

**UNIDAD DE GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN LA
RIISS SAN VICENTE A LAS EMBARAZADAS QUE ASISTEN A LA
CONSULTA DE CONTROL PRENATAL INCORPORANDO LOS
COMPONENTES ODONTOLÓGICO Y NUTRICIONAL PERIODO
OCTUBRE 2014 - SEPTIEMBRE 2015**

**“POSTULACIÓN AL RECONOCIMIENTO A LAS
MEJORES PRÁCTICAS 2015”**

**CATEGORÍA: EMPRESA PÚBLICA DE SERVICIOS DE SALUD,
CATEGORÍA GRANDE- ÁREA TÉCNICA.**

RIISS SAN VICENTE

27 NOVIEMBRE DEL 2015

CONTENIDO

Información general de la organización	4
Miembros del equipo que desarrollan el proyecto de las mejores practicas	13
Términos de aceptación	14
Perfil del proyecto de mejores prácticas	15
Glosario de términos y abreviaciones	25
Criterio 1	27
Criterio 2	30
Criterio 3	35
Criterio 4	41
Criterio 5	45
Criterio 6	47
Criterio 7	58
Anexos	60

INFORMACIÓN GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN

A. Información de la organización

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN RIISS SAN VICENTE
DIRECCIÓN 2da. Avenida Sur. Barrio San Francisco
TELÉFONO 23939500
E MAIL hnsng@gmail.com

El departamento de San Vicente, ubicado en la Zona Paracentral de la República de El Salvador; limitado al norte por el departamento de Cabañas, al este por el Río Lempa y el departamento de Usulután; al oeste por el departamento de Cuscatlán y al sur por el departamento de La Paz.

Su extensión territorial es de 1,184.02 Km², correspondiendo al área rural 1,179.84 Km² y al área urbana 4.18 Km². Su división política administrativa está conformada por 13 municipios, 113 cantones y 493 caseríos. Por acceso geográfico la población de Mercedes la Ceiba y Jerusalén (ambos del departamento de la Paz) son tomados como parte del área geográfica de influencia del MINSAL.

La red de servicios de este departamento está constituido por 80 establecimientos organizados de la siguiente manera: UCSF Especializada (1) UCSF Intermedia (16) UCSF Básicas (23); ECOS-F (40); Hospital (1) que está categorizado como Hospital Departamental, cuenta con un total de 549 empleados y su capacidad instalada es de 139 camas, en la consulta externa se atienden un promedio de 300 pacientes por día, con egresos de 14 pacientes, por cada 100 consultas, y 22 procedimientos quirúrgicos por cada 100 egresos hospitalarios el promedio de partos al mes es de 200.

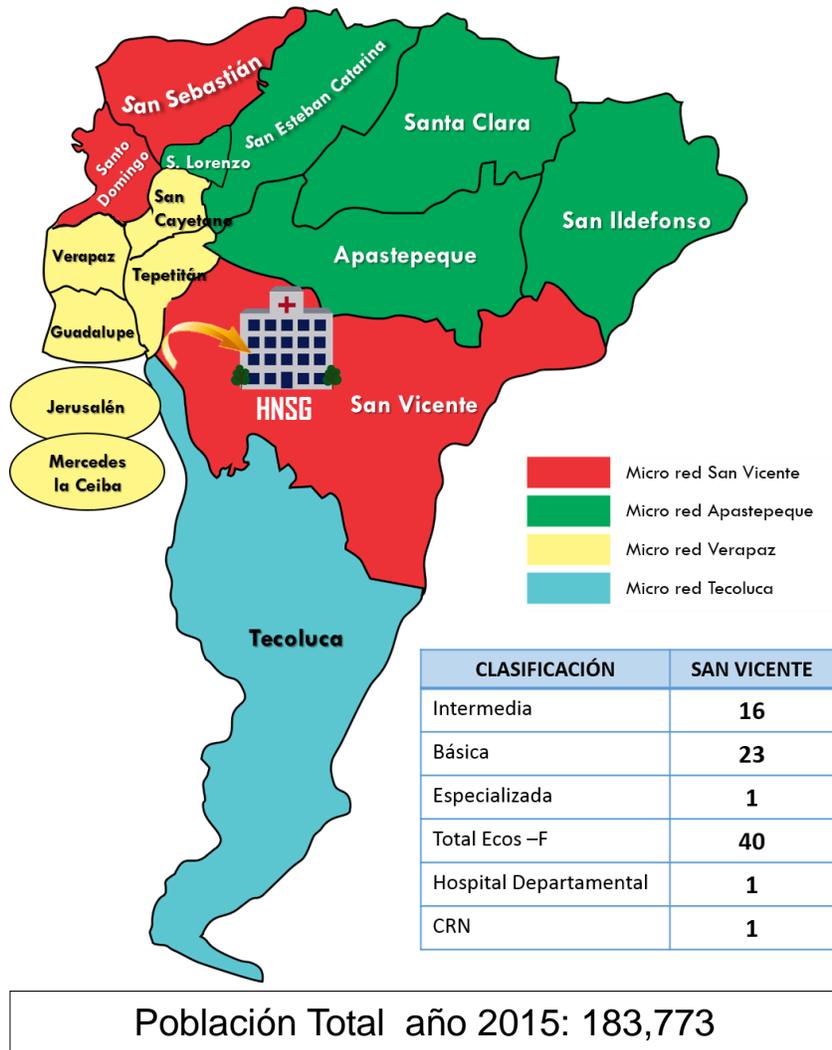
El Ministerio de Salud plantea el MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO, basado en el funcionamiento efectivo de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS) se refiere fundamentalmente a la articulación funcional de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) Básicas (UCSFB), Intermedias (UCSFI), Especializadas (USCFE), estas unidades están conformadas por Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOSF) y hospitales de referencia, prestadoras de servicios de salud. De acuerdo al nivel de complejidad se encuentran organizadas jerárquicamente en:

El Primer Nivel es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud (SNS) (Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básica, Intermedia y Especializada), Segundo Nivel de Atención (Hospitales Básicos, Departamentales y Regionales) y Tercer Nivel de Atención (Hospitales Especializados).

Los establecimientos de salud de acuerdo a su territorio definido, y por criterios de accesibilidad geográfica se conforman en micro redes y la unión de estas en redes de mayor complejidad.

La RIISS San Vicente está conformada por cuatro micro redes, detalladas a continuación:

Figura 1. Ubicación de SIBASI San Vicente, distribución de UCSF por micro redes.



A. Categoría a la que postula.
 Empresa pública de servicios de salud, categoría grande- Área técnica.

B. Tamaño de la Organización

Tabla 1. Recursos humanos del Hospital Nacional, San Vicente		
PLAZAS SEGÚN NOMBRAMIENTO	TOTAL PLAZAS HOSPITAL	Total Horas Anuales Hospital
Médicos Especialistas	46	37,920
Médicos Generales	35	25,596
Médicos Residentes	24	41,712
Odontólogos	4	3,318
Enfermeras	60	113,760
Auxiliares de Enfermería	108	204,768
Laboratorio Clínico	20	37,920
Personal que labora en Radiología	7	13,272
Personal de Anestesia	10	18,960
Terapia Física y Respiratoria	4	7,584
Personal de Patología	1	1,896
Personal de servicio	47	89,112
Personal de Farmacia	11	20,856
Otros RRHH	172	326,112
Total	549	942,786

Fuente: Recursos Humanos HNSG

C. Aspectos importantes de la organización

1. Tipo de Bienes o servicios que produce

La red de servicios provee servicios de salud a la población de San Vicente.

La oferta de servicios en la consulta externa del Hospital se detalla a continuación:

Tabla 2. Oferta de servicios Consulta Externa	
CONSULTA EXTERNA MEDICA	
Medicina General	
ESPECIALIDADES BÁSICAS	CONSULTA MÉDICA POR SUB ESPECIALIDAD
Medicina Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiología • Neumología
Cirugía General	<ul style="list-style-type: none"> • Anestesiología • Ortopedia • Urología • Oftalmología
Pediatría General	<ul style="list-style-type: none"> • Neonatología • Cirugía Pediátrica

Tabla 2. Oferta de servicios Consulta Externa	
Ginecología	
Obstetricia	
Psiquiatría	
OTRAS ATENCIONES CONSULTA EXTERNA MÉDICA	
Bienestar Magisterial	Psicología
Clínica de Cesación de Tabaco	Selección
Clínica de Ulceras	Odontología
Colposcopia	
Nutrición	
Planificación Familiar	

Fuente: Dirección. Oferta de Servicios 2015

En el área de hospitalización se atienden las 4 especialidades básicas: Medicina Interna, Cirugía, Ginecoobstetricia, Pediatría y Neonatología y se dispone de 139 camas censables y no censables.

Tabla 3. Oferta de servicios en la Unidad de Emergencia	
EMERGENCIA GENERAL	
CONSULTORIOS	HORARIO DE ATENCIÓN
Medicina General	24 horas
Medicina Interna	7:30 am -3:30 pm
Cirugía General	7:30 am -3:30 pm
Pediatría	7:30 am -3:30 pm
Ortopedia	7:30 am -3:30 pm
Urología	Martes, jueves y viernes 7.30 am- 9:30 am
Máxima Urgencia	24 horas
Pequeña Cirugía	24 horas
Sala Séptica	24 horas
Unidad de Rehidratación oral	24 horas
Sala de Terapia Respiratoria	24 horas
Observación Mujeres/Hombres	24 horas
Emergencia Obstétrica.	
Consulta de Emergencia Obstétrica	
Ultrasonografía obstétrica	
Atención a víctimas de Violencia	
Labor de Parto	
Salas de Expulsión	
Recuperación Post parto	

Fuente: Dirección. Oferta de Servicios 2015

Tabla 4. Infraestructura Consulta Externa	
ESPECIALIDAD	CONSULTORIOS
Medicina General	3
Medicina Interna	1
Cirugía General	1
Pediatría/Neonatología	1
Gineco-Obstetricia	1
Alto Riesgo Obstétrico	1
Cardiología	1
Neumología	1
Epidemiología/ Nutrición	1
Ortopedia / Urología	1
Oftalmología	1
Anestesiología	1
Psiquiatría	1
Clínica Tb/ VIH	1
Odontología	1
Psicología	1

Fuente: Dirección. Oferta de Servicios 2015

Tabla 5. Servicios de apoyo	
IMAGENOLÓGIA	HORARIO DE ATENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Rayos X digital y convencional 	24 horas
<ul style="list-style-type: none"> • Ultrasonografía 	14 horas (lunes a viernes 7:00am- 6:00 pm)
<ul style="list-style-type: none"> • Mamografía Diagnóstica y tamizaje 	Martes y jueves de 8:00 am-11: 00 am

Fuente: Dirección. Oferta de Servicios 2015

Tabla 6. Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos	
Colposcopias Programa HPV CARE	Lunes a viernes de 8:30 am -10:30 am
<ul style="list-style-type: none"> • Conos Loop 	
<ul style="list-style-type: none"> • Crioterapia 	
<ul style="list-style-type: none"> • Electrocardiogramas 	Lunes a viernes de 7:30 am-10:30 am
<ul style="list-style-type: none"> • Espirómetro 	
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de esfuerzo 	
<ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia 	Lunes a viernes de 7:30 am – 3:30 pm
<ul style="list-style-type: none"> • Inhaloterapia 	
TRABAJO SOCIAL	Lunes a viernes de 7:30 am – 3:30 pm

Fuente: Dirección. Oferta de Servicios 2015

Tabla 7. Servicios Intermedios- Laboratorio Clínico 24 Horas	
Hematología	Urianálisis
Inmunología	Bioquímica
Bacteriología	Parasitología

Fuente: Dirección. Oferta de Servicios 2015

Tabla 8. Otros servicios	
SERVICIO	HORARIO DE ATENCIÓN
Centro de Atención y Prevención de Adicciones.	
Centro Oftalmológico Nacional	

Fuente: Dirección. Oferta de Servicios 2015

Tabla 9. Establecimientos que conforman la RIISS San Vicente			
RIISS	Micro red	Establecimientos que componen la micro red	Centro de referencia de la red
Red de Servicios de Salud integral e integrada de San Vicente	San Vicente	UCSFI San Vicente Periférica	HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS
		UCSFB El Rebelde, San Vicente	
		UCSFI San Sebastián	
		UCSFI Santo Domingo	
	Tecoluca	UCSFI Tecoluca	
		UCSFB Santa Cruz Porrío	
		UCSFB Llano Grande	
		UCSFB La Esperanza	
		UCSFB La esperanza	
		UCSFI San Nicolás Lempa	
		UCSFB Santa Cruz Paraíso	
		UCSFB El Guajoyo	
		UCSFI San Carlos Lempa	
		UCSFB Santa Martha	
	Verapaz	UCSFE Verapaz	
		UCSFB San Isidro	
		UCSFB El Carmen	
		UCSFB Mercedes La ceiba	
		UCSFI Jerusalén	
		UCSFI Guadalupe	
		UCSFI Tepetitán	
		UCSFI San Cayetano Istepeque	
		UCSFB Candelaria	
		Centro rural de nutrición de San Cayetano	

Tabla 9. Establecimientos que conforman la RIISS San Vicente			
RIISS	Micro red	Establecimientos que componen la micro red	Centro de referencia de la red
		Istepeque	
Apastepeque	UCSFI Apastepeque		
	UCSFB Las Minas		
	UCSFB Calderas		
	UCSFB San Nicolás		
	UCSFB San Pedro		
	UCSFB San Jacinto		
	UCSFB San Felipe		
	UCSFI San Ildefonso		
	UCSFB Guachipilin		
	UCSFB San Lorenzo, San Ildefonso		
	UCSFI Santa Clara		
	UCSFB Santa Rosa, Santa Clara		
	UCSFI San Esteban Catarina		
	UCSFB San Jacinto La Burrera		
	UCSFI San Lorenzo		
	UCSFB Santa Lucía, San Lorenzo		

Fuente: SIBASI San Vicente

Tabla 10. Recurso humano que laboran en la RIISS San Vicente					
Disciplinas	Personal permanente			Servicio social	Total
	MINSAL	Fosalud	Total	MINSAL	
Médicos generales	37	10	37	38	85
Médicos especialista	4	0	4	0	4
Enfermeras	43	7	50	0	50
Auxiliar de enfermería	49	3	52	0	62
Licda. Materno infantil	0	0	0	0	0
Odontólogos	22	7	29	2	31
Laboratorista clínico	8	1	9	0	9
Nutricionista	3	0	3	0	3
Fisioterapista	3	0	3	0	3
Educadora	1	0	1	0	1
Trabajadora social	0	0	0	0	0
Psicólogo	3	0	3	0	3
Promotores de salud	139	0	139	0	139

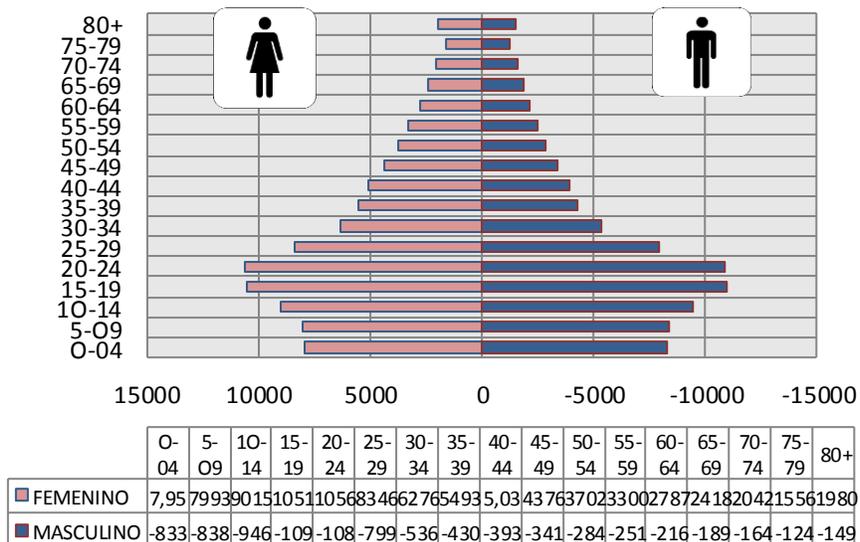
Tabla 10. Recurso humano que laboran en la RISS San Vicente					
Disciplinas	Personal permanente			Servicio social	Total
	MINSAL	Fosalud	Total	MINSAL	
Promotor anti dengue	3	0	3	0	3
Promotor solidario urbano	1	0	1	0	1
Inspector de saneamiento ambiental	25	0	25	0	25
Recurso de apoyo administrativo	46	18	18	0	64
Motoristas	7	0	7	0	7
Polivalentes	24	0	24	0	24
Total	418	46	464	40	545

Fuente: SIBASI San Vicente

2. Mercados a los que destina su producción

La RISS San Vicente tiene una población de 183,773 habitantes para el 2015. Siendo la población materno infantil la que demanda mayor atención.

Gráfico 1. PIRAMIDE POBLACIONAL DEPARTAMENTO DE SAN VICENTE 2015



Fuente: Población proyectada DIGESTYC, para el año 2015

3. Competidores de la RIISS San Vicente

Tabla 11. Principales competidores de la RIISS San Vicente		
ESTATALES	PRIVADOS	ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES
ISSS SAN VICENTE	Clínicas Privadas	EDUCO
BIENESTAR MAGISTERIAL	Hospital Divino Niño	
CLÍNICAS MUNICIPALES		

Fuente: Dirección Hospital San Vicente

4. Principales clientes

Población en general pero; prioritariamente las mujeres en edad fértil y población infantil. Los registros oficiales reflejan que las diez principales causas de consulta en la Unidad de Emergencia y Consulta externa figura la atención materno infantil.

5. Principales proveedores

- Dirección Nacional de Hospitales
- Dirección Regional Paracentral de Salud
- Coordinación SIBASI
- Unidades comunitarias de salud: básica, intermedia y especializada
- FOSALUD
- Hospital Departamental

6. Empresas que realizan auditoría financiera de la RIISS san Vicente

Corte de Cuentas de la Republica, Auditoria Interna MINSAL

D. Representante de la organización y alterno

CONTACTO DESIGNADO PARA EL RECONOCIMIENTO:

Nombre : Julio Ernesto Díaz Alarcón
Cargo : Coordinador Departamento Odontología HNSG
Teléfono : 23939508
Correo electrónico : jdalarcon007@yahoo.es

CONTACTO ALTERNO PARA EL RECONOCIMIENTO:

Nombre : José Ismael Alvarado
Cargo : Supervisor Odontólogo SIBASI San Vicente
Teléfono : 78102707
Correo electrónico : odontisalva@yahoo.com

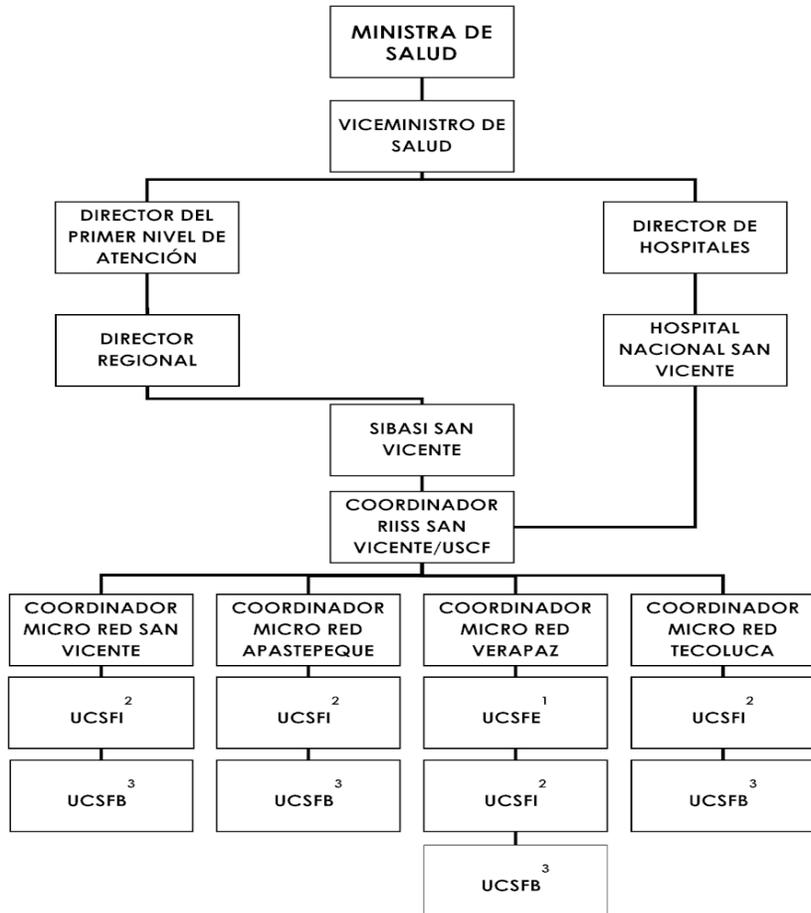
E. Miembros De La Alta Dirección

EJECUTIVOS	CARGO
Dra. Elvia Violeta Menjivar Escalante	Ministra de Salud
Dr. Julio Oscar Robles Ticas	Vice ministro de Servicios de Salud
Dr. Eduardo Espinoza	Vice Ministro de Políticas de Salud
Dr. Luis Enrique Fuentes	Director Nacional de Hospitales

MIEMBROS DEL EQUIPO QUE DESARROLLAN EL PROYECTO DE LAS MEJORES PRACTICAS

NOMBRE	CARGO
Dra. Eva María Orellana	Directora HNSG
Dra. Ivonne Cerritos	Coordinadora SIBASI San Vicente
Dra. Ana Rosario Pérez de Santana	Coordinadora UOC HNSG
Dr. Julio Ernesto Díaz Alarcón	Coordinador depto. Odontología HNSG
Dr. José Ismael Alvarado	Supervisor odontólogo SIBASI San Vicente
Licda. Lucy de Ochoa	Lic. Nutrición HSG
Licda. Griselda de Ayala	Lic. Nutrición SIBASI
Dr. Vinicio Serrano	Jefe División Medica HNSG
Dra. Gloria Rivera	Médico Coordinadora Obstetricia HNSG
Dra. Marta Julia Gavidia	Jefe de Consulta Externa

F. Organigrama



¹ UCSFE: Unidad Comunitaria Salud Familiar Especializada
² UCSFI: Unidad Comunitaria Salud Familiar Intermedia
³ UCSFB: Unidad Comunitaria Salud Familiar Básica

TÉRMINOS DE ACEPTACIÓN

Declaramos que conocemos las Bases del Reconocimiento a las Mejores Prácticas, correspondientes al año 2016 y al presentar nuestra postulación nos sometemos a ellas de manera irrevocable. Asimismo aceptamos el carácter inapelable de las decisiones del Jurado.

Declaramos que son ciertos la información y los datos proporcionados en el Informe de Postulación.

Entendemos que la postulación será revisada por los equipos evaluadores. Si nuestra organización fuera seleccionada para ser visitada, aceptamos recibir dicha visita y otorgar facilidades para que los evaluadores realicen una evaluación prolija e imparcial.

Aceptamos pagar las cuotas y los gastos que nos corresponden con arreglo a lo estipulado en las Bases.

Si nuestra organización resulta ganadora aceptamos cumplir el compromiso de los ganadores en la forma establecida por las Bases.

Dra. Eva María Orellana
Directora HNSG

Dra. Ivonne Cerritos
Coordinadora SIBASI

PERFIL DEL PROYECTO DE MEJORES PRÁCTICAS

Descripción de la Mejor Práctica

Para el año 2008, la mortalidad en menores de 5 años se calculó en 19 por mil nacidos vivos y la mortalidad infantil en 16 por mil nacidos vivos. La meta del ODM 5 “Reducir en dos terceras partes la mortalidad en menores de cinco años” implica que para el 2015, la mortalidad en menores de 5 años debía estar al menos en 17 por mil nacidos vivos y la mortalidad infantil al menos en 14 por mil nacidos vivos. El panorama planteado en la Encuesta de Salud Familiar MICS 2014, es que no se logró cumplir con la meta, ya que según los hallazgos de dicho estudio, la mortalidad en menores de 5 años quedó en 19.8 por mil nacidos vivos y la mortalidad infantil en 17.4 por mil nacidos vivos

En cuanto a las causas de 2009, en los cinco primeros lugares aparecen las muertes ocurridas por “Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)”, seguida por “Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)”, “Neumonía (J12-J18)”, “Septicemia (A40-A41)” y “Otras enfermedades infecciosas intestinales (A01-A08)”, lo cual se mantiene en 2014 para los primeros tres lugares. “Otras enfermedades infecciosas intestinales (A01-A08)” y “Resto de enfermedades del sistema nervioso (G04-G25, G31-G98)” desplazaron a la septicemia al sexto lugar. Cabe destacar que en el agrupamiento diagnóstico “Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)”, la prematuridad (P07) ocupa el primer lugar con 332 casos.

En la RIISS San Vicente, el comportamiento de los indicadores de atención infantil para el último quinquenio, muestran que el índice de recién nacidos de bajo peso 115 x 1000 nacidos vivos, es el más alto en relación al promedio nacional. En relación a la prematuridad para el 2014 10 de 25 recién nacidos con edad gestacional menores de 37 semanas fallecieron lo que representa un 40% de muertes perinatales.

Los datos de la RIISS San Vicente, registrados en los sistemas de información oficial, indican que la situación de morbi-mortalidad materna está determinada principalmente por la enfermedad hipertensiva del embarazo, las hemorragias e infecciones obstétricas, las cuales constituyen una amenaza latente para el feto, en tanto puede condicionar morbimortalidad por prematuridad, bajo peso al nacer y sepsis.

Al realizar el análisis de indicadores de RIISS, se definió entre otros problemas que el Bajo Peso y la Prematuridad se constituían en una brecha a superar para el este período de gestión; considerando que los compromisos suscritos por el país son el horizonte que marcan la agenda de desarrollo sostenible, así como elementos fundamentales para alcanzar el buen vivir, el cual inicia desde la gestación y los primeros años de vida.

En el área perinatal la mortalidad se desagrega de la siguiente manera

Tabla 12. Mortalidad perinatal				
Año	Nacidos muertos	Neonatal temprana	Total	Tasa de Mortalidad
2013	23	18	41	8.5 x 1000 NV
2014	28	20	48	10.4 x 1000 NV
Total	588	482	1070	13.1x 1000 NV

Fuente: Presentación de resultados en RIISS 2014 (SIMMOW)

Estos datos reflejan un importante ascenso en la mortalidad perinatal con respecto al año 2013; las causas de mortalidad se relacionan de la siguiente manera el 45.8% se clasificó como mortalidad fetal de causa no determinada; y el 23% de las muertes se asoció a prematuridad.

En relación al bajo peso la situación se plantea de la siguiente manera:

Tabla 13. Bajo peso del recién nacido		
Año	RN bajo peso	Tasa de RN bajo peso
2013	367 (3033)	121 x 1,000 NV
2014	332 (2892)	115 x 1,000 NV

Fuente: Presentación de resultados en RIISS 2014 (SIMMOW)

Es interesante con respecto a este índice el desglose del mismo, el cual refleja un mayor impacto del bajo peso fue en los recién nacidos de término 193/334 para hacer el 58% de los RN de bajo peso; 139/332 fueron recién nacidos de pre término lo que representa el 42% de los recién nacido de bajo peso.

Los departamentos de El Salvador con mayor incidencia de recién nacidos de bajo peso pueden visualizarse en el mapa del (ver anexo 1).

Estos datos eran suficientes para ubicar a San Vicente en el primer lugar de RN con bajo peso al nacer. Este panorama no se modifica para la red de San Vicente en el año 2015, sino por el contrario se incrementa, para julio de este año refleja un índice de 11.81, dato que supera el índice nacional que es de 10.06.

Al hacer esta definición de problemas se procedió a realizar un análisis de causa y efecto y en atención a la literatura internacional la cual plantea que en los últimos diez años los estudios describen una asociación de la enfermedad periodontal en la embarazada con partos prematuros y niños de bajo peso al nacer pudiéndose dar por uno o dos mecanismos. En primer lugar, las mujeres con enfermedad periodontal pueden experimentar más frecuente y grave bacteriemia que las mujeres periodontalmente sanas lo cual puede causar inflamación del útero. Un segundo supuesto mecanismo no requiere bacterias orales para colonizar la cavidad uterina. Más bien, las citosinas generadas dentro del tejido periodontal enfermo pueden entrar en la circulación sistémica y precipitar unas cascadas similares, conduciendo al trabajo de parto prematuro espontáneo y el nacimiento.

Así mismo, el equipo de la RIISS planteo que otros factores asociados al problema de bajo peso y la prematuridad son: inadecuado manejo de infecciones de vías urinarias; control prenatal no integrado con los procesos marginales de la atención como son componentes odontológico y nutricional de la atención a la embarazada; para ello se plasmó de manera preliminar las actividades tales como: a) Instruir al personal médico que realiza controles prenatales en la obligatoriedad de dar cumplimiento a la atención integral de la embarazada; b) Coordinación entre Nutricionistas de UCSF y HNSG para definir el sistema de evaluación nutricional en la embarazada de acuerdo a la disponibilidad de recurso por micro redes y hospital; c) Odontólogos de la RIISS asegurarán el tratamiento y seguimiento de la embarazadas con enfermedad periodontal; d) Monitoreo de las atenciones odontológicas en mujeres embarazadas.

En relación a las infecciones de vías urinarias a la fecha del inicio de este plan de mejora no se tenían datos oficiales de la incidencia de este tipo de infecciones en la mujer embarazada como red de servicios de salud; no obstante el hospital tiene un registro de infección de vías de urinarias que han requerido atención ya sea en forma ambulatoria u hospitalización y de igual manera se están realizando acciones puntuales para incidir en este tipo de infecciones; para ello se definió a partir de marzo de 2015 una serie de actividades que van desde la sistematización de información en ambos niveles de atención, el seguimiento a nivel comunitario de aquellos casos que ameritaron hospitalización, el seguimiento y análisis del cubo bacteriológico; los datos de los que se dispone hasta agosto de 2015 dan cuenta que cerca del 30% de mujeres embarazadas han

padecido una infección de vías urinarias y de estas cerca del 45% fueron atendidas en el Hospital por recurrencia o infección refractaria a tratamiento.

Para ello se planteó en el plan de mejora el abordaje de estos factores con el propósito de atender los indicadores de prematurez y bajo peso al nacer.

Pero, tal como se ha mencionado antes con el propósito de darle un abordaje integral al problema identificado se plantea la necesidad de intervenir en los componentes odontológico y nutricional en forma simultánea.

Con el fin de dar atención integral a la embarazada y eliminar focos infecciosos que pueden propiciar partos prematuros y niños de bajo peso al nacer, la mejor practica va encaminada a: el trabajo en equipo entre primer y segundo nivel para la captación de 100% de embarazadas, priorización de atenciones en embarazadas con periodontitis y focos infecciosos, sensibilización de la embarazada sobre su problemas de salud bucal, sensibilización del personal multidisciplinario de MINSAL desde la jefaturas, así como capacitación, sensibilización de personal odontológico y socialización e implantación de proyecto a nivel regional.

a. Objetivo del proyecto

Objetivo General:

“Canalizar estratégicamente la atención integrada de las áreas de odontología y nutrición a la mujer embarazada de la RIISS de San Vicente. “

Objetivos específicos:

- Desarrollar una gestión efectiva y de manera integral para asegura el continuo de atención a la mujer embarazada en la RIISS San Vicente.
- Programar en forma transdisciplinaria la atención a la mujer embarazada que asiste a la consulta de alto riesgo y a su control prenatal de bajo riesgo, incorporando los componentes odontológico y nutricional en cada visita.

b. Periodo de ejecución (inicio y finalización)

Octubre 2014 al 31 de diciembre 2015

c. Diagnóstico inicial

Los datos con los que se inicia el proyecto de integración son los siguientes:

Tabla 14. RIISS San Vicente, consulta odontológica de primera vez a embarazadas						
Enero - Septiembre 2014.				Enero - Diciembre 2014.		
	Consulta Realizada por médico	Consulta Realizada por Odontólogo	Porcentaje	Consulta Realizada por médico	Consulta Realizada por Odontólogo	Porcentaje
TOTAL	2231	2053	92 %	2832	2739	96 %

Fuente: SIMMOW

Se analizaron resultados de evaluación odontológica durante el periodo enero septiembre del 2014 ,en la cual la inscripción odontológica de la embarazada en relación a la inscripción medica estaba en un 92% y la proporción de embarazadas vistas en 2.1 es decir que solamente se había atendido una vez más a la embarazada después de haber sido inscrita, lo cual llevaba a que las enfermedades como periodontitis y todo foco infeccioso en la cavidad bucal no fueran priorizados para su eliminación por lo que la embarazada con estos problemas bucodentales se volvía de alto riesgo. Por lo que esta problemática fue incluida en el plan de mejora RIISS San Vicente desde octubre 2014 con el objetivo de dar respuesta oportuna a la inscripción y atención de embarazadas de manera multidisciplinaria; pero no fue hasta marzo de 2015 que se le dio un abordaje integral e integrado, se sistematizo la información.

Al analizar causas de baja inscripción y subsecuencia en la atención odontológica se concluyó que habían embarazadas que eran referidas de primer nivel y no venían inscritas por odontólogo ya sea porque venían de una UCSF básica donde no hay odontólogo o de una UCSF intermedia donde el día que fue referida no se encontraba el odontólogo por encontrarse en visitas comunitarias ,por lo que se tomó la estrategia de comunicación visual que permitiera trabajar en conjunto con odontólogo y equipo multidisciplinario de Hospital Nacional Santa Gertrudis involucrado en la atención materna, se elaboró un sello específico (Ver anexo 2) de la RIISS en el que se especificaba la inscripción odontológica, colocándose en el CLAP (Ver anexo 3). Para poner en funcionamiento la estrategia se socializo a personal multidisciplinario; además se brindó capacitación por cada establecimiento de salud de las enfermedades bucales más prevalentes por ciclos de vida y la relación de la enfermedad periodontal con partos prematuros.

Desde octubre del 2014 el personal multidisciplinario verificaba sello en hoja de CLAP tanto a nivel urbano como rural y si no tenía sello la embarazada era referida a la UCSF o clínica de hospital para que fuera atendida por odontólogo. Al personal odontológico se le solicitó planes de tratamiento terminado en embarazada (según consentimiento de las mismas) con focos infecciosos y periodontitis.

Para finalizar el año 2014 se incrementó del 92% obtenido hasta septiembre, a un 96% de pacientes evaluadas por odontólogo versus las inscritas, pero al realizar minuciosamente la investigación con datos nominales surgieron las siguientes dificultades:

- No existía una base nominal que comprobara la veracidad del 92% de pacientes embarazadas evaluadas por odontólogo, ya que solo se reportaba embarazada vista pero esta se podía repetir en atención (sobre-registro) por otro prestador de servicio dentro de la misma RIISS, ya que no se controlaba, así que no había una correlación fidedigna de estos datos.
- El odontólogo del Segundo nivel de atención no reportaba si había inscrito o visto embarazadas por lo que había un sub-registro.
- Las pacientes embarazadas no tenían seguimiento efectivo de parte de odontología, ya que lo que se tomaba como importante solo era el hecho de poder ser vistas al menos 1 vez, en cuanto que los lineamientos exigen que se deben realizar 3 controles durante la gestación.
- Al no tener un seguimiento nominal se desconocía la evolución o la repercusión de aquellas enfermedades odontológicas de mujeres embarazadas en su resultado, como parto prematuro principalmente No se había realizado un registro del diagnóstico preliminar de las principales enfermedades odontológicas en la embarazada.
- Existía poca inclusión del tema de enfermedades odontológicas como RIISS para el conocimiento del personal médico y de enfermería.

En lo relativo al componente de nutrición, para la evaluación de indicadores en RIISS del año 2014, únicamente se evaluó la lactancia materna, pero no se logró en este momento complementar el seguimiento a la embarazada según su estado nutricional y el resultado de este en el recién nacido.

d. Metodología utilizada

La metodología utilizada para abordar el problema de incidencia de casos de prematuridad y bajo peso en la RIISS San Vicente inicio con lluvia de ideas (ver anexo 4), que conllevó luego a la priorización de los problemas a través del método Hanlon (ver anexo 5), y las causas probables se plantearon con Diagrama de Ishikawa (ver anexo 6). Finalmente se aplicó el formato de proyectos de ES calidad.

e. Principales Actividades Realizadas

- Se convocara a la reunión de RIISS, a los odontólogos y nutricionistas responsables del primero y segundo nivel de atención para que formulen las estrategias que permitan atender de manera efectiva, oportuna y transdisciplinaria a la mujer embarazada.
- Que el personal técnico diseñe los instrumentos que se constituirán en la fuente primaria de información que permitan registrar las atenciones odontológicas y nutricionales.
- El tema se incorporara a la discusión mensual de la RIISS, para conocer los avances.
- En el hospital, se ampliará la oferta de servicios en odontología de una hora diaria a tres horas, de manera que diariamente serán atendidas ocho pacientes embarazadas.
- En relación a la consulta de nutrición, en el hospital de igual manera se amplió de 2 horas a la semana para atención de embarazada a ocho horas a la semana.
- En coordinación con SIBASI San Vicente, se realizó un diagnóstico de la disponibilidad de horas odontólogo y nutricionista.
- El Hospital apoyó a las redes que tengan déficit en el área de nutrición.
- Para la ejecución de este programa se realizó una reunión educativa e informativa de parte de odontología y nutrición a fin de darles a conocer el proyecto a los profesionales involucrados en la atención prenatal, entre ellos los médicos obstetras, médicos residentes, personal de enfermería y médico del primer nivel.
- Para asegurar la evaluación odontológica, el médico general, obstetras y enfermería que dan el control prenatal consignó en su historia clínica si la paciente está inscrita en el programa odontológico; para ello visualizaba el sello específico en la hoja del CLAP, y de no tenerlo era referida hacia la consulta odontológica.
- En el caso de la consulta nutricional en el hospital toda mujer embarazada con diagnóstico de riesgo (obesidad y desnutrición) se refirió a la consulta nutricional.
- En el caso de consulta nutricional de primer nivel independientemente de su diagnóstico nutricional se le brindó su atención.

- El responsable directo de garantizar el cumplimiento de esta estrategia fue la jefe de consulta externa, coordinadores de los programas de odontología y nutrición de ambos niveles de atención.
- De manera mensual se realizó la depuración de los registros de atención en ambos niveles de atención.

f. Resultados Obtenidos

Habiendo iniciado el proceso de integración de los profesionales de odontología de ambos niveles de atención, siendo ellos quienes definieron las herramientas para el cumplimiento de objetivos planteados en la RIISS Departamental, los resultados fueron los siguientes:

Tabla 15. Consulta odontológica de primera vez a embarazadas Enero- Septiembre 2014-2015								
	Realizado médico 2014	Realizado odontólogo 2014	%	Inscripción HNSG 2014	Realizado medico 2015	Realizado odontólogo 2015	%	Inscripción HNSG 2015
TOTAL	2231	2058	92	66	2243	2140	95	157

Fuente: SIMMOW

Al analizar el cuadro anterior se puede concluir que la inscripción odontológica ha mejorado notablemente al comparar datos de inscripciones en el periodo enero septiembre 2014 y 2015; en el 2014 se tenía un 92% de embarazadas inscritas por odontólogo comparándose con las embarazadas inscritas por médico y en el 2015 ese porcentaje se incrementó a un 95% ,asimismo se puede observar el aumento de la inscripción hospitalaria ,ya que en el mismo periodo del año 2014 el HNSG había inscrito 66 embarazadas y durante el 2015 se subió la inscripción a 157 gestantes.

Tabla 16. Consulta Odontológica Subsecuente A Embarazada Enero-Septiembre 2014-2015							
Establecimiento	Primera vez odont.2014	Subsecuente odont. 2014	Proporción	Primera vez odont. 2015	Subsecuente odont 2015	Proporción	Subsecuente HNSG
TOTAL	2058	2237	2.1	2146	3969	2.9	226

Fuente: SIMMOW

En lo que concierne a la atención subsecuente en embarazada se ha logrado aumentar la proporción de la atención a embarazadas de 2.1 durante el año 2014 a 2.9 al año 2015, alcanzando y cumpliendo con el lineamiento nacional de tres atenciones por embarazos.

Esto se ha logrado con las siguientes acciones:

- Se estableció la lista nominal de embarazadas por establecimiento, de esto se encargaría cada odontólogo que brinda la atención incluyendo al odontólogo del Hospital para tener una sola base nominal ya que se intercambiarían la información mensualmente. Para que no se tuviera un sub registro o sobre registro.
- revisión semanal de embarazadas inscritas y vistas subsecuentemente con enfermedad periodontal y focos infecciosos.
- Se gestionó la elaboración de un sello odontológico específico del área para cada establecimiento de salud, implementándose que a toda embarazada evaluada por odontólogo se le colocara el sello ideado por la RIISS de San Vicente, en la hoja del CLAP, esto facilitaría a los profesionales de las diferentes disciplinas que atendieran a la mujer embarazada pudiese identificar en el CLAP si ya había sido inscrita en el programa, de lo contrario se realiza la inscripción.
- Se impartió por los odontólogos, el tema de las enfermedades odontológicas y la relación en el embarazo y parto prematuro. Esto se abordó no solo como RIISS departamental si no que se expandió a la RIISS regional (a nivel hospitalario y SIBASIS de Región paracentral); capacitándose también a personal multidisciplinario de hospitales y establecimientos de salud.
- Evidencia del trabajo en red de primer y segundo nivel de atención en un fin común.

Que aspectos destacan los odontólogos como positivos de este proyecto:

1. Optimización de los recursos técnicos de odontología para la atención de embarazadas
2. Educación continua a recursos multidisciplinarios sobre enfermedad periodontal y su relación con partos prematuros
3. Solicitud de tres controles odontológicos como mínimo a la embarazada
4. Plan de tratamiento terminado en embarazadas con enfermedad periodontal y focos infecciosos.
5. Programación de odontólogos en las cabezas de micro red para seguimiento de control de embarazadas
6. Incremento de acercamientos comunitarios
7. Implementación de sello como un método de identificación en la Hoja de CLAP (HNSG coloca el sello de la clínica odontoestomatológica (ver anexo 7)) para identificar que la embarazada está en control odontológico (Equipo multidisciplinario de UCSF y HNSG se encuentran capacitados para su identificación)

8. control semanal de embarazadas inscritas en los establecimientos de salud tanto por medico como odontólogo(a) así como factores de riesgo bucodentales.
9. Con la ejecución del proyecto permitió tipificar los trastornos de los dientes y tejidos de sostén en las embarazadas atendidas en la red de servicios de San Vicente que revelaba problema de gingivitis crónica y aguda, raíz dental retenida, pulpitis, abscesos periapicales con y sin fistula y necrosis de la pulpa, reportándose de ellos 68 focos infecciosos, 20 periodontitis crónica y 9 periodontitis agudas que pudieran conducir a parto prematuro.
10. Control diario de inscripción de embarazadas a través de la “hoja control de embarazadas inscritas por odontólogo” (ver anexo 8)
11. Revisión diaria de libro de embarazadas de la UCSF para elaboración de informe “control semanal de inscripciones odontológicas y su seguimiento” (ver anexo 9)
12. Revisión y verificación de matriz digital de embarazadas inscritas y subsecuentes de Hospital Nacional Santa Gertrudis. (ver anexo 10)
13. Informe semanal de embarazadas con enfermedad periodontal y focos infecciosos.
14. Unificación de informes mensuales por cada UCSF y Hospital, lo cual sirve para evitar sobre inscripciones en SIMMOW, Mejorando la calidad de datos digitados (reuniones entre HNSG Y primer nivel)

Integración del Componente Nutricional al control de embarazo nutrición

El componente nutricional ha requerido mayor atención para alcanzar la integración, no obstante ha alcanzado un impacto significativo que permite la evaluación de los resultados de las intervenciones realizadas en esta área.

Como ya se ha mencionado la situación del bajo peso es un indicador que afecta significativamente a los recién nacidos en el departamento de San Vicente, condición que es determinante para el desarrollo del potencial del ser humano; los datos oficiales dan cuenta que el grupo más afectado es aquel que llega a término.

Por ello es imperativo que se realicen esfuerzos integrados y sistemáticos que logren un impacto en este indicador tan determinante para el desarrollo del niño.

Para ello se plantearon los objetivos de este componente:

- Conformar la unidad de gestión clínica nutricional inter niveles para la atención de la embarazada de alto riesgo.
- Establecer el diagnóstico de la situación de riesgo nutricional en la mujer embarazada
- Unificar el sistema de recolección de datos. (ver anexo 11)
- implementación y colocación de sello en CLAP para identificación de la atención de nutrición. (ver anexo 12)

Tabla 17. Atenciones a embarazadas por nutricionista RIISS Enero- Junio 2015					
Atenciones	Obesidad	Sobrepeso	Normal	Desnutrición	Total
HNSG	120	39	21	62	242
UCSF	77	100	146	27	350
TOTAL	197	139	167	89	592

Fuente: Presentación de resultados de indicadores en RIISS primer semestre 2015

La determinación de la línea basal tomado por nutrición de enero a junio 2015 demuestra que el diagnóstico realizado por ya se presenta por municipio, diagnóstico y edad de la embarazada. Esto permite realizar un mejor análisis, evidenciando que en la embarazada adolescente el mayor problema es el bajo peso y para las pacientes mayores de 20 años hasta 49 años es la obesidad y el sobrepeso. Del total de paciente que el área de nutrición le había dado seguimiento para el primer semestre del año el 26% tenía un problema nutricional. (425 problemas nutricionales/ total de embarazadas inscritas 1624).

Tabla 18. Peso al nacer de RN de madres con control nutricional HNSG. Enero-Junio 2015					
Peso RN	Obesidad (madre)	Sobrepeso (madre)	Normal (madre)	Bajo peso (madre)	Total
> 4,000 gr	1	0	0	0	1
2500 a 3999 gr	27	11	6	10	50
Menor de 2,500 gr	2	0	2	4	12
Total	30	11	8	14	63 (T242=26%)

Fuente: Presentación de resultados de indicadores en RIISS primer semestre 2015

Implantación y Sostenibilidad de la Mejor Práctica

A raíz de la evaluación de los indicadores de las embarazadas se realizó un análisis en RIISS dirigido por las Direcciones de SIBASI Y HOSPITAL San Vicente con respecto a la atención nutricional y odontológica, se evidencio la necesidad de incluir estrategias de mejora de estas áreas en la atención integral e integrada acompañando al componente obstétrico, con objetivo de disminuir de la incidencia de partos prematuros y recién nacidos de bajo peso que pueden ser atribuidos a factores de riesgo odontológico o nutricional.

Es así como se conformó el equipo de gestión de RIISS San Vicente de odontología y nutrición respectivamente

La sostenibilidad del proyecto por el equipo de la RIISS San Vicente está basado principalmente en el compromiso adquirido de la concientización de la importancia y aportes que da el mismo para mejorar la calidad de la atención de la embarazada y que conducirá e efectos positivos en el binomio madre-hijo.

Además de garantizar el seguimiento en la atención de las usuarias en la RIISS, el monitoreo y evaluación constante de la implementación y de los resultados a través de reuniones locales y el seguimiento en la reuniones de la RIISS.

GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIACIONES

Glosario de Términos

- **Atención Primaria de Salud:** “Atención esencial en salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y a las familias en la comunidad, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan asumir para mantenerla...”
- **Bajo peso al nacer** se refiere a un bebé que, al nacer, pesa menos de 2500 gramos (5,5 libras)
- **Enfermedad periodontal** enfermedad de las encías o periodontal. Las enfermedades periodontales pueden variar desde una simple inflamación de las encías hasta una enfermedad grave que puede dañar los tejidos blandos y los huesos que sostienen los dientes.
- **Estrategia:** es un conjunto de acciones planificadas, tomando en cuenta el tiempo en que se llevarán a cabo, para lograr un determinado fin.
- **Gestante:** Adjetivo y sustantivo femenino sinónimo de embarazada.
- **Hospital Departamental de segundo nivel:** Es el establecimiento que estando ubicado en las cabeceras departamentales, excepto San Salvador, está categorizado para la atención de usuarios(as) en sus áreas de emergencia, consulta externa y hospitalización de moderado riesgo, dentro de las especialidades: cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría, así como un conjunto de subespecialidades definidas según el perfil epidemiológico del departamento, contando además con los servicios de apoyo y los recursos humanos necesarios.
- **Hospital Nacional de tercer nivel:** Son los establecimientos de referencia nacional, que están categorizados para la atención de usuarios(as) que requieran servicios altamente especializados en las áreas de emergencia, consulta externa y hospitalización. Cada uno de estos hospitales tienen definido un conjunto de prestaciones y especialidades asignadas de acuerdo al perfil epidemiológico nacional, contando para ello con el equipo diagnóstico y de apoyo necesario.
- **Índice de masa corporal:** es un índice del peso de una persona en relación con su altura. A pesar de que no hace distinción entre los componentes grasos y no grasos de la masa corporal total, éste es el método más práctico para evaluar el grado de riesgo asociado con la obesidad. Entre 25 y 30 se observa un aumento de riesgo. Los pacientes con este peso son considerados con "sobre peso" o "exceso de peso". Entre 30 y 35 se considera "obesidad leve", entre 35 y 40 se considera "obesidad moderada". Por encima de 40 se considera "obesidad mórbida". Bajo los 20 Kg/m² se considera desnutrición o bajo peso
- **Morbimortalidad:** Concepto que proviene de la ciencia médica y que combina dos subconceptos como la morbilidad y la mortalidad. Morbilidad es la presencia de un determinado tipo de enfermedad en una población. La mortalidad, a su vez, es la estadística sobre las muertes en una población también determinada. Así, juntando ambos subconceptos podemos entender que la idea de morbimortalidad, más específica, significa en otras palabras aquellas enfermedades causantes de la muerte en determinadas poblaciones, espacios y tiempos.
- **Parto prematuro** es el parto que comienza antes de la semana 37 y se llama "pre término" o "prematuro".

- **Primer nivel de atención:** realiza las acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a la morbilidad más frecuente, brindado por médicos generales o familiares y personal de enfermería, apoyados por personas de la comunidad promotores de salud.
- **Red de servicios:** se refiere fundamentalmente a la articulación funcional de UCSF básicas, Intermedias y Especializadas, prestadoras de servicios, que están organizadas jerárquicamente según niveles de complejidad; tienen un referente común que es la cabeza y micro red, que asume la gestión de la micro red a través de lineamientos, normas y el Manual de funcionamiento y organización de las RIISS, apoyándose también, en los sistemas de información actuales y otros recursos logísticos compartidos bajo un propósito común.
- **Segundo nivel de atención:** comprende a las especialidades básicas, está a cargo de médicos especializados y enfermeras, quienes brinda atenciones ambulatorias y a encamados en hospitales generales o de especialidad, contando con servicios de apoyo diagnóstico de imagenología y laboratorio.
- **Tercer nivel de atención:** realiza las atenciones especializadas de mayor complejidad, así como investigaciones clínicas y básicas, a cargo de médicos especialistas con apoyo de enfermería especializada y otros profesionales. Reciben los pacientes referidos del segundo nivel de atención, aunque también pueden entrar por los servicios de emergencia propios.
- **Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica:** Es la sede donde se ubican los ECOS Familiares que brindan servicios integrales de salud básicos.
- **Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia:** Es la sede de los ECOS Familiares, que brindan servicios integrales de salud básicos y algunos servicios de apoyo.
- **Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada:** Es la sede de los ECOS Especializados que brinda servicios integrales de salud básicos, especializada y servicios de apoyo.
- **Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF):** Son los establecimientos del Primer Nivel de Atención, donde se prestan servicios de salud integrales de diferente complejidad, resolución y se clasifica en: UCSF básica, intermedia y especializada.

Abreviaciones

- **APS:** Atención Primaria en Salud
- **BPN** bajo peso al nacer
- **ECOSF:** Equipo Comunitario de Salud Familiar.
- **ECOSFE:** Equipo Comunitario de Salud Familiar Especializado.
- **HCP:** Historia Clínica Perinatal
- **IMC:** Índice de masa corporal
- **MINSAL:** Ministerio de Salud.
- **ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible
- **RIISS:** Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.
- **RN:** Recién Nacido
- **SIMMOW:** Sistema de Morbi Mortalidad Web.
- **UCSFB:** Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica.
- **UCSFE:** Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada.
- **UCSFI:** Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedio.

Criterio 1

Liderazgo y compromiso de la alta dirección

1. Liderazgo para promover la mejor práctica

Al realizar el análisis de indicadores en RIISS de enero a diciembre 2014, se evidencio que la tasa de partos prematuros, así como los niños de bajo peso al nacer se encontraba por arriba de la tasa nacional. Por lo que se identificó que estos aspectos debían mejorarse a través del abordaje de factores que inciden en dichos fenómenos, es decir, llegar a la interrogante sobre lo que estaba sucediéndose, determinándose que no sólo los factores idiosincráticos de las embarazadas incidían en partos prematuros, sino que también algunas enfermedades asociadas al embarazo tales como infección de vías urinarias, enfermedades odontológicas, factores de riesgo nutricionales y enfermedades metabólicas de base.

Por lo cual fue indispensable y mandatorio implementar un plan de mejora en aquellas áreas que tenían una intervención directa para la disminución de partos prematuros involucrando activamente y transdisciplinaria la atención a la embarazada a través de un componente basado en atención de trinomio (Médico-nutrición-odontológico); es así que por medio del trabajo en equipo de la dirección hospitalaria y SIBASI promueve e incentiva a las disciplinas involucradas a establecer estrategias y metodologías en aras de la atención de calidad que la embarazada merece recibir.

La alta dirección se involucra durante la creación e implantación de la mejor práctica a través de la supervisión dirigida al equipo de gestión realizando observaciones, sugerencias y aprobación de metodologías y estrategias diseñadas para la consecución de los objetivos.

La dirección implemento y ejecuto un plan periódico de supervisiones en el cual se incluyó el cronograma y fechas límite de cumplimiento de las estrategias señaladas. (Ver anexo 13)

La alta dirección de ambos niveles ha promovido la integración activa de profesionales tanto de nutrición como de odontología a reuniones y trabajo en un equipo integrado que pudiera realizar un diagnóstico basal, establecer metodologías de trabajo, propusieron metas en coherencia con los objetivos misionales del MINSAL, que daría como resultado una atención calificada a la población materno infantil.

Esta metodología permite la autogestión de tiempo para reuniones de trabajo, diseño de herramientas metodológicas de recolección y análisis de datos; gestión de recursos. Han propiciado el liderazgo de los profesionales de las disciplinas de nutrición y odontología implicados en el proyecto.

La alta dirección ha creado los espacios para la detección de problemas, planes de mejora, socialización de conocimientos propios de las disciplinas odontológica y nutricional generados por los coordinadores de las mismas. Ha sido receptiva a la contribución de aportes sustanciales nacidos de la autoevaluación.

La puesta en marcha del proyecto y los resultados obtenidos se han dado a conocer en las reuniones de la RIISS a través de las cuales se da seguimiento y se ha dado a conocer a personal del hospital y primer nivel de atención en reuniones de sala situacional. Se ha involucrado a jefaturas médicas de Consulta externa y Obstetricia del hospital y en el primer nivel a los Directores de las unidades para lograr la cohesión del equipo de desarrollo de este proyecto. Además se ha presentado proyecto en la reunión de RIISS regional a los coordinadores de SIBASI y a los directores de los hospitales de la región paracentral. (Ver anexo 14) El cual fue aceptado y a solicitud de los mismos fue socializado a Odontólogos supervisores de SIBASI y Odontólogos coordinadores de los diferentes Hospitales de la Región Paracentral de Salud en septiembre del 2015.

1.1. Apoyo para el desarrollo e implantación de la mejor práctica

La coordinación del SIBASI de San Vicente como del Hospital Santa Gertrudis ha concedido al equipo facilitador del proyecto para el diagnóstico basal y seguimiento de los procesos del proyecto el acceso al área de Estadística y Documentos Médicos para la revisión de los expedientes clínicos y obtener la información necesaria.

Se otorgó el tiempo, autorización y espacio al equipo de gestión para informar los objetivos del proyecto, metodología a seguir, socialización de instrumentos para la recolección de datos a odontólogos y nutricionistas del primer y segundo nivel de atención.

Se habilitó el apoyo del departamento de informática del Hospital Santa Gertrudis para elaboración de matrices de recolección de datos de la atención de la embarazada en el área de odontología y nutrición, así como también los formatos de presentación para la socialización del proyecto, resultados y elaboración de informes.

1.2. Reconocimiento a equipos de trabajo

Como política de le RIISS San Vicente después de identificar alguno de los factores causales de prematurez y bajo peso de niños al nacer los problemas de origen odontológico y nutricional, incluyo en los planes de mejora actividades a realizar para superar dichos factores asegurando la calidad y atención integral a la embarazada.

Hubo reconocimiento verbal de los buenos logros de parte del Director Regional Paracentral como modelo a implementarse en las demás RIISS, actividad, como ya se mencionó se realizó en septiembre de 2015.

En las presentaciones de los indicadores de RIISS regional y departamental se ha generado el espacio para la exposición de avances obtenidos en este proyecto haciendo reconocimiento al equipo de gestión los logros obtenidos en la implementación de esta buena práctica.

Criterio 2

Identificación y análisis de la oportunidad de mejora.

2.1. Identificación y selección de la oportunidad de mejora

El parto pre término se define como el parto que se produce entre las semanas 28 a 37 del embarazo, y es un problema no sólo obstétrico, sino también neonatal, ya que se asocia con un alto índice de problemas para el recién nacido, incluyendo la muerte del mismo.

Cuanto más prematuro es el bebé, existen menos posibilidades de que sobreviva y en caso de conseguirlo, tendrá que hacer frente a mayores dificultades: retraso mental, parálisis cerebral, problemas respiratorios, digestivos, pérdidas de visión y audición, retrasos en el desarrollo, y problemas de aprendizaje y de conducta.

No se conoce una única causa, pero existen factores de riesgo que predisponen al parto pre término, y que hay que tratar de prevenir o evitar. Los más importantes son:

Enfermedades de la madre: infecciones de las vías urinarias, vaginales o sistémicas, enfermedades renales, cardíacas, diabetes, anemias severas, alteraciones tiroideas, etc. abortos o partos pre término previos, anomalías uterinas como miomatosis o incompetencia cervical, edad de la madre inferior a 18 años o superior a 35, hemorragia, placenta previa, desprendimiento de placenta, trabajo duro y estresante, embarazo múltiple, enfermedades del embarazo (pre eclampsia o diabetes gestacional), que pueden hacer su interrupción pre termino, hábito de tabaquismo), estado nutricional deficiente, obesidad, nivel socioeconómico bajo, consumo de alcohol o drogas, problemas gingivo periodontales, violencia de género (abuso físico, sexual o emocional), exceso de actividad física.

En cuanto a los problemas gingivo periodontales, En los últimos 10 años se ha presentado evidencia de que la enfermedad periodontal puede representar un factor de riesgo importante para el desarrollo de complicaciones durante el embarazo como pre eclampsia, el parto prematuro y el bajo peso al nacer.

La enfermedad periodontal es una infección crónica, que ocasiona inflamación de la encía y daños en los tejidos de sostén del diente, producida por bacterias anaerobias gran negativas que crecen en el surco gingival. Diversos factores genéticos ambientales y biológicos favorecen la evolución a un proceso destructivo.

Una de sus características clínicas más importantes es la presencia de la bolsa periodontal, la cual es el surco gingival profundizado por la enfermedad; extensión de la inflamación a los tejidos periodontales de soporte y pérdida de hueso alveolar con destrucción ósea. En las etapas avanzadas de la periodontitis el número de microorganismos móviles y espiroquetas aumentan, una bacteria que se ve aumentada es la prevotella intermedia, que utiliza las hormonas esteroideas en la gestación (estrógenos y progesterona) para verse incrementada en su crecimiento, esta bacteria influye en el desarrollo de alteraciones gingivales en las gestantes.

Estudios internacionales señalan que existe relación entre la enfermedad periodontal y el parto prematuro y niños de bajo peso al nacer.

Las teorías actuales sugieren que la inflamación periodontal afecta negativamente a los resultados del embarazo por uno o dos mecanismos. En primer lugar, las mujeres con enfermedad periodontal pueden experimentar más frecuente y grave bacteriemia que las mujeres periodontalmente sanas. Un segundo supuesto mecanismo no requiere bacterias orales para colonizar la cavidad uterina. Más bien, las citocinas generadas dentro del tejido periodontal enfermo pueden entrar en la circulación sistémica y precipitar unas cascadas similares, conduciendo de nuevo al trabajo de parto prematuro espontáneo y el nacimiento.

A partir del trabajo en RIISS realizado en 2014 para la evaluación de resultados de atención en salud brindada en el departamento de San Vicente permitió detectar que había

indicadores de la atención materno infantil que requerían de intervención puesto que se reflejaba que la mortalidad perinatal en el 2013 era de 8.5 x 1000 nacidos vivos (NV) y para el 2014 se había incrementado a 10.4 x 1000 NV, y de estas muertes el 23% estaba asociado a prematuridad. En cuanto a nacidos con bajo peso en 2013 se tenía tasa de 121x 1000 NV y para 2014 de 115 x 1000 NV, con mayor impacto en bajo peso en recién nacidos de término (58%), estos datos ubicaban al Departamento de San Vicente con la tasa más alta de RN de bajo peso a nivel país.

Al analizar todos los factores que pueden influir en el bajo peso y prematuridad se observó que entre los factores de riesgo en general ya se mantenían acciones de mejora, monitoreo y seguimiento en tratamiento de enfermedades crónicas, infecciones de vías urinarias, metabólicas; pero los aspectos nutricionales y odontológicos estaban subvalorados y no se le había concedido el valor suficiente como parte de la atención de la embarazada, había poco compromiso de personal multidisciplinario en reconocer la importancia de la salud bucal y nutricional en la embarazada, así como, la falta de seguimiento a plan de tratamiento odontológico de las embarazadas inscritas sin existir una adecuada comunicación en el trinomio de nutrición, odontología y obstetricia realizándose acciones separadas faltando la integración de las tres áreas en el área hospitalaria y de todo el personal multidisciplinario en el primer nivel de atención.

Al valorar los factores incidente en el bajo peso al nacer y prematuridad se consideró que la atención nutricional y odontológica disminuiría alguno de las causas de dicho fenómeno, otorgando una atención oportuna con tratamientos y procedimientos adecuados que generen un impacto de calidad en la atención integral de la embarazada para asegurar el bienestar del hijo además la realización de estas acciones no produciría costo adicional sino una readecuación de los procesos de atención y optimización de recursos concientizándoseles en la importancia de sus acciones incentivándosele con los buenos logros y resultados. Se identificó un problema y se priorizó como oportunidad de mejora en la atención integral de la embarazada.

Se ha logrado la atención oportuna de la embarazada el día que es inscrita por personal médico, así como se han mejorado procesos internos de trabajo, solicitando programaciones mensuales a personal odontológico realizando acercamientos comunitarios dos veces por semana a aquellas sedes de UCSF básicas que no cuentan con odontólogo, priorizando y refiriendo a la gestante a las UCSF Intermedias para realizar procedimientos odontológicos complicados, se ha priorizado la eliminación de focos infecciosos en la embarazada y dar plan de tratamiento terminado a las que lo requerían, reduciendo el riesgo de partos prematuros e impactando en la salud bucal y general de la gestante y su satisfacción.

Se proyectó la inscripción odontológica del 100% de embarazadas inscritas por médico, involucrando a personal multidisciplinario en el que tanto enfermera como médico referían a interconsulta a la embarazada con el odontólogo, verificando sello de inscripción odontológica, así como a nivel comunitario el promotor de salud revisando la tarjeta CLAP para verificar atención odontológica y si no contaba con esta atención era referida al establecimiento de salud o a la sede de la UCSF básica el día que el odontólogo asistía a brindar consulta odontológica. Asimismo se evaluó en supervisiones la percepción de la satisfacción de la usuaria.

El proyecto ha sido viable y factible de realizar ya que se contó con personal capacitado para su ejecución, Odontólogos del MINSAL, asimismo se contó con los insumos necesarios para su implementación, y ha sido factible porque se han tomado decisiones y socializado a nivel regional, previniendo complicaciones durante el embarazo y mejorando la calidad de salud bucal de las gestantes.

En la atención directa de consulta externa a la embarazada de alto riesgo en el segundo nivel se ha logrado brindar la consulta odontológica y obstétrica el mismo día que asiste a su control prenatal, identificándose a la vez aquellas embarazadas con riesgo nutricional (bajo peso y obesidad) permitiendo asegurar su consulta en el área de nutrición a corto plazo.

Se proyecta un impacto en la reducción de costos por ingresos hospitalarios de amenazas de partos prematuros con causa etiológica odontológica y así mismo la reducción de ingreso de neonatos con bajo peso al nacer.

2.2. Recolección y análisis de la información

Al inicio del proyecto se identificó que la información se encontraba sistematizada en el SIMMOW alimentada como fuente primaria de los registros odontológicos y nutricionales de la atención del primer y según nivel, sin embargo no se tenía una base de datos como pre tabulador de embarazadas que permitiera comparar que lo registrado en el SIMMOW fueran los datos fidedignos que los odontólogos y nutricionista reportaban

Es así como se diseñó matriz impresa de registro para odontología y nutrición del primer nivel para la recolección de datos. En cuanto al área odontológica se diseñó matriz impresa de registro "hoja de control de embarazadas inscritas en odontología" la cual es una matriz mensual en la que el odontólogo vacía diariamente las embarazadas inscritas, edad, dirección, semanas de gestación, fecha de inscripción y la UCSF donde lleva su control médico así como la cantidad de veces que es atendida por odontólogo.

Asimismo se elaboró otra matriz más específica : "control semanal de inscripciones prenatales odontológicas y su seguimiento" en la que se podía evaluar la cantidad de embarazadas inscritas por médico y odontólogo año a la fecha ,así como las inscripciones de ambas disciplinas cada semana epidemiológica así como embarazadas subsecuentes vistas por odontólogo en la semana y planes de tratamiento terminado, con ello se logró que los odontólogos revisaran semanalmente las inscripciones y fueran al día con el medico así como aumentar la subsecuencia y cantidad de procedimientos realizados a las gestantes y que se empoderaran en la inscripción y diagnostico bucal del 100% de embarazadas ya que si no lo cumplían tenían que justificar y programar visitas a las gestantes no inscritas y sin tratamiento.

Esto permitió el cruce de datos para evitar sub y sobre registro de inscripciones, patologías orales, diagnósticos nutricionales (bajo peso, normal, sobrepeso y obesidad), clasificándolos según lugar de procedencia.

El área de nutrición elaboró una matriz que permitía hacer la relación entre el diagnóstico nutricional de la embarazada y el peso del neonato al momento del nacimiento, se realizó a través de un análisis retrospectivo por medio de la revisión de expedientes clínicos de una muestra de (tantos) pacientes obstétricas atendidas en la clínica nutricional de enero a junio de dos mil quince del hospital.

La información odontológica se clasificó en inscripciones y subsecuencia de embarazadas por municipio identificándose aquellas que fueron atendidas en el hospital para que la información fuera asignada a cada establecimiento.

También se clasificó los diagnósticos identificando focos de infección y enfermedad periodontal como patologías que pueden ser factores que podrían desencadenar un parto prematuro

Toda la información clasificada, consolidada y corregida se vacía al SIMMOW logrando una información digitalizada y pública de la atención a las embarazadas.

La elaboración y aplicación de las herramientas de identificación, recolección y monitoreo permitió diseñar un proceso sistematizado de atención, filtro de embarazadas sin realizar un mal registro, identificación de patologías orales (focos de infección y enfermedad periodontal) y estados nutricionales. Permitted la elaboración de plan de procedimientos preventivos y correctivos para la disminución de los riesgos que puedan inducir un parto prematuro. Estableció un método de

priorización para aquellas embarazadas que por su estado nutricional (desnutrición u obesidad) necesitaban una atención de mayor vigilancia.

Al inicio del proyecto se evidencian que no había coordinación entre los recursos de primero y segundo nivel de atención, aun cuando el porcentaje de pacientes inscritas por odontólogo comparado con las inscritas por médico llegó al 96% para el año 2014, los datos nominales que se investigaron dieron a conocer muchas anomalías.

No se encuentran atestados fidedignos que corroborarán que se había alcanzado el 96% en coordinación con el segundo nivel de pacientes embarazadas evaluadas por odontólogo, podría observarse un registro inadecuado porque podría sobre inscribirse por otro recurso de la misma RISS.

Se encontró que un buen porcentaje de embarazadas referidas por el médico del primer nivel por ser de alto riesgo, no eran inscritas por el odontólogo de manera oportuna.

El odontólogo del Segundo nivel de atención no reportaba correctamente si había inscrito o visto embarazadas subsecuentes por lo que había un sub-registro.

Las pacientes embarazadas inscritas no tenían un seguimiento completo según la norma de atención ya que los lineamientos definen que deben realizarse 3 controles durante el embarazo.

No se había realizado un diagnóstico preliminar de las principales enfermedades odontológicas en la embarazada, como un factor predisponente a un parto prematuro.

No había una inclusión del tema de enfermedades odontológicas como RISS

En el aspecto nutricional para la evaluación de indicadores en RISS del año 2014 para el componente de nutrición solo se evaluó la lactancia materna, pero no se logró en este momento complementar el seguimiento a la embarazada según su estado nutricional y el resultado de este en el recién nacido.

Criterio 3

Gestión de la mejor práctica.

3.1. Planificación de la Mejor Práctica

Entre los 17 objetivos de desarrollo sostenible (ODS) a los que se han comprometido los países miembros de Naciones Unidas (El Salvador entre ellos) se contemplan las dimensiones salud, educación, pobreza, desigualdad, crecimiento económico inclusivo, etc. El Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos establece desde poner fin al VIH, la malaria o la tuberculosis hasta reducir la mortalidad materna e infantil en este último punto establece como meta para el 2030 poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y menores de 5 años. Y es así como La política de salud implementado por el MINSAL desde el quinquenio anterior promueve prestación de servicios de calidad centrados en el paciente y promueve estrategias de innovación, racionalización y mejora de la gestión orientadas por la calidad, y la formulación de soluciones de mejora creativas, con el fin de cumplir al máximo las expectativas de los pacientes mediante la visión integral del mismo. Rigiéndose así mismo por la Carta Iberoamérica de la Calidad.

En este marco y siguiendo las directrices del MINSAL la RIISS San Vicente enfoca este proyecto a la atención materno infantil encaminada a reducir los índices de prematuridad y bajo peso al nacer fundamentando sus bases en el trabajo en equipo en la RIISS para garantizar la eficiencia y eficacia para optimizar los recursos institucionales en función de mejorar la calidad de la atención materno infantil.

Es reconocido que en una institución para su desarrollo es habitual que se trabaje en grupo, que las personas interactúen entre sí al momento de realizar las tareas que son necesarias en el proceso de una actividad. No obstante, la capacidad de trabajar en equipo exige una serie de habilidades que no todas las personas poseen. Las instituciones tratan de formar grupos de trabajo que generen una sinergia positiva a través del esfuerzo coordinado, de tal manera que su desempeño sea superior a la suma de las contribuciones individuales de sus miembros, lo que se conoce como equipos de trabajo.

Lo primero que se necesita es realizar un adecuado proceso de selección capaz de filtrar a los individuos que muestren habilidades interpersonales para trabajar en equipo. Se trata de que los individuos que van a trabajar juntos, además de poseer las habilidades técnicas necesarias para la tarea, sean capaces de asumir los distintos papeles que habrá que desempeñar dentro del equipo, es así como desde la perspectiva de trabajo en RIISS se seleccionó un equipo de profesionales multidisciplinaria que incluyera personal del área odontológica, nutricional, epidemiología y unidad de calidad que tuviera las características de liderazgo y proactivos en la mejora continua de la calidad.

Lo segundo necesario fue una revisión de los lineamientos y actualización de conocimientos correspondientes a cada área, para verificar el cumplimiento de las mismas, detección de limitantes y promoción de mejoras que asegurarán la atención de calidad de la embarazada. También se propició la incorporación de profesionales a talleres de habilidades de solución de problemas, de coordinación y de gestión de procesos.

Finalmente los resultados obtenidos se podrán observar en la reducción de los índices de prematuridad y bajo peso al nacer, teniendo en cuenta que la mejoría no podría ser percibida a corto plazo sino a mediano y largo plazo, lo que si puede percibirse a corto plazo es el aumento en la cobertura de la atención odontológica, (reflejado en aumento de pacientes a quienes se les completa su tratamiento) y en aumento de control nutricional a pacientes de riesgo, observándose en el comparativo de atención odontológica:

Tabla 19. San Vicente, consulta odontológica de primera vez a embarazadas Enero-Septiembre 2014 y Enero- Septiembre 2015								
Establecimiento RIISS San Vicente	Realizado médico 2014	Realizado odontólogo 2014	%	Inscripción HNSG 2014	Realizado médico 2015	Realizado odontólogo 2015	%	Inscripción por HNSG 2015
TOTAL	2231	2058	92	66	2243	2140	95	157

Fuente: Presentación de resultados de indicadores en RIISS tercer trimestre 2015

Tabla 20. San Vicente, consulta odontológica subsecuente a embarazadas Enero-Septiembre 2014 y Enero- Septiembre 2015					
PACIENTE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES	Bajo peso	Peso Normal	Sobrepeso	Obesidad	TOTAL
PRIMERA VEZ	31	117	96	76	320
SUBSECUENTE	24	98	81	52	255
TOTAL	55	215	177	128	575

Fuente: Presentación de resultados de indicadores en RIISS tercer trimestre 2015

Tabla 21. Estado nutricional por tipo de consulta Julio – Septiembre 2015							
Establecimiento RIISS San Vicente	Primera vez odont. 2014	Subsecuente odont. 2014	Proporción	Primera vez odont. 2015	Subsecuente Odont. 2015	Proporción	Subsecuencia HNSG
TOTAL	2058	2237	2.1	2146	3969	2.9	226

Fuente: Presentación de resultados de indicadores en RIISS tercer trimestre 2015

En el área de nutrición es a partir del segundo semestre del 2015 que se ha logrado la integración completa del trabajo en RIISS y llevar registro detallado de las atenciones brindadas:

Los objetivos definidos en el presente proyecto son los siguientes:

Como objetivo general se estableció el canalizar estratégicamente la atención integrada de las áreas de odontología y nutrición a la mujer embarazada de la RIISS de San Vicente. Así como objetivos específicos se definió lo siguiente, el desarrollar una gestión efectiva y de manera integral para asegura el continuo de atención a la mujer embarazada en la RIISS San Vicente y programar en forma transdisciplinaria la atención a la mujer embarazada que asiste a la consulta de alto riesgo, incorporando los componentes odontológico y nutricional en cada visita.

A través de reuniones de trabajo se definió el plan a seguir empoderándose los líderes de cada disciplina y a la vez se propiciaron reuniones de trabajo con los profesionales operativos para

socializar la visión del proyecto, objetivos y metas propuestas. Así mismo se indicó la metodología de trabajo y herramientas para la recolección de datos, programándose sesiones mensuales de revisión de información sobre las actividades de atención odontológica a embarazadas con enfermedad periodontal y focos de infección en un cien por ciento y atención nutricional a embarazadas bajo peso u con obesidad como sistema de monitoreo y seguimiento.

Se dio integralidad a la atención al propiciarse una comunicación efectiva entre los ginecólogos, nutricionistas y odontólogos de manera de asegurar que toda paciente inscrita por el obstetra recibiera atención odontológica, de ser factible, el mismo día de su control prenatal; y así mismo que la embarazada en quien se detectara por el obstetra riesgo nutricional fuera atendido oportunamente en la consulta nutricional. Empoderando al obstetra quien si en sus controles detectara pacientes sin riesgo nutricional al inicio de su control prenatal presentara una desviación en la curva de ganancia de peso recibiera atención oportuna por los profesionales de nutrición. Además de crearse mecanismo de flujo de información que permitiesen tener conocimiento si la paciente recibía atención nutricional y odontológica.

Todo el plan de trabajo e información obtenida se evalúa mensualmente en RIISS, trimestralmente se socializa en los indicadores de resultados de RIISS.

No existía un presupuesto adicional adjudicado al proyecto de las mejores prácticas, pero se realizó un ajuste al presupuesto anual en el segundo nivel de atención para proporcionar a cada embarazada un kit de prevención de gingivitis y periodontitis que consta de un cepillo dental con un frasco de clorhexidina al 0.12%, así como un control quincenal de placa dentobacteriana con pastillas reveladoras. Se gestionó la adquisición de suplementos nutricionales y pediátricos para mejorar el estado del binomio madre-hijo.

Al ser seleccionado el proyecto desarrollado por la RIISS San Vicente, su postulación sería financiada por el MINSAL.

Por no contar con un financiamiento externo se dispuso de los recursos humanos y materiales del hospital a fin de desarrollar los talleres. Se contó con la colaboración del MINSAL a través del personal del centro de Habilidades Obstétricas con modelos anatómicos para realizar las prácticas.

3.2. Implantación de la mejor práctica

Para el desarrollo del proyecto de las mejores prácticas se hizo a través del método de la lluvia de ideas aplicándolo como una herramienta de calidad, de esta manera permitió conocer los problemas que influyen como causas de los partos prematuros y niños de bajo peso al nacer. Se ordenó la lista de ideas se y priorizó según su grado de importancia.

Para buscar la solución de los problemas se utilizó el diagrama de Ishikawa o espina de pescado que través de una forma gráfica permitió al equipo representar e identificar minuciosamente las posibles causas que se involucran en el problema.

Durante la elaboración del proyecto se determinó los cambios de mejora que se querían lograr estableciéndose compromisos los avances de cuales se evaluarían mensualmente en las reuniones de RIISS y trimestralmente en el análisis de indicadores, verificando resultados e impacto, redefiniendo actividades, reorientando a los profesionales operativos para la obtención de metas.

Se elaboró un cronograma de actividades, que asignaba responsables, tiempo de cumplimiento. En este cronograma se plasmaron las actividades en 3 etapas:

Las etapas seguidas para el desarrollo del proyecto de la mejor práctica son:

1. Etapa de planificación: esta inicia con la identificación de los factores que inciden en el bajo peso y prematuridad haciendo uso de herramientas metodológicas como lluvia de ideas, espina de pescado y priorización (Hanlon) que conllevan a la conformación por las altas Direcciones de la RIISS de un equipo de trabajo que realizará la línea medición de línea base y dirigirá las líneas de actuación del proyecto.
2. Etapa de ejecución se realizaron acciones enfocadas a preparar al equipo operativo con conocimientos y herramientas necesarios para la ejecución del proyecto, los cambios a implementar, la meta a alcanzar y se definió tiempos.
3. Etapa de socialización y monitoreo se estableció monitoreo continuo y se socializaba periódicamente en reuniones de RIISS los avances y resultados.

El equipo contó con la colaboración de los epidemiólogos de ambos niveles que ayudaron a la aportación de datos y elaboración de indicadores como verificando que la información vaciada en los sistemas fuera lo más fidedigna, aportando su experiencia en el procesamiento de datos. La participación de la Unidad de Calidad y las Direcciones transmitió conocimiento del uso de herramientas de calidad de gestión.

Las dificultades encontradas para la implementación de las mejores prácticas fue en primer lugar la resistencia de recurso del segundo nivel de atención colaborador de los profesionales de nutrición y odontología que no verificaba si las embarazadas ya habían recibido alguna atención en el primer nivel, verificando a través del sello colocado en la hoja de atención perinatal.

Se encontró la dificultad de incompatibilidad de horarios entre la atención obstétrica, odontológica y nutricional para brindar una atención integral en un solo día, por lo cual se reacomodó los horarios de atención.

Existe la no cobertura del 100% de odontólogos y nutricionistas en el primer nivel de atención por lo cual se realizaron acciones de mejora en la derivación y aseguramiento de la atención de las pacientes en los centros donde cuentan con dichos recursos, estableciéndose un proceso de atención ordenado de referencia según procedencia de la embarazada

Con respecto al área de nutrición existió una demora en comparación con odontología en el inicio de la planificación y ejecución de las actividades, por dificultades en la cohesión en el equipo de nutrición.

3.3 Control y Seguimiento

El control de las etapas y desarrollo se realizó a través del cumplimiento de las actividades establecidas en el cronograma previamente definido con su plan de trabajo verificando la periodicidad, monitoreo y evaluación de las actividades del proyecto. Se desarrollaron reuniones mensuales con los profesionales operativos para verificar los productos de la intervención: Revisión de matriz de datos, intercambio de experiencias locales, verificación de la concordancia y veracidad de datos entre ambos niveles de la RIISS, mejorando la calidad de información que se vierte en el SIMMOW.

Hubo una reasignación de responsabilidades de los profesionales de nutrición con respecto a su área geográfica. (Hospital Santa Gertrudis con Micro red de Tecoluca y Micro red San Vicente, Apastepeque Micro red de Apastepeque y Verapaz Micro red de Verapaz)

En el área de odontología con respecto a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas (UCSFB) que no cuentan con recurso odontológico permanente y se hace inscripción

materna por médico, dicha embarazada es referida a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia (UCSFI) o se le da cita para que el día de la visita próxima programada del odontólogo a la USCFB.

Así mismo en las UCSFI con baja cobertura detectada en la línea basal de inscripciones se programó (dos actividades a Micro red Tecoluca y una a Micro red Apastepeque durante el 2015) personal odontológico de apoyo para aumento de inscripciones y realización de procedimientos subsecuentes en embarazadas.

Se encontró dificultad en cumplimiento de metas en al UCSFI de Tecoluca debido a la carencia de un odontólogo en el primer semestre del año por lo cual fue necesario reforzar con un equipo de apoyo y disminuir el impacto negativo en el desarrollo de la mejor práctica

Se realizó proceso de inducción y sensibilización tanto en el primer como en segundo nivel para lograr la cohesión interdisciplinaria (enfermera-obstetra) en la atención integral de la embarazada. (Modificación de libro, charlas de enfermería y actividades de educadores).

El equipo hizo la evaluación de los resultados y la reducción de la brecha al realizar evaluaciones presenciales por cada UCSFI y Hospital, las cuales se hacían mensualmente, dejando constancia en actas de reuniones. La reducción de la brecha se logra a través de implementación de estrategias como acercamientos comunitarios, visitas domiciliarias para dar cita a embarazadas a UCSFI y con el proceso de atención del segundo nivel antes descrito. La verificación de la disminución de la brecha puede observarse con la comparación estadística de la línea de base del 2014 y los resultados medidos hasta septiembre de 2015.

Criterio 4

Gestión del equipo de trabajo.

4.1. Integración del equipo de trabajo

Para lograr la colaboración y apoyo del equipo de gestión de salud y personas de la organización para la implementación del proyecto se realizó lo siguiente:

- Las Direcciones de primer y segundo nivel convocaron a los profesionales de odontología y nutrición a partir del mes de octubre de 2015 incorporándolos al análisis de indicador de RIISS.
- El proyecto de las buenas prácticas surge del análisis de los indicadores en RIISS de la atención materno infantil ante la necesidad de implementar acciones de mejora; este proyecto es impulsado por las direcciones.
- Al detectarse fallas en la cohesión del equipo las direcciones se involucraron conduciendo actividades para asegurar la integración
- Se facilitaron espacios a los líderes de ambos equipos para retroalimentar, socializar e implementar metodologías de atención a personal multidisciplinario.
- El desempeño fue asegurado a través de las evaluaciones, estrategias utilizadas y presentaciones de logros en las reuniones mensuales en RIISS

Para un buen trabajo en equipo las direcciones y los distintos profesionales establecieron:

- Construir confianza
- Establecer objetivos comunes
- Crear sentido de pertenencia
- Permitir toma de decisiones
- Buscar el entendimiento entre partes
- Impulsar la comunicación
- Aprovechar la diversidad
- Reconocer los logros del proyecto
- Favorecer el compromiso mutuo y la responsabilidad compartida

La creatividad mejora cuando existe integración entre las personas y trabajan juntas como un equipo. La lluvia de ideas evita puntos de vista parcializados y permite aumentar la creatividad cuando se toman en cuenta todos los puntos de vista de los demás. Se combinó los distintos puntos de vista de los miembros del equipo y ayudó a crear soluciones más efectivas a los problemas. Además, el trabajo en equipo ayudó a compartir conocimiento y estimuló el aprendizaje individual y del grupo.

El trabajo en equipo permitió que las aptitudes de cada miembro se complementen para crear un producto final que no podría haberse conseguido individualmente, es así como al integrar los diferentes actores en la atención de la embarazada se simplifica el tiempo de espera de la misma y con una mejor calidad de atención

El trabajo individual aumenta la carga de trabajo y las responsabilidades y esto puede provocar un aumento de estrés y el trabajo en equipo permitió que tanto las tareas como las responsabilidades se repartan e hizo que el estrés disminuyera

El trabajo en equipo permitió que cada profesional se centrara en lo que mejor sabe hacer, sin tener que preocuparse por trabajos o tareas que no dominan. Esto ayudó a generar un trabajo de mejor calidad, puesto que incrementa la productividad.

Cada recurso trabajó en su área determinada, pero a la vez colaboró directamente en el proceso de atención a la embarazada permitiendo que se maximice el potencial que domina. Antes de lograr buenos resultados, el trabajo en equipo necesitó un periodo para establecer relaciones interpersonales, aceptación de caracteres y destrezas y posteriormente inician con la eficiencia y la productividad.

Se aseguró la integración y el desempeño del equipo del proyecto de la siguiente manera:

- a. conformación multidisciplinaria del equipo facilitador del proyecto de mejora (odontólogo, médico obstetra, Licenciada en nutrición, coordinador UOC, epidemiólogos). Se procuró que los integrantes del equipo tuvieran conocimientos tales como capacitaciones en MCC, herramientas de calidad, capacitaciones en las áreas de nutrición y odontología, herramientas epidemiológicas, etc. para asegurar que la interrelación de los aportes de todos y cada uno permitiera abordar de forma sistemática y ordenada las causas que estaban incidiendo en el incremento de casos de prematuridad y bajo peso al nacer y elaborar y ejecutar mejora continua en la atención de la embarazada.
- b. El MINSAL capacito en un primer momento a personal del Hospital en la gestión de calidad en la atención de los pacientes, conocimientos que luego fueron transmitidos localmente a miembros del equipo del segundo nivel. Posteriormente también durante el 2015 se capacito a personal del primer nivel en temática de calidad, de modo de garantizar que toda la RISS compartiera conocimientos de calidad en la atención de pacientes.
- c. La conformación de los grupos de profesionales fue de igual manera multidisciplinario (médicos especialistas y generales, personal de enfermería, odontólogos, nutricionistas, personal de informática) y se les retroalimentó conocimientos y desarrollo capacitaciones con un enfoque centrado en la atención integral materna.

4.2. Desarrollo del equipo de trabajo

Al inicio del proyecto fue necesario establecer líderes que conformaran el equipo de gestión, esto fue realizado por las direcciones del SIBASI y hospital. Se estableció un equipo que presentarán preferencias e intereses comunes para el mejoramiento de la atención de la embarazada, incremento en la calidad de los procedimientos y reducción de factores que afecten la prematuridad y el bajo peso.

El equipo de trabajo estableció un objetivo claro y medible, que pueda alcanzarse con el menor esfuerzo y mayor sinergia, se le asignó tiempo necesario para conseguir las metas, implementando metodologías y estrategias para la solución de problemas y desarrollo del proyecto.

Se retroalimentó y se destacó las capacidades de cada uno de los miembros del equipo, se reconocieron defectos individuales y colectivos mejorando las aptitudes, se valoraron las opiniones personales y sus aportes generando participación y toma de decisiones compartidas.

También se realizó la evaluación de trabajo en equipo en las reuniones mensuales en RISS quienes fomentaron la integración y el valor del esfuerzo colectivo. Se incentivó para asumir compromisos y responsabilidades, optimizando el trabajo en equipo y permitiendo que los diferentes profesionales deleguen funciones a los recursos operativos para el mejor desempeño y conseguir el objetivo de la disminución de los partos prematuros y niños de bajo peso al nacer.

Los miembros del equipo fue capacitado en gestión de calidad de los servicios por personal del MINSAL, Taller de Gestión Clínica impartido por Escuela Andaluza, actualización de conocimientos de la relación de enfermedad periodontal y partos prematuros y niños de bajo peso al nacer en RISS.

Fortaleció las competencias a través de a. presentación teórica de los temas, b. desarrollo y habilitación de herramientas de captación de datos c. Análisis de debilidades encontradas durante el desarrollo del proyecto.

Se dio control y seguimiento a través de:

- a. Se realiza monitoreo de expedientes de pacientes a quienes se brindó atención nutricional y odontológica.
- b. Retroalimentación de los resultados obtenidos al personal operativo
- c. Verificación de la asistencia odontológica y nutricional brindada a través de la colocación de sello en hoja de control perinatal.
- d. El seguimiento fue asegurado a través de las evaluaciones, estrategias utilizadas y presentaciones de logros en las reuniones mensuales en RISS
- e. El equipo hizo la evaluación de los resultados y la reducción de la brecha al realizar evaluaciones presenciales por cada UCSFI y Hospital, haciéndose cada mes, con constancia en actas de reuniones. La reducción de la brecha se logra a través de implementación de estrategias como acercamientos comunitarios, visitas domiciliarias para dar cita a embarazadas a UCSFI y con el proceso de atención del segundo nivel antes descrito.

Criterio 5

**Gestión del conocimiento
e innovación de la mejor
práctica.**

5.1 Gestión del conocimiento en la mejor práctica

Las capacitaciones fueron encaminadas a:

Implementar los nuevos procesos de atención en la consulta externa y niveles locales, es decir la atención a la embarazada fue sistematizada para que pueda ser atendida por todo el equipo multidisciplinario. Esto se logró capacitando al personal operativo para el mejoramiento de las funciones administrativas, asegurando que la embarazada reciba la consulta integral (obstétrica, nutricional y odontológica), sin descuidar que al identificar un factor de riesgo que necesite evaluación por otra disciplina, por ejemplo psicología, medicina interna, etc., reciba su atención.

A que el profesional que brinda la atención deja como evidencia de ella, en las notas de evolución escritas en el expediente clínico, así como también se registran las atenciones en las matrices ya antes descritas de odontología y nutrición.

Se innovó diseñando matriz de registro nutricional y odontológica de información que permitía determinar si la paciente ya estaba inscrita y recibiendo atención en un centro de modo de no duplicar la atención sobrecargando el sistema y dejando fuera pacientes. Esto se apoyó con la creación y aplicación de un sello que se estampa en la hoja de control perinatal para verificar la prestación de la atención odontológica y nutricional.

Se innovó realizando análisis cruzado entre la clasificación de riesgo de la embarazada con desnutrición, obesidad y ganancia inadecuada de peso durante la gestación y el estado nutricional del RN para verificar si las acciones nutricionales fueron adecuadas y oportunas (revisión retrospectiva de pacientes en control nutricional en el Hospital y plantares del RN).

Se realizaron acciones encaminadas a aprovechar al máximo la presencia de la embarazada en los centros de atención para asegurar la atención odontológica y nutricional el mismo día del control prenatal o asegurar su cita.

Además a través del diseño y reporte diario de embarazadas faltista a sus controles prenatales se logró la comunicación efectiva entre primer y segundo nivel de manera de garantizar el continuo de atención.

Se innovó con la clasificación de diagnósticos odontológicos identificando a todas las embarazadas que presentaban periodontitis y focos de infección.

5.2 Gestión de la innovación en la mejor práctica

Para generar los elementos de innovación de la mejor practica considero la disponibilidad de recurso humano, tiempo para la ejecución, monitoreo, análisis y disponibilidad de algún recurso económico para la adquisición de algunos insumos (kit de higiene bucal, suplementos nutricionales) y posibilidad de gestionar la mejor distribución de los recursos humanos para brindar la atención.

Criterio 6

**Resultados de la mejor
práctica.**

6.1 Resultados en la eficacia/eficiencia organizacional

Resultados En El Componente Odontológico

Tabla 22. San Vicente, consulta odontológica de primera vez a embarazadas, Enero-Septiembre 2014 y Enero- Septiembre 2015								
Establecimiento	Realizado médico 2014	Realizado Odontólogo 2014	%	Inscripción HNSG 2014	Realizado médico 2015	Realizado Odontólogo 2015	%	Inscripción por HNSG 2015
Apastepeque	243	248	100	8	269	267	99	18
Guadalupe	72	57	79	1	78	79	100	2
San Cayetano Istepeque	65	63	97	4	54	58	100	5
Santa clara	94	106	100	0	71	75	100	5
Santo domingo	76	65	86	0	84	76	90	1
San Esteban Catarina	72	70	97	1	89	88	99	2
San Ildefonso	138	137	99	3	118	116	98	5
San Lorenzo	66	61	92	5	63	70	100	5
San Sebastián	156	137	88	0	165	174	100	7
San Vicente	642	597	93	42	616	568	92	90
Tecoluca	436	322	74	7	440	385	88	12
Tepe titán	43	52	100	2	55	52	94	1
Verapaz	100	112	100	3	99	93	94	4
Jerusalén	20	25	100	0	36	33	92	0
Mercedes la Ceiba	8	6	75	0	6	6	100	0
TOTAL	2231	2058	92	66	2243	2140	95	157

Fuente: SIMMOW

En la tabla anterior se puede visualizar que antes de la implementación de la mejor práctica se tenía una inscripción odontológica de embarazadas del 92% periodo de enero-septiembre 2014, y al aplicarse las acciones se incrementó a un 95% en enero-septiembre 2015, acercándose al 100% según meta programada. También puede observarse el aumento sustancial de inscripciones odontológicas hospitalarias aumentando de 66 embarazadas a 157 en los períodos mencionados anteriormente. Es oportuno manifestar que los datos del 2015 son más confiables por la implementación de estrategia de monitoreo y supervisión de los datos en fuentes primarias y el SIMMOW.

Como dato adicional durante el 2014: 9 establecimientos de salud presentaban una evaluación mayor del 94% de inscripciones y 6 un porcentaje bajo a las que se les prioriza la aplicación de la mejor práctica. Durante el 2015 que se estandarizo la mejor práctica a todas las unidades 12 establecimientos tenían coberturas hasta el 100% y solamente 3 entre 88% y 92%.

Tabla 23. San Vicente, consulta odontológica subsecuente a embarazadas Enero-Septiembre 2014 y Enero- Septiembre 2015							
Establecimiento	Primera vez odontólogo 2014	Subsecuente odontólogo 2014	Proporción	Primera vez odontólogo 2015	Subsecuente Odontólogo 2015	Proporción	Subs2ecuaciaia HNSG 2015
Apastepeque	248	286	2.2	269	421	2.6	42
Guadalupe	57	67	2.2	79	191	3.4	3
San Cayetano Istepeque	63	94	2.5	58	152	3.6	2
Santa Clara	106	86	1.8	79	219	3.8	2
Santo domingo	65	92	2.4	76	134	2.8	2
San Esteban Catarina	70	62	1.9	88	163	2.9	1
San Ildefonso	137	272	3.0	116	457	4.9	3
San Lorenzo	61	94	2.6	70	171	3.4	10
San Sebastián	137	98	1.7	174	184	2.1	2
San Vicente	597	681	2.1	568	801	2.4	134
Tecoluca	322	167	1.5	385	429	2.1	24
Tepetitán	52	76	2.5	52	154	4.0	0
Verapaz	112	162	2.5	93	493	6.3	1
Jerusalén	25	32	2.3	33	101	4	0
Mercedes la ceiba	6	10	2.7	6	20	4.3	0
TOTAL	2058	2237	2.1	2146	3969	2.9	226

Fuente: Presentación de resultados de indicadores en RIISS tercer trimestre 2015

En lo que concierne a la atención subsecuente en embarazada| se ha logrado aumentar la proporción de la atención a embarazadas de 2.1 durante el año 2014 a 2.9 al año 2015, alcanzando y cumpliendo con el lineamiento nacional de tres atenciones por embarazos.

Las inscripciones odontológicas en el hospital de enero-septiembre de 2015 fue de 153 y las atenciones subsecuentes han sido 226, dando una proporción de atención a embarazadas de 2.4.

Tabla 24. Embarazadas con enfermedad periodontal - periodontitis crónica Enero -Septiembre 2015 RIISS San Vicente				
Establecimiento	Consulta Embarazadas	Tasa	Total de consultas	Tasa
UCSFI San Vicente SV Periférica	3	3.21	3	1.66
UCSFB Tecoluca SV Tehuacán	3	3.21	3	1.66
UCSFE Verapaz	2	2.14	2	1.11
UCSFI Apastepeque	2	2.14	2	1.11

Tabla 24. Embarazadas con enfermedad periodontal - periodontitis crónica Enero -Septiembre 2015 RIISS San Vicente				
Establecimiento	Consulta Embarazadas	Tasa	Total de consultas	Tasa
UCSFI Tecoluca	2	2.14	2	1.11
UCSFI Santo Domingo	2	2.14	2	1.11
UCSFB San Sebastián	2	2.14	2	1.11
UCSFI Tecoluca SV Santa Cruz Porrillo	1	1.07	1	0.55
USFFB Tecoluca SV Llano Grande	1	1.07	1	0.55
UCSFB Santa Clara SV	1	1.07	1	0.55
Hospital Nacional San Vicente	1	1.07	1	0.55
TOTAL	20	1.94	20	1.0

Fuente: Presentación de resultados de indicadores en RIISS tercer trimestre 2015

En el cuadro anterior se presentan los establecimientos de salud de la RIISS San Vicente que han diagnosticado periodontitis crónica en embarazadas durante el periodo enero septiembre del 2015, fueron en total 20 embarazadas diagnosticadas con esta enfermedad en siete de los 13 municipios del departamento, verificándose más casos en la cabecera departamental y el municipio de Tecoluca

Tabla 25. Embarazadas con enfermedad periodontal - periodontitis aguda Enero Septiembre 2015 RIISS San Vicente				
Establecimiento	Consulta Embarazadas	Tasa	Total de consultas	Tasa
UCSFB San Sebastián	3	3.21	3	1.66
UCSFI Apastepeque	1	1.07	1	0.55
UCSFB Tecoluca SV Tehuacán	1	1.07	1	0.55
UCSFI Tecoluca	1	1.07	1	0.55
UCSFI Santo Domingo	1	1.07	1	0.55
UCSFI San Ildefonso	1	1.07	1	0.55
Hospital Nacional San Vicente	1	1.07	1	0.55
TOTAL	9	1.4	9	0.70

Fuente: Presentación de resultados de indicadores en RIISS tercer trimestre 2015

En el cuadro anterior se presentan los establecimientos de salud de la RIISS San Vicente que han diagnosticado periodontitis aguda en embarazadas, se han diagnosticado 9 casos de esta patología en la gestante priorizándose su tratamiento, se puede verificar el diagnóstico tanto por el primero y segundo nivel de atención en salud.

Tabla 26. Otros Trastornos de los dientes y tejidos de sostén en embarazadas Atendidas		
Enero Septiembre 2015, RIISS San Vicente		
Diagnostico	Diagnósticos/consultas	Tratamiento realizado
Gingivitis crónica	1032	Profilaxis, detartraje, clorhexidina ,consejería
Gingivitis aguda	149	Profilaxis, detartraje, clorhexidina ,consejería
Raíz dental retenida	31	Exodoncia
Pulpitis	25	Exodoncia
Absceso periapical con fistula	8	Drenaje, prescripción
Absceso periapical sin fistula	2	Drenaje ,prescripción
Necrosis de la pulpa	2	Exodoncia, prescripción
TOTAL	1249	

Fuente: Presentación de resultados de indicadores en RIISS tercer trimestre 2015

En el cuadro anterior se presentan los diagnósticos realizados a embarazadas relacionados a trastornos de los dientes y a sus tejidos de sostén, se diagnosticó 1032 gingivitis crónica y 149 gingivitis aguda en gestantes, brindándoseles el tratamiento de profilaxis, detartraje en el caso de existencia de cálculo dental, enjuague con clorhexidina al 0.12% así como la consejería a la embarazada con estos tratamientos se eliminaba esta patología. En cuanto a los focos infecciosos (raíz dental retenida, pulpitis, absceso periapical con fistula, absceso periapical sin fistula y necrosis de la pulpa suman un total de 68 patologías las cuales se les ha dado prioridad y seguimiento y tratamiento oportuno por parte de odontólogos y personal multidisciplinario de RIISS San Vicente

Tabla 27. Plan de tratamiento terminado a embarazada UCSFI SIBASI San Vicente	
USCF	Cantidad embarazadas con plan de tratamiento terminado (Mes de Septiembre del 2015)
San Sebastián	3
Santo Domingo	3
San Lorenzo	4
San Esteban Catarina	4
Apastepeque	8
Santa Clara	8
San Ildefonso	10
Periférica	8
San Cayetano Istepeque	5
Tepetitán	3
Verapaz	5
Guadalupe	3

Tabla 27. Plan de tratamiento terminado a embarazada UCSFI SIBASI San Vicente	
USCF	Cantidad embarazadas con plan de tratamiento terminado (Mes de Septiembre del 2015)
Jerusalén	2
Tecoluca	4
San Nicolás Lempa	3
San Carlos Lempa	3
TOTAL	76

Fuente: Presentación de resultados de indicadores en RIISS tercer trimestre 2015

Durante el tercer trimestre se solicitó a cada Odontólogo/a de UCSF que realizaran búsqueda de mujeres embarazadas con focos infecciosos, con enfermedad periodontal ,o con caries y que se le diera plan de tratamiento terminado a por lo menos 2 embarazadas por recurso de cada UCSF (23 recursos) durante mes de la salud bucal se sobrepasó meta ya que algunas embarazadas habían tenido varias atenciones durante el transcurso del año y se terminó de trabajarles en el mes de septiembre.

Total focos infecciosos más periodontitis en embarazadas, 97 diagnósticos

97 embarazadas a las que se les ha priorizado y a 76 de ellas se les finalizo plan de tratamiento odontológico al mes de septiembre 2015 (78%)

- Un 5 % del total de embarazadas inscritas por odontólogo.

Tabla 28. Resultado componente nutricional atención por diagnóstico en embarazadas. Julio - Septiembre 2015				
Estado Nutricional	JUL – SEP			TOTAL
	HOSPITAL	APASTEPEQUE	VERAPAZ	
Bajo peso	34	8	13	55
Peso Normal	11	111	93	215
Sobrepeso	5	109	63	177
Obesidad	37	49	42	128
TOTAL	87	277	211	575

Fuente: Presentación de resultados de indicadores en RIISS tercer trimestre 2015

Tabla 29. Atención nutricional de embarazadas con enfermedades agregadas Julio/Sep/Hospital										
Enfermedades Agregadas	EMBARAZADAS DE 14-24 SEM					EMBARAZADAS DE 25-38 SEM				
	Bajo peso	Peso Normal	Sobrepeso	Obesidad	Total	Bajo peso	Peso Normal	Sobrepeso	Obesidad	Total
HIPOTIROIDISMO	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
HIPERTIROIDISMO	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
DM	0	1	0	1	2	0	0	0	1	2
HTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IRC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIAGNÓSTICO ESTOMATOLÓGICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1	1	0	2	4	1	0	0	1	2

Fuente: Presentación de resultados de indicadores en RIISS tercer trimestre 2015

Tabla 30. Estado nutricional por semanas de gestación, consulta de primera vez. Jul – Sep. 2015 – Hospital					
SEMANA GESTACIONAL CONSULTA PRIMERA VEZ	HOSPITAL TOTAL JUL- SEP				
	Bajo peso	Peso Normal	Sobrepeso	Obesidad	TOTAL
0 - 12 SEMANAS	6	0	0	1	7
12 – 24 SEMANAS	7	2	2	12	23
25 - 38 SEMANAS	5	2	3	7	17
38 SEMANAS o MÁS	1	0	0	0	1
TOTAL	19	4	5	20	48

Fuente: Presentación de resultados de indicadores en RIISS tercer trimestre 2015

Tabla 31. Estado nutricional por tipo de consulta. Julio – Septiembre 2015															
PACIENTE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES	TOTAL HNSG JUL- SEP					TOTAL PRIMER NIVEL JUL- SEP					TOTAL RIISS JUL -SEP				
	Bajo peso	Peso Normal	Sobrepeso	Obesidad	TOTAL	Bajo peso	Peso Normal	Sobrepeso	Obesidad	TOTAL	Bajo peso	Peso Normal	Sobrepeso	Obesidad	TOTAL
Primera vez	19	4	5	20	48	12	113	91	56	272	31	117	96	76	320
Subsecuente	15	7	0	17	39	9	91	81	35	216	24	98	81	52	255
Total	34	11	5	37	87	21	204	172	91	488	55	215	177	128	575

Fuente: Presentación de resultados de indicadores en RIISS tercer trimestre 2015

Tabla 32. Peso al nacer de RN de madres con control nutricional HNSG. Julio - Septiembre 2015 – Hospital					
PESO DEL RECIÉN NACIDO	TOTAL JULIO - SEPTIEMBRE				
	Bajo peso	Peso Normal	Sobrepeso	Obesidad	TOTAL
Menor de 2,500 gr	3	0	0	1	4
2500 a 3999 gr	6	1	5	6	18
> 4,000 gr	0	0	0	1	1
TOTAL	9	1	5	8	23

Fuente: Presentación de resultados de indicadores en RIISS tercer trimestre 2015

De las 23 pacientes atendidas en consulta independiente de su estado nutricional 18 dieron a luz niños con peso normal eso equivale a un 78% de recuperación nutricional del recién nacido.

De las 116 pacientes atendidas en consulta por nutricionistas de micro redes, independiente de su estado nutricional 105 dieron a luz niños con peso normal eso equivale a un 90.51 % de recuperación nutricional del recién nacido.

La creación de sello para la atención nutricional y que este sea colocado en el CLAP, para que se reconozca que fueron atendidas por nutrición.

La creación de una matriz para vaciar las atenciones nutricionales para hospital y primer nivel y tener un consolidado en RIISS

Tabla 33. San Vicente, Mortalidad perinatal Enero-Septiembre, 2014- 2015				
Año	Nacidos muertos	Neonatal temprana	Total	Tasa de Mortalidad
2014	21	13	34	10.4x 1000 NV
2015	18	13	31	9.13x 1000 NV
Total	278	345	623	6.31 x 1000 NV

Fuente: Presentación de resultados de indicadores en RIISS tercer trimestre 2015

Tabla 34. San Vicente RN bajo peso al nacer Enero-Septiembre 2014- 2015		
Año	RN bajo peso	Tasa de RN bajo peso
2014	255 (2,149)	119 x 1,000 NV
2015	243 (2,072)	117 x 1,000 NV
Total	7,097 (70,153)	101 x 1000 NV

Fuente: Presentación de resultados de indicadores en RIISS tercer trimestre 2015

La eficiencia/eficacia de la RIISS San Vicente ha mejorado en el aseguramiento de la evaluación y seguimiento integral de la paciente embarazada, asegurándole la oportunidad de recibir además de su consulta obstétrica atención odontológica y nutricional de calidad, apegándose a lineamientos y permitiendo actuar en la prevención y/o tratamiento de factores de riesgo que podrían generar en dar a luz a un niño prematuro o de bajo peso al nacer.

Tabla 35. San Vicente recién nacidos prematuros Enero-Septiembre 2014-2015						
Municipio	Total NV 2014	Total NV 2015	2014 prematuro	2015 prematuro	2014 INDICE	2015 INDICE
Jerusalén	25	36	4	7	16	19.44
Santa Clara	73	82	6	13	8.22	15.85
Verapaz	74	87	11	10	14.86	11.49
San Vicente	642	614	55	62	8.57	10.1
Guadalupe	75	62	7	6	9.33	9.68
Santo Domingo	83	73	10	7	12.05	9.59
Apastepeque	293	279	21	23	7.17	8.24
San Lorenzo	67	63	8	4	11.94	6.35
Tecoluca	370	346	25	19	6.76	5.49
San Cayetano Istepeque	66	55	1	3	1.52	5.45
San Esteban Catarina	81	66	5	3	6.17	4.55
San Sebastián	107	143	10	6	9.35	4
San Ildefonso	142	101	13	4	9.15	3.96
Tepetitán	36	51	2	2	5.56	3.92
Mercedes la Ceiba	15	14	1	0	6.67	0
Total	2,149	2,072	179	169	8.3%	8.1%

Fuente: Presentación de resultados de indicadores en RIISS tercer trimestre 2015

Se ha optimizado los escasos recursos de nutricionistas con la asignación de las pacientes a redes predeterminadas para asegurar los espacios en la consulta que le permitan recibir oportunamente su atención y dando relevancia a la inscripción temprana de pacientes con riesgo nutricional para lograr garantizar la efectividad de medidas en la salud del binomio madre-hijo.

Igualmente se generaron mejoras de la atención odontológica de manera de asegurar la evaluación y tratamiento odontológica a todas las embarazadas inscritas por médicos en los centros de atención.

También se genera impacto en reducción de los costos hospitalarios dado que los gastos en la atención de RN con prematuridad y/o bajo peso son altos, por la atención especializada que requieren, incluyendo médico neonatólogo, insumos médicos y necesidad de prestación de servicios auxiliares complementarios.

El personal operativo de la RISS se ha sensibilizado y concientizado en brindar atención de calidad e integral a la embarazada a la vez que se han aumentado sus capacidades técnicas al actualizar sus conocimientos.

6.2. Resultados en la orientación al ciudadano/cliente

El impacto para la pacientes después de implementarse la mejor practica puede ser visualizada en el área odontológica en el incremento de la cobertura de inscripciones y consultas subsecuentes, así como también en la calidad de atención (disminución de periodontitis y focos de infección), la embarazada tuvo una mejor eficiencia en la atención con la disminución de tiempos de espera y priorización de procedimientos que disminuyen factores de riesgo, en la cantidad de pacientes embarazadas en las que se terminó plan de tratamiento odontológico.

En el área nutricional puede verse en el incremento de atenciones en las pacientes de pacientes embarazadas con bajo peso o con sobrepeso y en la disminución de atención a pacientes con peso normal y sobrepeso, quienes no son descuidadas sino que el médico que la asiste en el control prenatal tiene la responsabilidad de llevar curva de ganancia de peso para de ser detecta una desviación derivarla oportunamente a la nutricionista. Esto apeándose a los lineamientos de la atención nutricional y para permitir los espacios para las pacientes de riesgo y que los recursos de nutrición sean más eficientes.

Todo esta se traduce en beneficios a la madre y al RN al reducir las tasas de prematuridad y bajo peso al nacer que implican alto gasto económico (gastos de transporte por estancia intrahospitalaria prolongada y mayores morbilidades neonatales)y emocional en el grupo familiar.

A través de mediciones con encuestas se observó un alto grado de satisfacción de la usuaria con respecto a la mejora de la atención odontológica y nutricional.

6.3. Resultados relacionados a otras partes interesadas

Las mejoras obtenidas en este proyecto se están extrapolando a otras redes de la región paracentral como a odontólogos coordinadores de hospital, supervisores de SIBASI y así como una representación de médicos y enfermeras de la región, debido a los buenos resultados que ha observado el director regional y la dirección del hospital en beneficio de las pacientes embarazadas y su niño.

La educación continua y permanente dirigida a empleados a permitido ampliar los conocimientos en temas relacionados en salud bucal y nutrición haciendo que se preocupe por su propia salud y la de su familia, esto hace un mejor conocimiento de la atención integral con visión de calidad a que tiene derecho toda embarazada y su hijo.

6.4. Resultados financieros o de la relación costo beneficio

Como ya se mencionó la RIISS se verá beneficiada en la reducción de costos financieros que implica la atención intrahospitalaria que generan los RN de bajo peso y prematuros, la atención de las complicaciones a los cuales son susceptibles y larga estancia que requiere su recuperación y el costo que genera el seguimiento en primer y segundo nivel de atención y muchas veces en tercer nivel.

Valorar incluir costo día cama de servicio neonatos y uci neonatal 3er nivel costo de la consulta neonatal, consulta fisiatría

Recordemos que las atenciones preventivas brindadas tanto en el I primer nivel como en el segundo nivel son de bajo costo por lo tanto el impacto en la salud pública se favorece con una menor inversión, pero si el neonato necesita una atención especializada los costos se incrementan.

La ejecución del proyecto no requirió mayor inversión financiera, así como tampoco necesito la contratación de más recursos profesionales sino que la mejor práctica fue implementada por los recursos ya existentes del MINSAL. El proyecto se llevó a cabo a través de readecuación de áreas geográficas que fueran más factibles para lograr una atención óptima de los recursos, se priorizó la atención de embarazadas según su riesgo.

La implantación de la mejor práctica generó a la RIISS San Vicente un ordenamiento de procesos, capacidades y funciones de personal multidisciplinario con respecto a la atención de la embarazada, permitiendo la captación, atención subsecuente y finalización de planes de tratamientos odontológicos, también benefició a la embarazada con riesgo nutricional a aquellas con obesidad y desnutrición para mejorar su condición.

Criterio 7

Sostenibilidad y mejora.

7.1 Sostenibilidad

Los riesgos que el equipo ha identificado que podrían obstaculizar el mantenimiento de la mejor practica son los siguientes: incorporación a los centros de atención de recursos nuevos y/o rotación interna de personal que desconocen el proyecto, falta de interés o motivación en el personal y falta de recursos humanos por renuncias, incapacidades prolongadas o no asignación del recurso.

Ante el riesgo de fracaso en la sostenibilidad, sistematización y estandarización del proyecto el equipo ha planteado las siguientes estrategias:

1. Continuar con el monitoreo, supervisión y retroalimentación de las atenciones odontológica y nutricional por los líderes de cada área.
2. Continuar con la socialización de los resultados y presentación de logros y actividades de mejora en las reuniones de RIISS San Vicente.
3. Capacitación y sensibilización de los recursos nuevos al proyecto y retroalimentación periódica a los recursos operativos.
4. Sistematizar la atención a través de un proceso que lleve su flujograma.
5. Fomentar actividades de información a la embarazada en cuanto a cuidado nutricional, odontológico, seguimiento de controles en los centros de atención y signos/síntomas de riesgo en el embarazo para lograr el apego de la paciente a sus controles.
6. Mantener la comunicación permanente y efectiva entre el primer nivel y segundo nivel de atención.

Para la evaluar el desempeño futuro del proyecto en la RIISS San Vicente se ha establecido indicadores como porcentaje de inscripción y porcentaje de subsecuencia de atenciones nutricionales y odontológicas que serán monitorizados y supervisados por los responsables de cada área en cada nivel de atención, quienes tendrán la responsabilidad de velar no haya decremento de las atenciones tanto en calidad como en cantidad. Para verificar la calidad deberán realizar monitoreo del registros diarios de consulta, revisión de historia clínica en los expedientes e información en el SIMMOW.

Dar continuidad y monitoreo del llenado de la matriz odontológica y nutricional de la embarazada como fuente primaria de información para el SIMMOW.

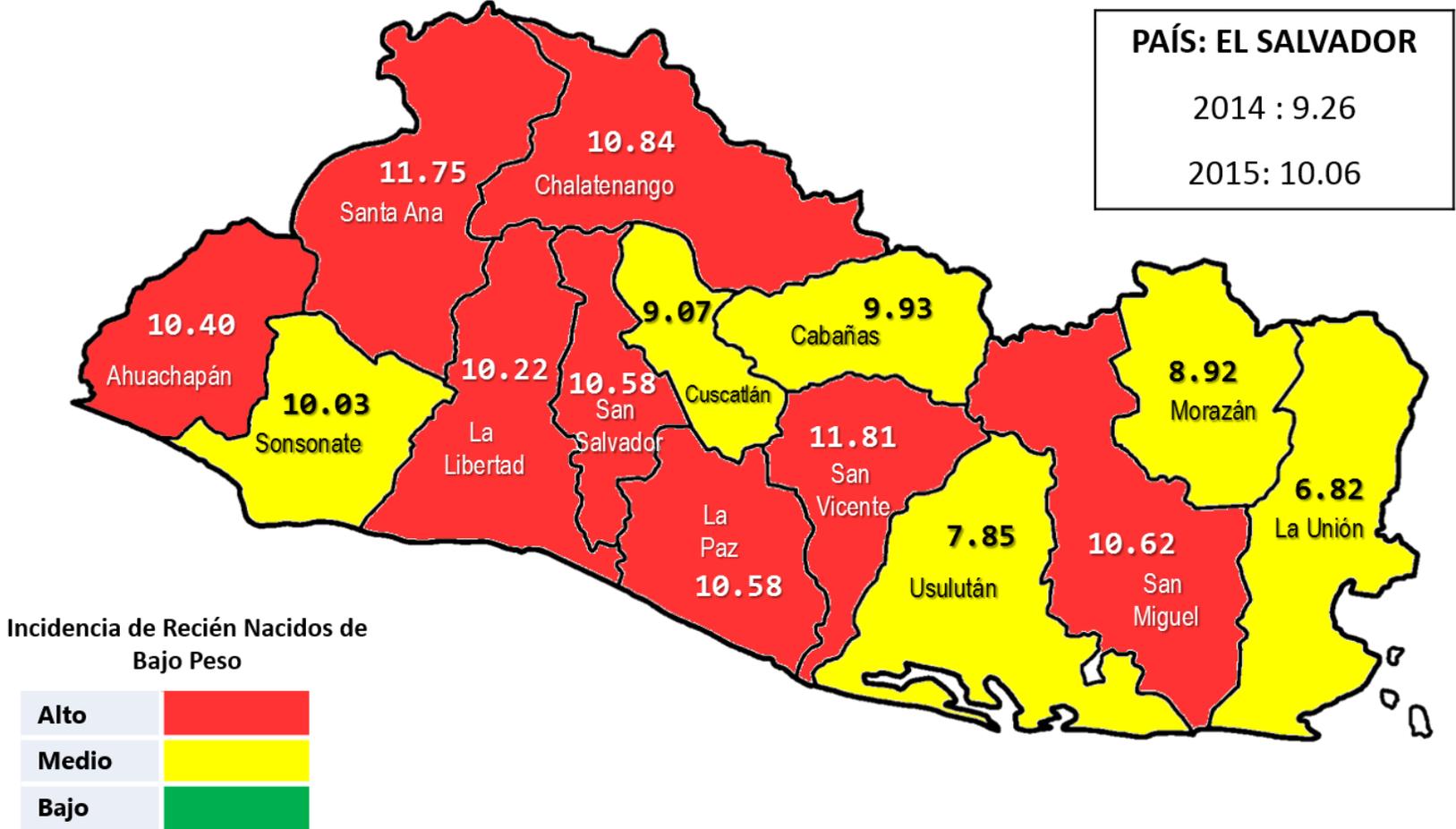
7.2 Mejora

Los indicadores a los que se les dará continuidad son los siguientes:

- Porcentaje de embarazadas inscritas por odontólogos con respecto a inscripción por médico.
- Concentración de tres atenciones a embarazada.
- Presencia de enfermedad periodontal.
- Presencia de focos infecciosos.
- Planes de tratamiento terminado en embarazadas inscritas.
- Planes de tratamiento terminado en embarazadas con enfermedad periodontal y focos de infección.
- Porcentaje de niños con bajo peso al nacer en relación al estado nutricional materno.
- Porcentaje de embarazadas diagnosticadas con riesgo nutricional.

ANEXOS

Anexo 1. Mapa de Incidencia de Recién Nacidos de Bajo Peso en El Salvador



Anexo 2. Sello de Odontólogos UCSF

INSCRIPCIÓN ODONTOLÓGICA



UCSF: _____

Dr./Dra.: _____

Fecha: ____/____/____

Anexo 3. CLAP con sello Odontólogos UCSF

MINISTERIO DE SALUD
EL SALVADOR
UNIDADES PARA CRECER

UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL
EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

UNFPA
Fondo de Población de las Naciones Unidas
El Salvador

CARNÉ PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS

NOMBRE: Yvonne Contreras APELLIDO: Alfonso
DOMICILIO: 982 km TELEF.:
LOCALIDAD:

FECHA DE NACIMIENTO: 12/06/72
EDAD (años): 34

ETNIA: blanca indígena mestiza negra otra

ESTUDIOS: primaria secundaria univers. años en el mayor nivel: 3

ESTADO CIVIL: casada unión estable soltera otro

Lugar del centro prenatal: Lugar del parto/laborio otro

Lugar del parto/laborio: casa clínica otro

FIN EMBARAZO ANTERIOR: 05/14 (día mes año) menos de 1 año

EMBARAZO PLANEADO: sí no

FRACASO METODO ANTICONCEP: DIU DIU hormonal DIU natural otro

ANTECEDENTES

FAMILIARES: sí no

PERSONALES: sí no

OBSTETRICOS: sí no

gestas previas: 3

abortos: 1

vaginales: 2

nacidos vivos: 2

ULTIMO PREVIO: normal <2500g >4000g

Antecedentes de gemelares: sí no

3 episodios consecutivos: sí no

partos: 02

cesáreas: 02

nacidos muertos: 0

mueritos 1° sem: sí no

después 1° sem: sí no

GESTACION ACTUAL

EG CONFiable por FUM Eco <20 s: sí no

FUM ACT: 128

FUM PAS: 133

1° trim: sí no

2° trim: sí no

3° trim: sí no

PESO ANTERIOR: 70 Kg

TALLA (cm): 162

GRUPO: Dominicano

Rh: +

INMUNIZ: sí no

TOXOPLASMOSIS: sí no

Hb <20 sem: 128

Fe/FOLATOS indicados: sí no

Hb >20 sem: 133

VH-D: sí no

ANTIRUBEOLA: sí no

ANTITETANICA: sí no

EX NORMAL: sí no

ODONT. MAMAS: sí no

CONSULTAS ANTENATALES

fecha	edad gest.	peso	PA	altura uterina	presen. tacon	FC (lpm)	movim. fetales	probi. nuria	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Iniciales Técnico	próxima cita
22/06/14	31	64	107/16	16	F	122			Wj, papa en 1/2 reg		22/11
1/7/15	30	69	107/16	20	F	120			Clavina, 2 con 6 m 3		3/11
1/9/15	27	72	107/16	26	C	120			2 fol, clavina		1/10
1/10/15	31	77	107/16	30	C	120			2 + Ac Hm con		26/10
27/10/15	34	77	120/18	34	C	120			Mj P-11x COT XMT		9/11
5/11/15	34	76	120/18	34	C	120			2 + Ac Hm con		16/11

PARTO

FECHA DE INGRESO: 22/11/15

CONSULTAS PRE-NATALES: 6

HOSPITALIZ. en EMBARAZO: sí no

CORTICOIDES ANTENATALES: completo incompl. ninguno

INICIO espontáneo: sí no

ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: sí no

EDAD GEST. al parto: 37 semanas

PRESENTACION SITUACION: cefalica pelviana transversa

TAMANO FETAL ACORDE: sí no

ACOMPANANTE TDP: familia otro ninguno

TERMINACION

esport. sí no

forceps sí no

cesárea sí no

otro sí no

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION: INDUC. OPER.

DEFECTOS CONGENITOS

ENFERMEDADES: sí no

TAMIZAJE NEONATAL: sí no

VDRL: sí no

TSH: sí no

Hbpatia: sí no

Bilirrub: sí no

Topo IgM: sí no

Macrion 1° día: sí no

Antirubeola post parto: sí no

globulina anti D: sí no

ANTICONCEPCION: sí no

EGRESO

EGRESO MATERNO: sí no

EGRESO NEONATAL: sí no

EGRESO ALTA: sí no

ALIMENTO ALTA: lact. lact. artificial

BOCA: sí no

BCG: sí no

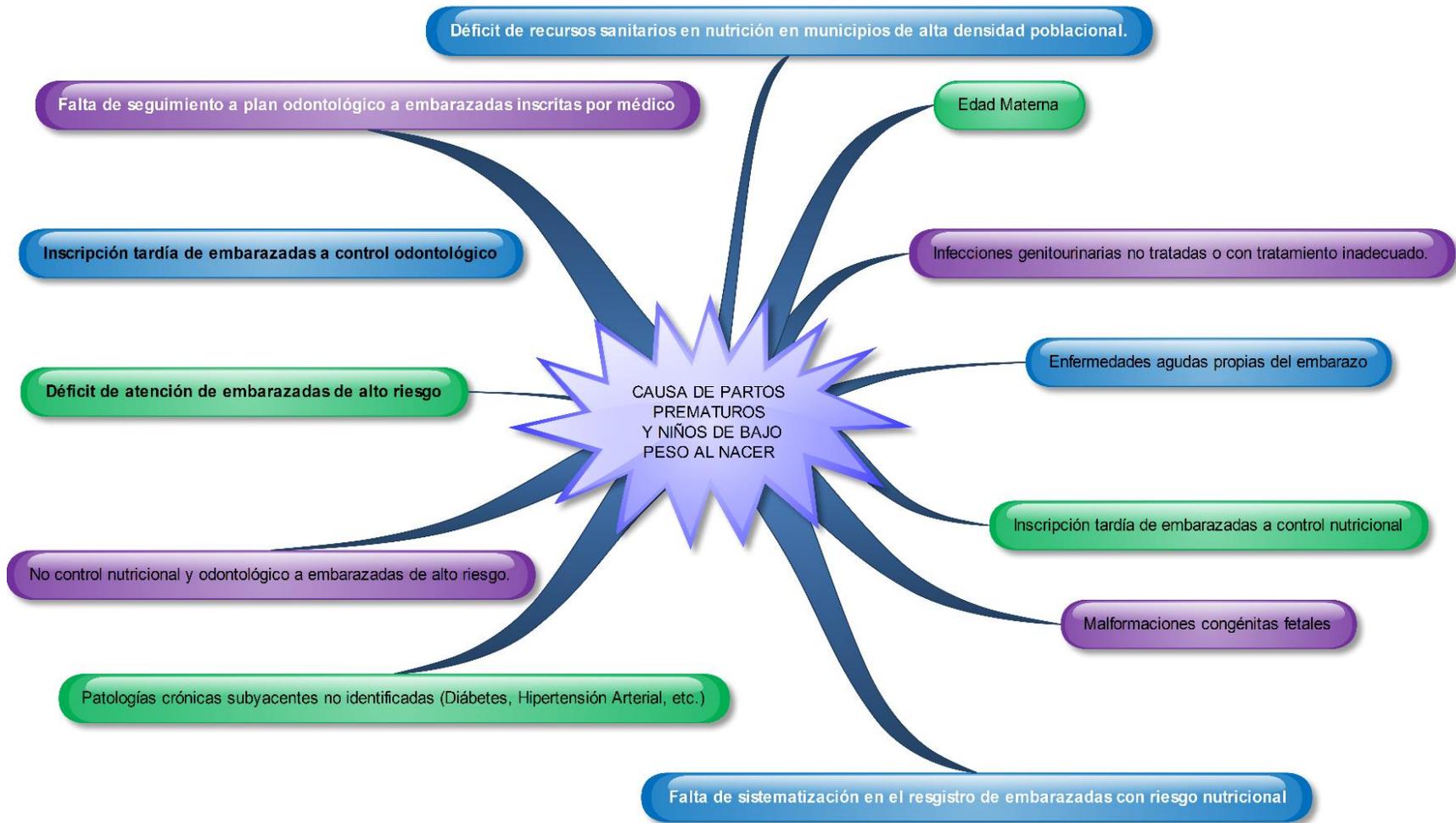
PESO AL EGRESO: 3400 g

RESPONSABLE: Yvonne Contreras

Platones de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional, se la ubica en la gráfica y se comparan los valores obtenidos con los percentiles (P10, P25 y P50) graficados.

GRUPO RENDERO S.A. DE C.V. PBX: 2241-1112

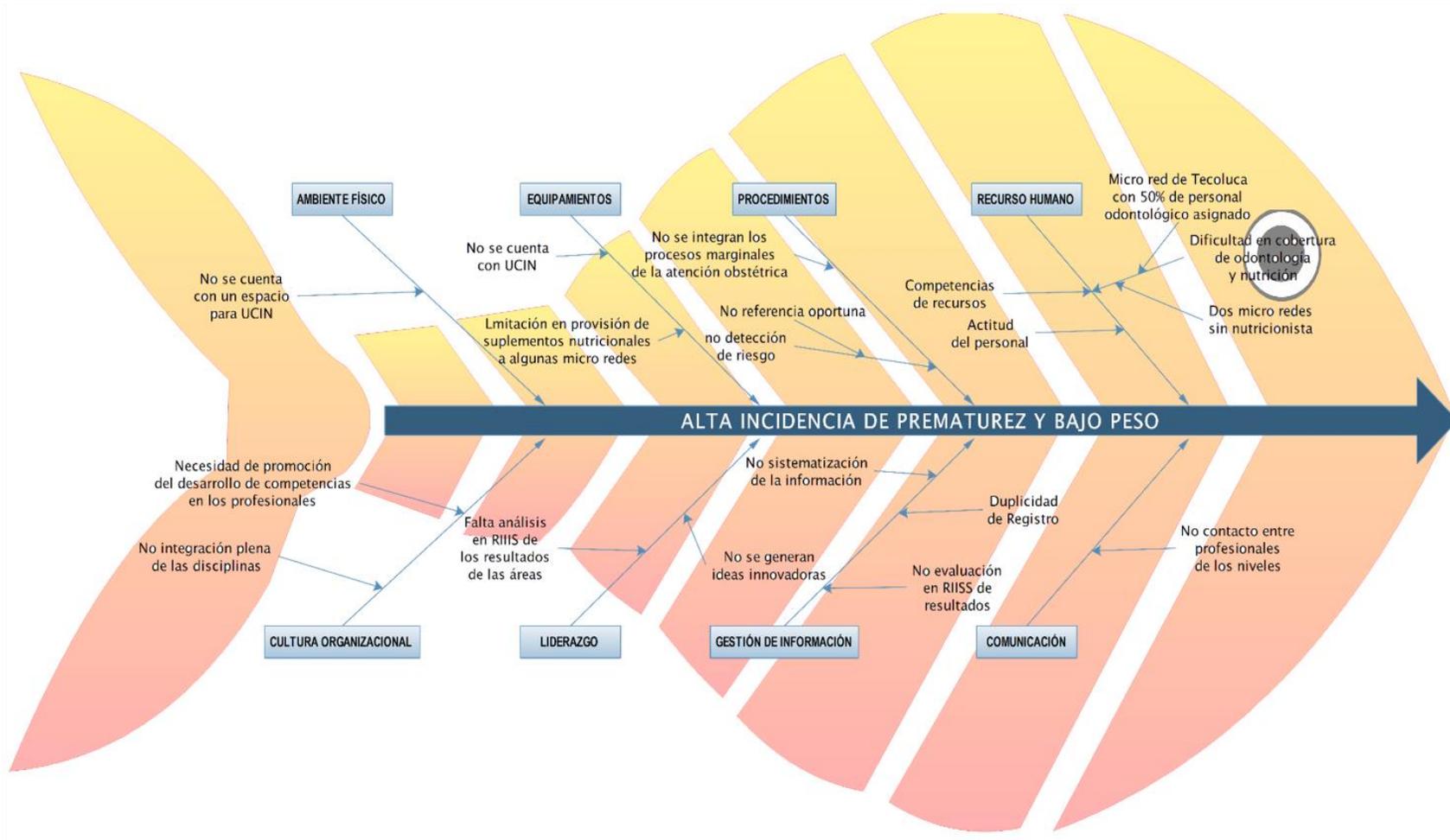
Anexo 4. Lluvia de ideas.



Anexo 5. Método de Hanlon

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE CAUSAS QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE PREMATUREZ Y BAJO PESO AL NACER EN LA RIISS DE SAN VICENTE							
PROBLEMA	CRITERIO 1	CRITERIO 2	TOTAL 1	CRITERIO 3	CRITERIO 4	TOTAL 2	TOTAL
	Severidad (1 - 10)	Magnitud (1 - 10)	C1 + C2	Eficacia (0.5 – 1.5)	Factibilidad (0 o 1)	(C3XC4)	T1 X T2
Inadecuado control nutricional materno.	9	9	18	1.5	1	1.5	27
No diagnóstico o tratamiento inadecuado de infección genitourinaria en embarazada.	8	8	16	1.5	1	1.5	24
Falta de seguimiento y control odontológico en el embarazo.	9	8	17	1.5	1	1.5	25.5
Enfermedades maternas crónicas de base.	9	6	15	1.0	1	1.0	15
Malformaciones congénitas fetales	9	6	15	0.5	0	0	0
Edad materna de riesgo	6	6	12	1.0	1	1.0	12
Enfermedades propias del embarazo.	8	7	15	1.0	0	0	0

Anexo 6. Diagrama de Ishikawa.



Anexo 8. Hoja de control de embarazadas inscritas por odontólogos de UCSF.

 MINISTERIO DE SALUD REGION DE SALUD PARACENTRAL Hoja Control de Embarazadas Inscritas en Odontología											
Semana Epidemiologica: _____											
SIBASI: _____						Mes: _____					
UCSF: _____						Año: _____					
No.	Expediente	Nombre	Edad	Dirección	Semanas de Gestación	Fecha Inscripción Medica	UCSF Control Medico	Fechas de Primera Consulta y de Controles por Odontologo			
				(Cantón y Municipio)							
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

Anexo 9. Control semanal de inscripciones odontológicas y su seguimiento.

MINISTERIO DE SALUD									
REGION PARACENTRAL DE SALUD									
SIBASI SAN VICENTE									
CONTROL SEMANAL DE INSCRIPCIONES PRENATALES ODONTOLÓGICAS Y SU SEGUIMIENTO									
SEMANA No	TOTAL DE INSCRIPCIONES MEDICAS AÑO A LA FECHA	TOTAL DE INSCRIPCIONES ODONTOLÓGICAS AÑO A LA FECHA	INSCRIPCIONES MEDICAS ESTA SEMANA	INSCRIPCIONES ODONTOLÓGICAS ESTA SEMANA	No DE EMBARAZADAS ATENDIDAS SUBSECUENTE ESTA SEMANA	No DE EMBARAZADAS CON PLAN DE TX TERMINADO ESTA SEMANA	FIRMA Y SELLO DE ODONTOLOGO (A)	FIRMA Y SELLO DE VoBo DIRECTOR(A) UCSF	OBSERVACIONES

Anexo 10. Matriz de inscripción odontológica de embarazadas Hospital Nacional Santa Gertrudis.

PACIENTES ATENDIDOS EN ODONTOLOGÍA EMBARAZADAS - OCTUBRE - 2015									
Nº	Tipo de Consulta	Expediente	Tratamiento Odontológico	Enfermedad Sistémica	Tiempo de Atención	SEM. DE AMENORREA	Unidad de Salud	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO
1	SUBSECUENTE	1682-12	Gingivitis			21-30 SEMANAS	HNSG		
2	SUBSECUENTE	14019-15	Gingivitis			0-10 SEMANAS	SAN CAYETANO		
3	SUBSECUENTE	16478-15	caries en dentins			0-10 SEMANAS	HNSG		
4	SUBSECUENTE	8078-09	caries en dentins			0-10 SEMANAS	HNSG		
5	PRIMERA VEZ	8051-11	Gingivitis			21-30 SEMANAS	SAN ESTEBAN CATARINA		
6	PRIMERA VEZ	12317-15	Gingivitis				SANTA CLARA		
7	PRIMERA VEZ	16720-15	Gingivitis				SAN ILDEFONSO		
8									
9									
10									
11									
12									
13									

		MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS SAN VICENTE																															GOBIERNO DE EL SALVADOR UNÁMONOS PARA CRECER	
		CONTROL MENSUAL DE PACIENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS POR EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA																																
		JUNIO																																
TIPO DE CONSULTA		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL	
PRIMERA VEZ		1	2	1	1	0	0	0	1	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	1	0	2	0	19	
SUBSECUENTE		3	2	3	3	0	0	0	2	1	0	1	2	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	2	1	4	0	31	
		4	4	4	4	0	0	0	3	1	2	3	4	0	0	3	0	0	1	0	0	0	2	0	2	3	0	0	3	1	6	0	50	



**MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS
SAN VICENTE**



CONTROL MENSUAL DE PACIENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS POR EL SERVICIO DE ODONTOLÓGIA

	JUNIO																															TOTAL	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
APASTEPEQUE	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	8
GUADALUPE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PERIFERICA	3	4	2	3	0	0	0	3	1	1	1	4	0	0	2	0	0	1	0	0	0	2	0	1	2	0	0	2	1	4	0	0	37
ISBM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ISSS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JERUSALEN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MEDICO PARTICULAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MERCEDES LA CEIBA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OTROS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PENAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN CARLOS LEMPA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN CAYETANO	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
SAN ESTEBAN CATARINA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN ILDEFONSO	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
SAN LORENZO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN SEBASTIAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SANTA CLARA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SANTO DOMINGO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SN NICOLAS LEMPA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TECOLUCA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
TEPETITAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VERAPAZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	4	4	4	4	0	0	0	3	1	2	3	4	0	0	3	0	0	1	0	0	0	2	0	2	3	0	0	3	1	6	0	50	

Anexo 11. Matriz de inscripción de embarazadas de nutrición Hospital Nacional Santa Gertrudis.

PACIENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN NUTRICIÓN - DICIEMBRE																
N°	FECHA	EXPEDIENTE	EDAD	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	Peso	Talla	IMC	Peso Anterior	TIPO DE CONSULTA	Edad Gestacional	Estado Nutricional	ENFERMEDADES AGREGADAS	TRATAMIENTO	TIEMPO DE ATENCION	PESO DEL RE NACIDO
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																

Anexo 12. Sello de nutrición y su colocación en CLAP, Hospital Nacional Santa Gertrudis.



5. Manténgalo abrigado y calentito

Cure a partir el nacimiento del bebé con alcohol al 70% hasta que lo bote

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

NUTRICIÓN

CLAP/SMR - OPS/OMS

APPELLIDO: *Helénis Román*

TELEF.:

FECHA DE NACIMIENTO: *1992*

ETNIA: blanca, indígena, mestiza, negra, otra

ALFA BETA: si, no

ESTUDIOS: ninguno, primaria, secund., univers., años en el mayor nivel: *3*

ESTADO CIVIL: *3*

OBSTETRICOS: no, si

gestas previas: *00*

aborts: no, si

vaginales: no, si

nacidos vivos: no, si

ULTIMO PREVIO: *00*

n/c , <2500g , normal , ≥4000g

emb. ectópico: no, si

partos: no, si

3 espont. consecutivos: no, si

cesáreas: no, si

nacidos muertos: no, si

Antecedente de gemelares: no, si

mes año: *06 15*

mes año: *3 16*

EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s. no, si

1er trim: no, si

2er trim: no, si

3er trim: no, si

FUMA ACT. no si, FUMA PAS. no si, DROGAS no si, ALCOHOL no si, VIOLENCIA no si

TOXOPLASMOSIS: no se hizo, +, -

Hb <20 sem: *132*

Fe/FOLATOS: indicados: no, si

Hb ≥20 sem: no, si

VIH - Diag - Tratamiento: no, si

1ª consulta IgM: no, si

GLUCEMIA EN AYUNAS: <20 sem: *87*, ≥105 mg/dl: no, si

ESTREPTOCOCO B: 35-37 semanas: no, si

PREPARACION PARA EL PARTO: no, si

CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA: no, si

signos de alarma: *3kg 99/60 - - - - - Aus + A*
99/00 16 p 150 - - - - - Seelfe fea

Anexo 13. Cronograma de actividades.

Cronograma Plan de Proyecto de Atención Integral a la Paciente de Riesgo En La RISS San Vicente Octubre 2014 A Diciembre 2015																		
	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	AÑO 2014			AÑO 2015												
			O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
ETAPAS DE PLANIFICACION	Convocatoria a los odontólogos y nutricionistas de la RISS como partícipes de la reducción de indicadores de prematuridad y bajo peso al nacer	Alta Dirección	X															
	Identificación de las brechas de atención odontológica y nutricional que incidan en la ocurrencia de prematuridad y bajo peso al nacer.	Alta Dirección y equipo análisis de indicadores en RISS	X															
	Conformación del equipo técnico para desarrollo y seguimiento del proyecto	Alta Dirección	X															
	Diseño técnico de los instrumentos que se constituirán en la fuente primaria de información para seguimiento del proyecto	Equipo proyecto	X	X												X		
ETAPA DE EJECUCION	Aumento de la oferta de servicio odontológico y nutricional a embarazadas en el hospital y reprogramación de atención en unidades con baja cobertura	Equipos operativos		X	X	X	X	X						X	X	X		X
	Retroalimentación de lineamientos y actualización de conocimientos en atención odontológica y nutricional	Equipo proyecto	X				X	X						X	X	X		X
	Elaboración de matrices de registro de datos	Equipos proyecto	X													X		
	Socialización del plan de acción	Equipos proyecto				X												
	Monitoreo y revisión de expedientes clínicos	Equipos proyecto					X	X						X	X	X		X

**Cronograma Plan de Proyecto de Atención Integral a la Paciente de Riesgo En La RIISS San Vicente
Octubre 2014 A Diciembre 2015**

	Evaluación de avances del proyecto del proyecto	Alta dirección y equipo del proyecto					X	X					X	X	X		X
	Evaluación de avances en RIISS mensual																
	Evaluación trimestral de ejecución del proyecto en indicadores de resultados RIS																
SEGUIMIENTO Y MONITOREO	Supervisar el cumplimiento	Equipo proyecto					X	X					X	X	X		X
	Medición de indicadores	Equipo OGC		X			X						X		X		
	Informe final del proyecto	Equipo proyecto															X

Anexo 14. Reunión de RISS regional a los coordinadores de SIBASI y a los directores de los hospitales de la región paracentral.



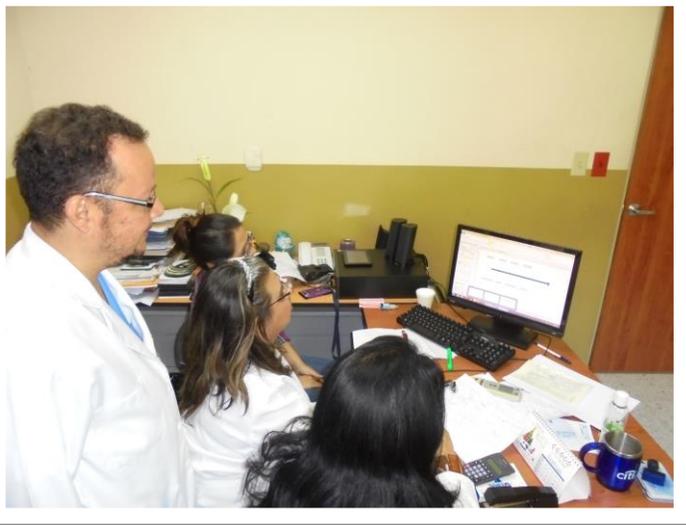
Presentación a personal HNSG



Presentación Resultado Indicadores en RISS



Presentación Resultado
Indicadores en RIIS
2015



Equipo de Trabajo
elaborando documentación
de las mejores prácticas.