



Ministerio de Salud

Vice ministerio de Servicios de Salud

Dirección Nacional de Calidad en Salud

Postulación al
Reconocimiento Interno a
las Mejores Prácticas 2018



**MINISTERIO DE SALUD
VICEMINISTERIO DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCIÓN NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD
HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL**



PROYECTO:

“CORRECCIÓN DE GASTROSQUISIS TRANSPARTO”, UNA MEJORA DEL ABORDAJE DE ESTA ANOMALÍA CONGÉNITA EN NEONATOS PARA REDUCIR COMPLICACIONES, EN EL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL, DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2012- DICIEMBRE 2014”

EQUIPO GESTOR:

- Dra. Nancy Maryorie Galeano Alvarenga, Medica Gineco-Obstetra y Perinatología
- Dr. Carlos Eduardo Muñoz Márquez, Médico Pediatra Cirujano
- Dr. José Paul Molina, Médico Pediatra Neonatólogo, Jefe Dpto. de Pediatría
- Dra. Jenny Brenda Hernández de Nolasco, Jefe de Unidad de Vigilancia Sanitaria
- Licda. Blanca Elizabeth Castro Rivas, jefe Enfermera de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
- Dra. Aurora Salazar de Escolero, Medica Gineco-Obstetra, jefe de Centro Obstétrico
- Dra. Nadia Verónica Fuentes de Reyes, Medica Gineco-Obstetra, Jefe Dpto. Gineco-obstetricia
- Dra. Mireya Yamilet Magaña Salazar, Medico Salubrista, Coord. UOC

Índice

Contenido		Pág.
a	Presentación	1
b	Objetivos	2
c	Criterios y subcriterios de evaluación	
	1. Liderazgo y compromiso de la alta dirección.	3
	2. Identificación y análisis de la oportunidad de mejora	5
	3. Gestión de la mejor práctica	9
	4. Gestión del equipo de mejora	15
	5. Gestión del conocimiento e innovación de la mejor práctica	16
	6. Resultados de la mejor practica	18
	7. Sostenibilidad y mejora	22
d	Glosario de términos clave	24
e	Anexos	25

a) Presentación

El Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel fue fundado el 11 de abril de 1824 ha iniciativa de personas que trataron de mitigar las necesidades de salud de la población; trasladándose a las nuevas instalaciones en el año de 1980. Está ubicado en el Municipio de San Miguel y es un establecimiento categorizado según la Dirección Nacional de Hospitales como Hospital Regional de segundo nivel con áreas de resolución para pacientes que ameriten atención médico-quirúrgica, Pediátrica y Obstétrica.

Es un Hospital de referencia para los 8 hospitales periféricos de la Región Oriental de Salud y las Unidades Comunitarias de Salud Familiar(UCSF) de la Red Sur: Uluazapa, Chirilagua, Yayantique, Yucuaquin y Comarcaran y Red Departamental principalmente, pero recibe referencias de las UCSF de los Departamentos de Usulután, La Unión y Morazán; siendo la población total de responsabilidad de. 1, 332,808 habitantes.

En su oferta de servicio están los de emergencia, atención ambulatoria y hospitalización para Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Obstetricia, Ginecología y subespecialidades: Cardiología adulto, Dermatología, Hematología, reumatología, endocrinología, Neumología, Gastroenterología, Psiquiatría, Nefrología, maxilofacial, cirugía plástica, cirugía laparoscópica, neurocirugía, oncología, otorrinolaringología, oftalmología, ortopedia, proctología, urología, inmunología, cardiología pediátrica, cirugía pediátrica, neurología pediátrica, neonatología, neumología pediátrica, hematología pediátrica, nefrología pediátrica, gastroenterología pediátrica, perinatología, obstetricia critica. Y los servicios de soporte: Unidades de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales (UCIN). Paralelamente se adicionan labores de docencia e investigación contribuyendo en la formación de recursos humanos.

Cuenta con una planta física para 549 camas, clasificadas como: camas censables 412 y no censables 137; área de consulta externa especializada, área de emergencia, Centro Obstétrico: 3 quirófanos y Centro Quirúrgico: 8 quirófanos y 1 quirófano de sala séptica. En tecnología se cuenta con un moderno laboratorio clínico, banco de sangre, radiología convencional, equipos de USG, TAC, mamografía, brazo en C y angiografía. En recursos Humanos cuenta con 1,287 empleados distribuidos en los Departamento de División Medica y enfermería, Servicios de diagnostico y apoyo, División Administrativa: Servicios Generales, Recursos Humanos y UACI y Dependencias de la Dirección: Unidad de Planificación, UFI, UOC, Relaciones Publicas, Auditoría Interna, Unidad informática, Vigilancia Sanitaria, Asesor Jurídico, Unidad de Desarrollo Profesional y Sub-dirección

En 2017 la producción de la Consulta Externa fue de 130,382 usuarios y en la Unidad de Emergencias de 60,083. En Hospitalización egresaron 42,281 pacientes. En la actividad quirúrgica se realizaron en electiva mayor hospitalaria 4,335 cirugías, electiva mayor ambulatoria: 1,139 y emergencia mayor hospitalaria 5,284. Se atendieron 4,335 partos vaginales y 2,136 cesáreas. Se enviaron 720 referencias al 3 nivel y se recibieron 20,942 referencias.

En consonancia con la Misión de proporcionar salud a toda la poblacional de la zona oriental con profesionalismo y calidez humana, basados en la atención primaria de salud integral, en continuidad asistencial con la red de servicios integrados e integrales, considerando las expectativas de los usuarios, de acuerdo a los recursos existentes con los valores de solidaridad, respeto, compañerismo, honestidad, equidad, transparencia, compromiso y universalidad, la Dirección del Hospital en el marco de la mejora continua de la Calidad en los servicios Hospitalarios y la Política de Salud con el apoyo institucional de la Dirección Nacional de Calidad en la implementación de un sistema de gestión de calidad, presenta la postulación del Proyecto de Calidad denominado: “corrección de gastrosquisis transparto”, una mejora del abordaje de esta anomalía congénita en neonatos para reducir complicaciones, en el Hospital Nacional san Juan de Dios de San Miguel, durante el periodo de enero 2012- diciembre 2014”, en el contexto del Reconocimiento Interno a las mejores prácticas del Ministerio de Salud 2018.

b) Objetivos de la Mejor Práctica

Objetivo General:

Disminuir las complicaciones en neonatos al abordar oportunamente el 100% de las pacientes detectadas con una gestación menor de 34 semanas con diagnóstico de gastrosquisis, para su corrección transparto, en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2014.

Objetivos Específicos:

1. Contribuir al fortalecimiento de la referencia oportuna a perinatología de Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel en pacientes embarazadas con diagnóstico de gastrosquisis con menos de 34 semanas de gestación.
2. Elaborar y socializar protocolo integral para atención de pacientes embarazadas referidas con diagnóstico de gastrosquisis con menos de 34 semanas de gestación.
3. Implementar técnica de corrección transparto (simil-exit) de gastrosquisis en pacientes embarazadas con menos de 34 semanas de gestación.
4. Mejorar la satisfacción de la mujer embarazada con diagnóstico de gastrosquisis sobre la calidad de atención recibida.

c) Criterios y Subcriterios de evaluación

1. Liderazgo y compromiso de la alta dirección.

1.1. Liderazgo para promover la mejor práctica (20 puntos).

1.1.1. De qué manera la alta dirección promueve la implantación de la mejor practica?

El Ministerio de Salud, promueve como parte del Plan Estratégico Institucional, tomando en cuenta el Plan Quinquenal de Desarrollo 2010-2014, Y la Política Nacional de Salud 2009-2014, específicamente en las siguientes estrategias: N° 2 Rectoría y formulación de política y planes de salud, N° 6: Sistema de información estratégica y de calidad, como instrumento para tomar decisiones basadas en la evidencia, N° 8: Prestaciones de la red de servicios, N° 9: Política Hospitalaria y N° 18: Desarrollo de recursos humanos. Y los Lineamientos técnicos de Mejora Continua de la Calidad en hospitales de la RIIS que proporcionan herramientas metodológicas para que los equipos de mejora implementen intervenciones en ciclos rápidos o PEVA.

La Dirección del Hospital retomando las líneas estratégicas anteriores, incorpora la evaluación de actividades de la mejor práctica en su Programación Operativa Anual (indicadores) desde la aplicación del Plan de la disminución de la morbi-mortalidad materna infantil que desarrolla el Departamento de Gineco-Obstetricia y Pediatría.

1.1.2. Como la alta dirección se involucra durante la creación e implantación de la mejor practica?

La Dirección del Hospital y el comité de Gestion se involucra durante la creación de la mejor practica identificando la alternativa proyecto a ejecutar, creando para tal efecto el equipo del personal de salud (ver anexo n°1) que por su perfil se ajusta para desarrollar la propuesta de mejora y se involucra en la implementación a través del seguimiento de los informes de resultados (ver anexo n°2) obtenidos en la ejecución de la buena práctica comprometiendo al equipo del proyecto para presentar el perfil del proyecto e informar periódicamente los resultados en sus diferentes etapas en reuniones de Comité de Gestión Hospitalaria y Comité Materno Infantil (ver anexo n°3).

1.1.3. Como la alta dirección empodera a los miembros del equipo para el desarrollo de la mejor practica?

La Dirección del hospital empodera a los miembros del equipo, autorizando la creación del equipo de trabajo, comprometiendo su gestión en la ejecución del Proyecto, aprobando el plan de trabajo del proyecto (ver anexo n°4), permitiendo las reuniones de trabajo establecidas (ver anexo n°5), autorizando las gestiones relacionadas a la mejor practica(ver anexo n°6), las gestiones de formación del Recurso Humano (ver anexo n°7) y proporcionando autonomía en los cambios necesarios para ejecutar y fortalecer la mejora de la buena práctica, concediendo la facultad de introducir aspectos nuevos en el proceso de atención.

1.1.4. Como la alta dirección da a conocer la mejor práctica a toda la organización?

La Dirección del Hospital dio a conocer la mejor práctica a través de los siguientes mecanismos de difusión establecidos: la socialización de la mejor practica en reuniones administrativas con las diferentes jefaturas, (ver anexo n°8); quienes tienen la responsabilidad de bajar la información al personal que depende de ellos, En eventos del Hospital como Foros de Salud sobre malformaciones congénitas (ver anexo n°9) y la colocación de afiches informativos.

1.2 Apoyo para el desarrollo e implementación de la mejor práctica (30 puntos)

1.2.1. Como apoya la alta dirección el desarrollo e implantación de la mejor practica?

Existe una asignación presupuestaria para el funcionamiento del Hospital cada año y el proyecto no tiene una asignación específica ya que la implantación del proyecto contempla rubros de insumos y recurso humano que está incluido dentro del Presupuesto asignado; como por ejemplo, los servicios básicos de Salas de Operaciones, Centro Obstétrico, UCIN, Neonatos, Maternidad. Permitiendo desarrollar permanente e ininterrumpida el protocolo Gastrosquisis, ya que todos los insumos están dentro del cuadro básico de atención.

La alta dirección ha facilitado la organización que el equipo gestor ha implementado para desarrollar la mejor práctica, con respecto a las asignaciones de responsabilidad, tiempo para reuniones, elaboración de documentos administrativos de apoyo.

1.2.2. Que medios utiliza la alta dirección para dar soporte a la mejor practica?

La Dirección, asegura el soporte del proyecto a través de la vinculación estratégica de otros actores relacionados a la ejecución de la mejora práctica dándoles a conocer en reuniones administrativas (ver anexo n° 9), las diferentes actividades a desarrollar. Además compromete al equipo del proyecto para informar por escrito mensualmente los avances y cumplimiento de estándares e indicadores relacionados con la buena práctica y durante reuniones de Comité de Gestión Hospitalaria y Comité Materno Infantil, los resultados en sus diferentes etapas de ejecución (ver anexo 3).

Se lleva registro de los datos obtenidos del antes y después de aplicar la buena práctica.

1.3. Reconocimiento a equipos de mejora (30 puntos).

1.3.1. Que políticas e incentivos ha definido la organización para promover el desempeño efectivo de los integrantes de equipos que desarrollan mejores prácticas?

El Ministerio de Salud en junio 2015, definió una instancia rectora para la gestión de la calidad, la cual fue denominada, Unidad nacional de Gestión de Calidad de la RIIS (ahora Dirección Nacional de Calidad en Salud) e instauró el Reconocimiento Interno a las Mejores Prácticas, para todos los equipos de mejora que deseen dar a conocer los proyectos realizados. El Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, fue premiado en la convocatoria de dicho premio en el año 2016 y premiado en el Reconocimiento a las Buenas Prácticas del premio Nacional de ES Calidad en el año 2017.

La Dirección del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, reconoce e incentiva a su eficiencia al equipo de mejora a través de oficializar su creación por el Departamento de Recursos Humanos y otorgando un diploma de reconocimiento por la labor realizada. (Consultar expediente de personal de salud en RRHH).

1.3.2. Como la organización reconoce a cada miembro de los equipos y su trabajo en conjunto, respecto a la efectividad de los resultados alcanzados en la mejor practica?

Las políticas e incentivos que aplica el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel para promover el desempeño efectivo de los integrantes del equipo son: la promoción del proyecto en rendición de cuentas y feria de logros, brinda espacios de participación para dar conocer la mejora práctica en Foros externos de Malformaciones Congénitas y Jornadas Científicas de Gineco-Obstetricia. Reconoce a cada miembro del equipo, respecto a la efectividad de los resultados alcanzados en la mejor práctica con nota de felicitación al equipo, con diploma y nota al expediente de forma individual, destacando el desempeño alcanzado con la mejor practica (consultar expediente de personal de salud en RRHH).

2. Identificación y análisis de la oportunidad de mejora (100 puntos)

2.1. Identificación y selección de la oportunidad de mejora

2.1.1. ¿Cómo se identificaron las oportunidades de mejora o los problemas a resolver?

La Dirección del Hospital en reunión de comité de gestión analiza los indicadores hospitalarios y presentan el análisis de la situación problemática relacionada con las malformaciones congénitas, cuyos parámetros utilizados para priorizar dicha problemática e identificar la oportunidad de mejora se desarrolló con la utilización de herramientas como la lluvia de ideas (ver anexo n°10), identificando las principales causas y tomando como referencia datos de la letalidad y la morbi-mortalidad de los tipos más frecuentes de los casos reportados en el Sistema de Información de Morbi-mortalidad del MINSAL (SIMMOW), en el análisis de referencia y retorno de los servicios de Pediatría y Gineco-Obstetricia, revisando antecedentes de la bibliografía nacional e internacional y de la capacidad resolutoria de la Institución.

2.1.2. Que parámetros utilizaron para la priorización de la oportunidad de mejora?

Los parámetros utilizados para priorizar la oportunidad de mejora fue a través de las categorías:

- **Magnitud** e importancia de población objetivo.
- **La severidad del problema** por la carga social que significa para la familia tener un paciente ingresado y el análisis de indicadores de mortalidad y letalidad de gastrosquisis,
- **La eficacia** para solucionar el problema que está relacionado con la disponibilidad de recursos (humanos e insumos), tecnología (infraestructura y equipo) y la factibilidad para resolver el problema.
- **La pertinencia** según la capacidad instalada (recursos e infraestructura)
- **La factibilidad** económica que refiere el origen del presupuesto para ejecutar, la aceptabilidad en correspondencia a que el personal de salud identifico y propuso la mejor practica y en relación a la legalidad porque la intervención que se planteo esta dentro de los compromisos del Ministerio de Salud.

2.1.3. Cuales herramientas de calidad aplicaron para la priorización del problema?

Las herramientas de calidad utilizadas para priorizar el problema fueron: la Matriz de Hanlon (ver cuadro n° 1) y árbol de problemas. Se elaboró una Matriz de Priorización de problemas, en la que se determinaron **cinco** oportunidades de mejora, escogidas del análisis de la lluvia de ideas (ver anexo n° 10). Se asignó un puntaje a cada uno de los parámetros evaluado de la siguiente forma: Magnitud y Severidad, de 1 a 5; siendo 5 el puntaje para mayor riesgo (impacto en mortalidad). Eficacia y Factibilidad, 0-1.5. Se sumo A+B y se multiplico por C, su resultado se multiplico por D. Luego del producto del puntaje de todos los parámetros evaluados se determino el problema priorizado a intervenir.

CUADRO N° 1

PROBLEMAS	Magnitud	Severidad	Eficacia	Factibilidad	Total
	A	B	C	D	(A+B) CxD
Incremento del número de Infecciones obstétricas, endometritis	3	8	0.5	1	5.5
Entrega insuficiente de ropa hospitalaria	3	2	0.5	1	2.5
Caída de paciente hospitalizados	5	4	0.5	1	4.5
Mortalidad por Malformaciones congénitas: gastrosquisis	0	10	1.5	1	15
Incremento del número infecciones de episiotomías	3	8	0.5	1	5.5

Fuente: proyecto gastrosquisis 2012-2014

2.1.4. Como proyecto el impacto esperado para abordar la oportunidad de mejora?

En la mejor práctica el impacto esperado se proyectó con la siguiente metodología, se evaluaron y analizaron las siguientes acciones.

- **El impacto Institucional:** mejorar la calidad de atención ofrecida a los usuarios, la que se puede medir con los resultados de la medición de los indicadores de letalidad y mortalidad específica por gastroquiasis , mortalidad general en neonatos y niños menores 1 año, tasa de IAAS (Infecciones asociadas a la atención sanitaria) por gastroquiasis, la evaluación del % de recién nacidos beneficiados con la técnica quirúrgica simil-exit, % de recién nacidos con complicaciones posterior a la cirugía, promedio de días estancia hospitalaria en servicio de Unidad de Cuidados Intensivos(UCIN) y neonatos en pacientes intervenidos, % de referencias por gastroquiasis al tercer nivel de atención¹, indicadores de reducción de costos, % de recurso capacitado en el nuevo flujograma de atención.
- **El impacto al Ciudadano:** mejorar la percepción de la calidad de la atención ofrecida al usuario en el hospital, evaluada por a través de encuesta de satisfacción a los padres beneficiados con la mejor práctica.
- **El impacto al medio ambiente:** la reducción de la producción de desechos bioinfectiosos, al disminuir el número de ingresos y días estancia del niño, otros residuos no reciclables relacionados con el proceso de atención.
- **El impacto en el personal:** al obtener satisfacción cuando estos niños mejoran su calidad de vida posterior a la intervención y contribuyen con su cuidado a evitar complicaciones posteriores.

2.1.5. Cuáles son los estándares que se relacionan con la buena práctica?

Los estándares de calidad que se relaciona con la buena práctica son:

- **Estándar 26:** porcentaje de pacientes que son evaluados por médico especialista (Pediatra-Neonatologo, Perinatología y Ginecólogo) durante su estancia, que avala las indicaciones diarias y el egreso.
- **Estándar 15:** evaluación del neonato al nacimiento
- **Estándar 22:** prevención de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria
- **Estándar 20:** manejo de recién nacido prematuro,
- **Estándar 28:** porcentaje de aplicación de la lista de chequeo de la cirugía segura.

2.1.6. ¿La oportunidad de mejora como se relaciona con la Autoevaluación según la CICGP?

La mejor practica se relaciona con los principios de la Carta Iberoamericana de la gestión Pública (CICGP) retomando la importancia de mejorar la eficacia y eficiencia de los procesos de gestión, orientados al ciudadano como pieza clave para iniciar los cambios en pleno sometiendo a ley y derecho, con transparencia, imparcialidad, objetividad y la profesionalidad de los recursos humanos en relación al desempeño y capacidad. Entre los principios inspiradores que se relacionan con la mejor práctica presentada están:

- Servicio público (I): Las Administraciones Públicas iberoamericanas están al servicio de los ciudadanos y, en consecuencia, darán preferencia a la satisfacción de sus necesidades y expectativas.
- Eficacia (XIII): La calidad en la gestión pública comprende cumplir con el principio de eficacia, entendido como la consecución de los objetivos, metas y estándares orientados a la satisfacción de las necesidades y expectativas del ciudadano.
- Eficiencia (XIV): La gestión pública debe seguir el principio de eficiencia, comprendido como la optimización de los resultados alcanzados por la Administración Pública con relación a los recursos disponibles e invertidos en su consecución.

1

Categoría de Hospitales: tercer nivel de atención

- Evaluación permanente y mejora continua (XVII): Una gestión pública de calidad es aquella que contempla la evaluación permanente, interna y externa, orientada a la identificación de oportunidades para la mejora continua de los procesos, servicios y prestaciones públicas centrados en el servicio al ciudadano y para resultados, proporcionando insumos para la adecuada rendición de cuentas

2.2 Recolección y análisis de la información (40 puntos).

2.2.1. ¿Qué metodología aplico para recolección, clasificación, consolidación, análisis de la información necesaria para el desarrollo y ejecución de la mejor practica?

Los datos se obtuvieron de: **Observación**, reporte de referencia escrito por médico, mediante un formulario preestablecido, el cual es colocado en el expediente. **Base de datos de los casos** para su seguimiento y auditoría, contrastando los resultados con el Sistema de Morbimortalidad (SIMMOW). y el WINSIG para evaluar los resultados en reuniones de avances del proyecto y sala situacional. Expedientes clínicos: listado de problemas y diagnósticos durante ingreso, validados por especialista responsable de paciente. Libro de ingresos y egresos del servicio. Instrumentos de recolección de datos para cada criterio de los Estándares de Calidad que aplican a la práctica implementada. Sistema SIMMOW (Tasas y clasificación por peso y edad gestacional, morbilidad, mortalidad) (ver anexo n° 11). SIG-Etab, para la medición de los estándares de calidad.

2.2.2. Cuales herramientas aplico el equipo para la recolección y análisis de la información?

Se utilizaron las siguientes herramientas de recolección:

- Consulta de expedientes
- Matriz de recolección de datos en Excel de los casos de gastrosquisis para llevar un registro general de los casos intervenidos en el proyecto, detallando los principales eventos del proceso de atención que se evaluarían posteriormente.
- Libros de atenciones de sala de operaciones, Unidad de Cuidados Intensivos y Centro Obstétrico, para cotejar la información obtenida en la consulta del SIMMOW
Las Herramientas de análisis que se utilizaron fueron: la elaboración de tablas y gráficos de barras para consolidación y análisis de los datos. se elaboraron encuestas de satisfacción para el paciente.

2.2.3. Cuales fuentes de datos utilizo el equipo para verificar la confiabilidad?

Para verificar la información obtenida y cotejaron los datos se utilizaron:

- El expediente clínico con los libros de atenciones de sala de operaciones, Unidad de Cuidados Intensivos y Centro Obstétrico y el Sistema de Información de Morbi-mortalidad (SIMMOW) (ver anexo n°11).
- El SEPS (Sistema Estadístico de producción de Servicios) y el SPME (Sistema de programación monitoreo y evaluación de actividades hospitalarias), además del SIG-Etab (Sistema informático de Estándares de calidad) para utilizarlo en reuniones de avances del proyecto y sala situacional.
- El Sistema de Morbimortalidad (SIMMOW). y el WINSIG.

2.2.4. Como determinó y cuál es la brecha existente entre la situación actual (línea base) y la situación o proyección deseada?

Para determinar la brecha existente con la situación actual y deseada se llevó a cabo el análisis de la **mortalidad y letalidad de casos de gastrosquisis que egresaron en 2011**, a través del Sistema de Morbi-mortalidad del MINSAL y el comportamiento histórico. Para ese año se atendieron **dos casos** que fueron referidos de forma tardía (después de 34 semanas de gestación) en ambos casos fallecieron, uno por complicaciones asociadas a la prematuridad² y otro por infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS)³ del Hospital que fue referido.

En el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, el abordaje terapéutico de la gastrosquisis es a través de técnica SILO⁴ a los recién nacidos con diagnóstico tardío (después de 34 semanas de gestación)⁵ habiendo necesidad en la mayoría de los casos de referirlos por no contar con cupo en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales (capacidad máxima de nueve cunas) y en los casos con menos de 34 semanas se refieren en su totalidad al tercer nivel de atención por no contar para entonces con otra alternativa terapéutica, por lo que la mejor práctica tiene como objetivo ofrecer una alternativa quirúrgica temprana (simil exit) (ver anexo n°12) en todos los casos de gastrosquisis detectados y referidos antes de las 34 semanas de gestación con el propósito de incidir en el tiempo de ventilación mecánica, estancia hospitalaria y satisfacción del usuario. Se partió de la línea de base en 2011 con los dos casos que egresaron del Hospital.

CUADRO N° 2

Línea base: Casos de gastrosquisis <34 sem corregidos por técnica SIMIL-EXIT*, año 2011	Proyección al 2014: Casos de gastrosquisis <34 sem proyectado a corregir por SIMIL-EXIT*	Brecha
0 casos (hubo dos muertes, que fueron referidos de forma tardía, técnica aun no se realiza)	100% de casos	0 casos (hubo dos muertes)

Fuente: Proyecto de gastrosquisis 2012-2014

²Termino usado en recién nacido con menos de 36 semanas de gestación o embarazo

³IAAS: infecciones que el paciente contrae durante su estancia hospitalaria

⁴Técnica quirúrgica para corrección de gastrosquisis por cierre diferido en diagnóstico tardío de la malformación congénita

⁵Villela J, Salinas M, Rodríguez M. Evolución médico-quirúrgica de neonatos con Gastrosquisis acorde al tiempo, método de cierre abdominal y compromiso intestinal: seis años de experiencia. Cir Pediatr 2009; 22: 217-122.

3. Gestión de la mejor práctica

3.1 Planificación de la mejor práctica

3.1.1. La mejor práctica está orientada con la misión, visión, objetivos y lineamientos estratégicos de la organización?

La mejor práctica se orienta con la misión, visión, objetivos y lineamientos estratégicos de la organización partiendo de la Política Nacional de Salud 2015-2019 y el Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna e infantil en cuyas metas están en correspondencia al cumplimiento de los Objetivos de desarrollo del Milenio para 2015 ⁶ y a partir de enero 2016 llamados Objetivos de Desarrollo Sostenible, siendo el objetivo N°4 que define: reducir a dos terceras partes la mortalidad infantil en menores de 5 años, y se relaciona con los objetivos y las líneas estratégicas de la Programación Anual Operativa (POAH) del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel y con la mejor practica.

3.1.2. Como la organización selecciono al equipo de mejora para el desarrollo la mejor practica?

La Dirección del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel selecciono al equipo de trabajo para el desarrollo de la mejor práctica basándose en el perfil de cada uno de los miembros en los criterios siguientes:

- Personas pro activas
- Con alto sentido de responsabilidad
- Perfil académico inherente a sus funciones y relacionado a la mejor práctica
- Buena comunicación
- Óptimas relaciones interpersonales (ver anexo n°1)

3.1.3. Cuáles son los objetivos definidos para la mejor practica?

Objetivo General:

Disminuir las complicaciones en neonatos al abordar oportunamente el 100% de las pacientes gestantes con menos de 34 semanas con diagnostico de gastrosquisis, para su corrección transparto, en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2014.

Objetivos Específicos:

1. Contribuir al fortalecimiento de la referencia oportuna a perinatología de Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel en pacientes embarazadas con diagnóstico de gastrosquisis con menos de 34 semanas de gestación.
2. Elaborar y socializar protocolo integral para atención de pacientes embarazadas referidas con diagnóstico de gastrosquisis con menos de 34 semanas de gestación.
3. Implementar técnica de corrección transparto (simil-exit) de gastrosquisis en pacientes embarazadas con menos de 34 semanas de gestación.
4. Mejorar la satisfacción de la mujer embarazada con diagnóstico de gastrosquisis sobre la calidad de atención recibida.

⁶Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: son ocho propósitos de desarrollo humano fijados en el año 2000, que los 189 países miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir para el año 2015. Estos objetivos tratan problemas de la vida cotidiana que se consideran graves y/o radicales. A partir de 2016, Objetivos de Desarrollo Sustentable.

3.1.4. Como se definió el plan de trabajo, como se asignó a los responsables de cada actividad y cuál es el mecanismo de control y seguimiento utilizado para el logro de los objetivos planteados a fin de reducir la brecha identificada.

El plan de trabajo del proyecto se elaboro a partir de los objetivos planteados, asignando las responsabilidades de acuerdo a las funciones del Manual de organización y funciones de la Institución a los recursos humanos participantes.

El mecanismo y control que el equipo utilizo para evaluar el cumplimiento de los objetivos existente fue a través del monitoreo de la Unidad Organizativa de la Calidad en sus diferentes etapas del proyecto y como estos incidieron en la brecha fue en reuniones de trabajo donde se evaluaron los siguientes indicadores comprendidos en el Plan de la buena práctica (ver cuadro N°3):

1. % de recién nacidos detectados y referidos a perinatología por gastrosquisis con menos de 34 sem de gestación al Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel(indicadores del Proyecto)
2. % de recién nacidos referidos que fueron intervenidos con la técnica de Simil-Exit(corrección quirúrgica transparto) (indicadores del Proyecto)
3. Tasa de letalidad específica por gastrosquisis((indicadores del Proyecto)
4. Tasa de mortalidad por gastrosquisis(indicadores del Proyecto)
5. Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria por gastrosquisis(indicadores del Proyecto)
6. Tasa de mortalidad neonatal tardía y temprana(indicadores de POA Hospital)
7. Tasa de mortalidad infantil < 1 año(indicadores de POA Hospital)
8. Tasa de mortalidad por malformaciones congénitas(indicadores de POA Hospital)
9. Promedio de días estancia Hospitalaria en UCIN(indicadores de POA Hospital)

CUADRO N° 3

PLAN DE TRABAJO: PROYECTO DE GASTROSQUISIS 2012-2014

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	METAS	ESTRATEGIAS	INDICADORES	RESPONSABLES	PLAZOS
PLANIFICACION	Identificar y analizar la situación problemática identificando la brecha y la población meta	-reunión de comité morbi-mortalidad materno-infantil -elección de equipo de gestor del proyecto -elaboración de proyecto	Definir una alternativa de proyecto	Herramientas de calidad utilizadas en el análisis de priorización de problemas: lluvia de ideas, árbol de problemas, método de Hanlon.	Propuesta de proyecto presentada y aprobada Propuesta de equipo gestor de proyecto aprobado	Director Jefe de Planificación Miembros de Comité morbi-mortalidad materno-infantil	1 trimestre 2012
	OBJ.1 Mejorar la referencia oportuna a perinatología en pacientes embarazada con diagnostico de gastrosquisis	-Retroalimentar a médicos Staff Residentes, en lineamientos de CP y referencias oportunas de malformaciones a perinatología -Socializar oferta de servicios de perinatología en RIIS	Mejorar las capacidades del PS en lineamientos de CP	- sesiones educativas sobre lineamientos en CP -ciclo de MCC en la evaluación de aplicación de CP	-% de RRHH capacitado y socializado	Equipo de proyecto	2 trimestre de 2012
EJECUCION	OBJ.2 Elaborar protocolo integral para embarazadas detectadas con diagnostico de gastrosquisis	-Elaboración del protocolo de gastrosquisis -Socialización del protocolo de atención del paciente con gastrosquisis -elaboración de proceso de enfermería del RN con gastrosquisis -conformación de equipo técnico de abordaje de GQ*	Protocolo de Gastrosquisis elaborado y socializado Institucionalmente	Medicina Basada en Evidencia Compartir las mejores prácticas, generar aprendizaje y la gestión del conocimiento.	-Protocolo elaborado y aprobado por la Dirección -proceso de enfermería elaborado y aprobado por jefatura de enfermería. -% de RRHH capacitado en protocolo de gastrosquisis	Equipo de proyecto	2 y 3 trimestre de 2012

Fuente: Proyecto de Gastrosquisis 2012-2014

3.1.5. Cual fue el presupuesto de la mejor práctica, como se financio?

Para el financiamiento del proyecto se trabajó con los recursos asignados a la institución según el presupuesto nacional, no se asignó presupuesto adicional para el desarrollo de la buena práctica. Todos los insumos que se gestionaron están contemplados en la programación de las áreas donde se desarrolló el proyecto, no hubo necesidad de gastos extras, ni otros fondos.

A continuación se presenta una estimación de costos en la atención del neonato:

A partir de la implantación de la buena práctica en 2012 hasta 2014 se atendieron 7 recién nacidos por gastrosquisis con un costo día cama de \$ 1,190 en UCIN, estuvieron un promedio total de días estancia de 22.5 con un gasto de \$26,775. Los pacientes además ingresaron al servicio de neonatos, al cumplir los criterios de estabilidad, cumpliendo un promedio de 63.75 días con un costo de día cama de \$500 y un gasto total de \$31,875.

Cada año en relación a 2011 partiendo con un promedio de días estancia de 37 días en UCIN y un gasto de \$44,030 se estima un ahorro de \$73,440 hasta finalizar el proyecto en 2014.

3.2 Implantación de la mejor práctica (100 puntos).

3.2.1. ¿Cómo se implementó la mejor practica?.

Las fases del proyecto para su implementación se definieron de acuerdo a las siguientes actividades que se describe en el cuadro siguiente:

CUADRO N° 4

Fases	Objetivos	Indicadores	Estrategias
ETAPA:1 .PLANIFICACIÓN	Identificar y analizar la situación problemática identificando la brecha y la población meta	-Identificación de la brecha - Propuesta de proyecto presentada y aprobada -Propuesta de equipo gestor de proyecto conformado	Herramientas de calidad utilizadas en el análisis de priorización de problemas: lluvia de ideas, árbol de problemas, método de Hanlon.
ETAPA 2: EJECUCION	OBJ.1:Mejorar la referencia oportuna a perinatología en pacientes embarazada con diagnostico de gastrosquisis	Personal de Salud aplicando lineamientos de Control Prenatal Referencia, Retorno e Interconsulta	- Sesiones educativas sobre lineamientos en control prenatal y referencia, retorno e interconsulta. -Aplicar el ciclo de MCC en la evaluación de aplicación de los lineamientos de CP y RRI.
	OBJ.2: Elaborar protocolo integral para embarazadas detectadas con diagnostico de gastrosquisis	Protocolo de Gastrosquisis elaborado y socializado Institucionalmente	Medicina Basada en Evidencia Compartir las mejores prácticas, generar aprendizaje y la gestión del conocimiento. (CICGP)
	OBJ.3: Implementar técnica simil exit para corrección transparto abdominal de gastrosquis	Intervenir oportunamente con técnica simil exit al 100% de casos detectados y referidos para cirugía temprana	Abordaje según flujo grama de atención

ETAPA 2: EJECUCION	OBJ4:Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo	Aplicar encuesta de percepción semestralmente para conocer la opinión de los usuarios en relación al proyecto	Gestionar aplicación de encuestas de satisfacción por la UOC u otras instituciones
ETAPA 3: MONITOREO	Verificar el cumplimiento de las actividades del proyecto	100% actividades realizadas	Seguimiento por la Unidad Organizativa de la Calidad (UOC)
ETAPA 4: EVALUACIÓN	Revisar los resultados obtenidos a lo largo de la ejecución del proyecto	100% de casos de gastrosquisis corregido con cirugía temprana auditados	Aplicación del ciclo de mejora continua de calidad
	Identificar y analizar la situación problemática identificando los cambios en brecha y la población meta	Presentar mensualmente informe de resultados del proyecto	Planificación de reuniones de trabajo

3.2.2. ¿Como el equipo identifico y gestionó la participación de otras áreas de la organización y/o partes interesadas para el logro de los objetivos de la mejor practica?.

El equipo de la mejor práctica identifico la necesidad de participación de otras áreas del Hospital, tomando en cuenta el análisis de las partes interesadas que retoma los objetivos institucionales, estructura organizativa, lineamientos técnicos jurídicos, conocimientos, experiencias, potencialidades y debilidades en consideración a lo anterior se socializa en reuniones administrativas el proyecto a través de la gestión de la Dirección (ver anexo n° 8), para consolidar el compromiso y delimitar sus acciones a lo largo de la ejecución del proyecto, dentro de las otras áreas involucradas en el hospital, están las siguientes: Laboratorio, Radiología, Farmacia, Almacén General, Lavandería, la Unidad Financiera, la UACI. Externamente las Unidades Comunitarias de Salud Familiar del SIBASI San Miguel.

3.2.3. ¿Qué dificultades identifico el equipo para la implantación de la mejor práctica y qué acciones realizaron para superarlas?

Las medidas que el equipo gestor puso en práctica para superar las dificultades son:

CUADRO N° 5

TIPO DE MEDIDA	DIFICULTADES	ACCIONES PARA SUPERARLAS
PERMANENTES	Limitada identificación de mujeres embarazadas que cumplen criterios para corrección quirúrgica temprana por SIMIL-EXIT, en la RIIS durante el control prenatal.	Socializar: los lineamientos de control prenatal y la oferta de servicios de perinatología del hospital en reuniones de RIIS. Seguimiento de los casos a través del Sistema de referencia retorno interconsulta en la RIIS.
TEMPORALES	Cupo limitado en Unidad de Cuidados Intensivos para el número de pacientes intervenidos	Gestión con jefaturas para valoración de los casos y hacer traslados oportunos y generar cupos.

3.3 Control y seguimiento

3.3.1. ¿Cómo realizó el control y seguimiento de las etapas del desarrollo de la mejor práctica?

El equipo de mejora realizó el control y seguimiento de las etapas del proyecto monitoreando el cumplimiento de los indicadores de cada etapa y evaluando la meta establecida, la disponibilidad de recursos (cupos de UCIN, quirófano, e insumos, recurso humano calificado), durante las reuniones de evaluación y análisis de indicadores del Proyecto referidos en la POA del hospital (ver cuadro n°3)

El desempeño de los participantes en el desarrollo del protocolo de gastrosquisis es a través de la revisión de los casos intervenidos (ver anexo n° 14).

CUADRO N° 6

Fases	Indicadores	Evaluación
ETAPA:1 .PLANIFICACIÓN	-Identificación de la brecha -Propuesta de proyecto presentado y aprobado por la Dirección -Propuesta de equipo gestor de proyecto conformado	Se identificó y estableció proyección para reducirla Revisión de proyecto autorizado y solicitud de acuerdo de funciones del equipo gestor por Recursos humanos
ETAPA 2: EJECUCION	-% de personal de salud capacitado en lineamientos de Control prenatal y Referencia, retorno e Interconsulta	Revisión mensual de la referencia de casos por gastrosquisis para indagar la aplicabilidad de lineamientos
	Protocolo de Gastrosquisis elaborado y socializado Institucionalmente	Revisión de protocolo de gastrosquisis autorizado por la Dirección. Y lista de asistencia de socialización
	Proceso de enfermería elaborado y aprobado por jefatura correspondiente.	Revisión de protocolo de enfermería autorizado y ejecutándose
	-% de casos de gastrosquisis <34 sem de gestación corregidos por técnica SIMIL-EXIT	Revisión de cumplimiento de flujograma de atención de casos de gastrosquisis <34 sem de gestación que fueron referidos para corregir por técnica SIMIL-EXIT
	% de satisfacción del usuario	Revisión de resultados de encuesta de satisfacción del usuario
ETAPA 3: MONITOREO	100% actividades realizadas en cada etapa del proyecto según programación	Revisión de las actividades realizadas según plazos ejecución.
ETAPA 4: EVALUACIÓN	% de auditorías realizadas en casos de gastrosquisis intervenidos por técnica SIMIL-EXIT	Revisión de cumplimiento de planes de mejora de casos auditados.
	Informe de evaluación del proyecto presentado	Revisión del número de informes presentados a la Dirección según programación

3.3.2. Ante las desviaciones presentadas en la práctica, como se aseguró el equipo de la adopción de medidas para prevenir que no vuelvan a suceder?.

El equipo de la mejor práctica utilizó las reuniones periódicas de evaluación del proyecto (ver anexo n°13) para abordar y analizar los problemas, que a partir de los informes de monitoreo programado y los resultados de la evaluación de indicadores se obtenían, e intervenir posteriormente con la metodología de la lluvia de ideas y la aplicación de ciclos PEVHA.

3.3.3. ¿Cómo se aseguró el equipo que la participación de otras áreas o partes interesadas fuera efectiva para el logro de los objetivos esperados?

El equipo de mejora mediante reunión de trabajo, expone la oferta de servicios del protocolo de gastrosquisis y fortalece la coordinación para la referencia oportuna a través de apertura de canales efectivos de comunicación con referentes claves:

- Miembros del equipo del proyecto
- Dirección del Hospital
- Referentes de la RIISS (ver anexo n° 15)
- Médicos ginecólogos de los hospitales periféricos cumpliendo para tal fin con los lineamientos del control prenatal.

3.3.4. ¿Cómo se realizó la evaluación de los resultados y la reducción de la brecha al aplicar la mejor práctica?

El equipo de la mejor práctica realizó la evaluación de resultados y el cumplimiento de la proyección (100%) por medio del seguimiento del indicador: % de recién nacidos referidos que fueron intervenidos con la técnica de Simil-Exit, proporcionada por la revisión de casos intervenidos.

CUADRO N° 7

PERIODO	% proyectado de casos de gastrosquisis <34 sem corregidos por SIMILEXIT	Casos de gastrosquisis <34 sem corregidos por SIMIL-EXIT**
2011	0%	0%
2012*	100%	100%
2013	100%	100%
2014	100%	100%

Fuente: * SIMMOW, 2011 y libro de atención Unidad de Cuidados Intensivos neonatales y sala de operaciones 2012-2014. *Inicio del Proyecto

4. Gestión del equipo de mejora

4.1 Integración al equipo de mejora

4.1.1. ¿Cómo la organización aseguro la integración y el desempeño de los miembros del equipo de trabajo?

La Dirección del Hospital Nacional de San Miguel aseguro la integración y desempeño de cada uno de los miembros del equipo de trabajo a través de la creación interna del equipo por medio de un acuerdo en funciones, que compromete y empodera a sus integrantes para ejecutar, dar seguimiento e informar sobre la mejor practica.

El equipo de la mejor practica fue seleccionado cumpliendo las siguientes características: personas proactivas, sumamente responsables, con un perfil académico inherentes a sus funciones y capacidad para establecer óptimas relaciones interpersonales, los cuales fueron nombrados en reunión. (Ver anexo n°1). Y a las cuales se les daba seguimiento en su cumplimiento durante las reuniones del equipo.

4.1.2. ¿Cómo la organización aseguro la sinergia en el equipo de mejora y como estas contribuyen al desarrollo de la mejor práctica?

La Dirección de HNSJDMS aseguro la sinergia en el equipo de mejora, seleccionando a sus integrantes tomando en cuenta las buenas referencias interpersonales desarrolladas a la fecha en vista que comparten objetivos y funciones afines por trabajar en las mismas áreas. Además facilito que los integrantes desarrollaran competencias y habilidades que convinieran con los objetivos del proyecto, permitiendo la actualización de los conocimientos entre el equipo (ver atestados en el expediente personal de cada uno de los miembros en RRHH).

4.2 Desarrollo del equipo de mejora

4.2.1. ¿Cómo el equipo de mejora realizo la mejor práctica considerando las competencias de sus integrantes?

El equipo de trabajo realizó la mejor práctica considerando que en la selección de sus integrantes se tomo en cuenta un perfil profesional con formación académica en el área de la salud en las siguientes profesiones: médicos, enfermeras, anestesistas con especialización (Pediatria y Ginecología, licenciada en enfermería) y sub-especialización (Neonatología, Cirujano Pediatra, perinatología, Anestesiología,) y experiencia mínima de 2 años en las áreas de Cirugía Pediátrica, atención al neonato crítico y formulación y evaluación de proyectos. Por lo que en el Plan de trabajo se le asignaron funciones específicas de acuerdo a su perfil. (ver expediente personal en RRHH).

4.2.2. ¿Cómo el equipo de mejora evaluó los conocimientos y habilidades para el desarrollo de la mejor practica?.

Para conformar el equipo de la mejor práctica se selecciono un grupo de profesionales con formación y habilidades que participaría en la buena práctica (verificación atestados en la hoja curricular de recursos humanos), identificando así las áreas a mejorar y fortalecer en función del proyecto y se orientaron las líneas de capacitación que se desarrollarían al inicio y a lo largo de la ejecución de la mejor practica (ver anexo n°7).

4.2.3. ¿Qué control y seguimiento aplico el equipo de mejora para asegurar su efectividad en el desarrollo de la mejor practica?

El control y seguimiento que se realizó al cumplimiento de lo planificado en el Plan de trabajo del Proyecto y de las asignaciones que cada integrante desarrollaría según programación y plazos de ejecución establecidos; que utilizó el equipo de trabajo para dar seguimiento a la buena práctica fue en reuniones periódicas (anexo n°13), remitiendo los resultados a la Dirección del hospital (ver anexo n°2) donde se evalúan los resultados de los indicadores del proyecto.

5. Gestión del conocimiento e innovación de la mejor práctica

5.1 Gestión del conocimiento en la mejor práctica.

5.1.1. ¿Qué iniciativas realizo la organización para generar aprendizaje a partir de la mejor practica?

Las iniciativas que realizo el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, para generar aprendizaje y transferencia de conocimiento están enmarcadas en las siguientes acciones:

- Socialización de la mejor practica en Foro sobre malformaciones congénitas dirigido al Hospital, establecimientos del primer nivel de atención y hospitales periféricos(ver anexo 9)
- Divulgación de resultados del Proyecto al personal de la Institución (ver anexo n°16).
- Divulgación de resultados del Proyecto en la RIIS Sur y Departamental
- Se socializa el conocimiento con los médicos Residentes de las especialidades Pediatría y Gineco-obstetricias y anestesiología (ver anexo n°17).
- Participación del Congreso de Investigación en Foro de Malformaciones congénitas el MINSAL.
- Capacitación para facilitar el proceso del programa de retorno-referencia en relación a la buena práctica.
- Se compartió la experiencia con el Hospital de la Mujer y a la vez se replico en el mismo hospital

5.1.2. ¿Cómo la organización y el equipo incorporo las experiencias y lecciones aprendidas para la creación de nuevas prácticas?

El Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel incorporo como elemento innovador por medio de la mejor práctica:

- La formulación y aplicación de un protocolo integral de atención para corrección temprana de malformación quirúrgica de gastrosquisis. La atención del protocolo de forma integral ha permitido revisar los protocolos de otras malformaciones congénitas que pudieran corregirse oportunamente, partiendo de los resultados de la sistematización de experiencias que género la buena práctica (ver anexo n°18).
- La aplicación de una nueva técnica quirúrgica.
- Creación en el hospital de un nuevo servicio de corrección temprana de la malformación congénita.

5.2 Gestión de la innovación en la mejor practica

5.2.1. ¿Qué considero el equipo para generar elementos de innovación en la mejor practica?.

El equipo considero generar elementos de innovación en la mejor práctica con la introducción de las siguientes acciones:

- La elaboración de un protocolo que abordara de forma temprana la corrección de la malformación congénita denominada gastrosquisis en aquellas pacientes embarazadas (< 34 semanas de gestación) que fueron identificadas durante su control prenatal principalmente durante la primera ultrasonografía de rutina. Cuyo abordaje no solo se limitaba a la atención médico quirúrgica si no que incluía la atención de psicología para mejorar la aceptación de los padres ante el diagnostico de la malformaciones congénitas.
- La introducción en el hospital de una nueva técnica quirúrgica denominada simil-exit para la corrección de gastrosquisis (ver anexo n°12).
- Diseño e implementación de un flujograma de atención para la corrección de gastrosquisis.

5.2.2. ¿Cómo el equipo de mejora utilizó la innovación de la mejor práctica para agregar valor y mejorar el desempeño organizacional?

El equipo de mejora utilizó la innovación de la mejor práctica para mejorar con las siguientes acciones:

- Optimizando el desempeño de la Institución, a través de un protocolo de atención que reorganizo y sistematizo el proceso de abordaje de pacientes embarazadas con detención temprana (<34 semanas) de la malformación congénita denominada gastrosquisis, reduciendo el tiempo de espera de una cita para perinatología a 10 días, adicionando la atención de psicología para reducir el impacto emocional de la familia ante las malformaciones congénitas, reduciendo los días estancia en unidad de cuidados intensivos
- La introducción en el hospital de una nueva técnica quirúrgica denominada simil-exit para la corrección de gastrosquisis, ayudo a mejorar la calidad y atención oportuna a las usuarias intervenidas oportunamente; disminuyendo las complicaciones en el neonato.
- Diseño e implementación de un flujograma de atención para la corrección de gastrosquisis; el cual facilita el trabajo del equipo y mejora los tiempos de atención al neonato.
- Todas las innovaciones ayudaron a generar nuevos cupos a pacientes críticos, aumento de la capacidad resolutive de la Institución y disminuyo las referencias del hospital a tercer nivel de atención.

6. Resultados de la mejor práctica

6.1 Resultados en la eficacia/eficiencia organizacional.

6.1.1. ¿Cuál es la reducción de la brecha identificada durante la planificación y después de aplicar la mejor practica? En 2011 el porcentaje de recién nacidos con diagnóstico de gastrosquisis detectados y referidos menores de 34 semanas de gestación que se corrigieron por la técnica de Simil-Exit fue de 0% ya que la técnica aun no había sido implementada, con el proyecto en marcha en 2014 el porcentaje de recién nacidos con diagnóstico de gastrosquisis detectados y referidos menores de 34 semanas de gestación corregidos por la técnica de Simil-Exit fue del 100% (7 casos) (ver cuadro N° 8 y 9). Es importante mencionar que se ha logrado cumplir la meta de ofrecerle al 100% de los pacientes que fueron detectados y referidos, una nueva alternativa quirúrgica para corregir la malformación congénita. Destacamos que como equipo analizamos que existen muchos factores que influyen en la respuesta al tratamiento y evolución siendo los más comunes en tal caso: la prematurez, las infecciones asociadas a la atención sanitaria, la presencia de otras anomalías congénitas.

CUADRO N°8

Línea base: Casos de gastrosquisis <34 sem corregidos por técnica SIMIL-EXIT*, año 2011	Proyección al 2014: Casos de gastrosquisis <34 sem proyectado a corregir por SIMIL-EXIT*	Brecha	Evaluación		
			Casos de gastrosquisis <34 sem corregidos por SIMIL-EXIT**		
			2012	2013	2014
0 casos (hubo dos muertes, que fueron referidos de forma tardía)	100% de casos	0% de casos (hubo 2 muertes)	(1) 100% de casos	(2) 100% de casos	(4) 100% de casos

Fuente: base de datos de Gastrosquisis (GQ) LB: Línea Base

CUADRO N°9

Periodo	Casos de gastrosquisis <34 sem corregidos por SIMIL-EXIT %	Aumento de la brecha %
2011	0% (LB)	---
2012	(1) 100%	100%
2013	(2) 100%	100%
2014	(4) 100%	100%
Total:		7 casos (100%)

Fuente: base de datos de Gastrosquis LB: Línea Base

6.1.2. ¿En qué aspectos ha mejorado la eficacia/eficiencia organizacional al implementar la mejor practica? Ha mejorado en lo siguiente:

1. Se avanzó en la aplicación del proceso de referencia, retorno e interconsulta, al implementar la mejor práctica con el aumento del número de casos de gastrosquisis que en 2011 era de 0 pasando a 2014 con 7 casos que al ser detectados y referidos fueron intervenidos con una nueva alternativa quirúrgica que antes no se realizaba.
2. Se mejoraron los tiempos de atención para una cita de perinatología de 30 a 10 días permitiendo que el flujo de atención disminuyera los tiempos de espera para la evaluación ultrasonográfica y obtener un diagnóstico definitivo, el tiempo de programación de cirugía electiva y la disponibilidad de quirófano y Unidad de Cuidados Intensivos.
3. A partir del Protocolo para gastrosquisis se optimizaron los procesos de atención en la evaluación de perinatología en relación a la identificación de los casos de las referencias recibidas, en la atención de otras especialidades médicas que según el caso se requirió valoración (medicina Interna, Endocrinología), en las actividades del personal administrativo (archivo, secretarías) Jefes de Neonatología, enfermería y Servicios generales en la programación de la cirugía, disponibilidad de quirófano y Unidad de Cuidados Intensivos.

CUADRO N° 10

Año	Casos de gastrosquisis detectados y referidos menor de 34 sem de gestación	Casos de gastrosquisis <34 sem corregidos por SIMIL-EXIT, %	Tasa de letalidad específica por GQ* (x1000 NV)	Ahorro Institucional (\$)
2011	0	0% (LB)	100%	-
2012	1	100%	0%	22,570
2013	2	100%	0%	21,480
2014	4	100%	0%	29,390

Fuente: Unidad de planificación, SEPS, SIMMOW

Nota: *tasa bruta de mortalidad específica por IAAS en neonatos: es el riesgo que tiene un neonato de adquirir infección durante su estancia hospitalaria por 1000 nacidos vivos

6.2 Resultados en la orientación al ciudadano.

6.2.1. ¿Cuáles son los resultados en la percepción del ciudadano?

Se realizó un estudio cuantitativo al 100% (siete casos) de los casos de recién nacidos intervenidos con la técnica de SIMIL-EXIT de 2012 a 2014 y que voluntariamente accedieron a participar. El estudio se realizó a través de una encuesta de preguntas cerradas donde se indagó sobre la experiencia que los padres, explorando las opiniones, conocimientos y sentimientos con el objetivo de conocer la satisfacción del servicio brindado en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel. Los resultados de este estudio fueron positivos en cumplimiento de uno de los objetivos del proyecto, obteniendo en 95% de satisfacción (Ver anexo n° 20).

6.2.2. ¿Cuál es el impacto para el ciudadano después de la implementación de la mejor practica?

Durante las reuniones de trabajo se analizaron los resultados de la buena práctica a partir de las acciones:

- **El impacto Ciudadano:** al 100% de los pacientes detectado y referido se les ofreció una nueva técnica de corrección para la gastrosquisis. Y la satisfacción a los padres beneficiados con la mejor práctica durante el proyecto.
- Se beneficiaron al 100% de las pacientes embarazadas detectadas y referidas oportunamente (menos de 34 semanas de gestaciones) con la aplicación de la técnica quirúrgica simil-exit.
- El 85% de Recién nacidos no presentaron complicaciones gastrointestinales posterior a la cirugía
- Disminución de gasto de bolsillo para la familia de aproximadamente \$ 176.00 por familia de los pacientes que no fueron referidos a hospital de 3 nivel.
- Acortamiento de las citas para perinatología.
- Intervención oportuna a la anomalía del neonato, lo que evito incomodidad social ante las personas de la comunidad de la familia.

6.3 Resultados relacionados a otras partes interesadas

6.3.1. ¿Cuáles son los resultados generados a otras partes interesadas relacionadas con la mejor practica?. Los resultados evaluados por el equipo son:

- **El impacto Institucional:** con la medición de los indicadores de letalidad y mortalidad por gastrosquisis a nivel local de 100% en 2011 a 0% en 2014 y en la región oriental.
- Tasa de IAAS (Infecciones asociadas a la atención sanitaria) por gastrosquisis local disminuyo de 3.4 en 2011 a 3.1 en 2014.
- El promedio de días estancia hospitalaria en servicio de Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN) fue de 7 días y en el servicio de neonatos fue de 27.25 días a 2014 en referencia con 2011 que presento 37 días.

- A partir de 2011 el costo del promedio de días estancia hospitalaria disminuyo de \$ 44,033 a \$21,480 en 2014.
- Fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional, solo el 14.2% de los pacientes intervenidos fueron referidos al tercer nivel de atención⁷, por complicaciones asociadas, disminuyo de 50% en 2011 a 14.2% en 2014, 100% de recurso capacitado en el nuevo flujograma de atención.
- Disminución de la tasa de letalidad por gastrosquisis a nivel nacional en 2011 era de: 31.35 y en 2014 es de 14.29
- Disminución de la tasa de letalidad por gastrosquisis en Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel en 2011 era de: 100% y en 2014 es de 0%
- **El impacto Ciudadano:** al 100% de los pacientes detectado y referido se les ofreció una nueva técnica de corrección para la gastrosquisis y la sobrevida del recién nacido que egreso con sus padres y un ahorro aproximado de \$ 176.00 por familia
- **El impacto al medio ambiente:** la reducción de la producción de desechos bioinfectiosos y otros residuos no reciclables relacionados con el proceso de atención.
- **El impacto al personal de salud:** en relación al desempeño del personal de salud genero cambios en relación a la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades que les permitieron ofrecer servicios alternativos al usuario reduciendo los tiempos de atención.

6.3.2. ¿Qué beneficios ha generado la implantación de la mejor practica a otras partes interesadas?.

Los beneficios generados por la implantación de la mejor práctica fueron:

1. En los procesos internos relacionados con la actividad quirúrgica se aplico técnica quirúrgica novedosa que mejoro el desempeño en un abordaje de técnicas quirúrgicas de médicos cirujanos, anestesiólogos, enfermeras y técnicos de áreas afines.
2. En los proceso del programa de retorno referencia se fortaleció creando un flujograma de atención para que las pacientes detectadas y referidas por gastrosquisis menores de 34 semanas de gestación, redujera su tiempo de espera para ultrasonografía obstétrica de primera de perinatología de 30 a 10 días.
3. Se contribuyo con el medio ambiente se mejoro evitando la contaminación con la disminución de residuos bioinfectiosos y otros que se generan del proceso de atención.
4. Fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional disminuyendo la referencia al tercer nivel de atención para corrección de gastrosquisis, de 50% en 2011 a 14% en 2014.

6.4 Resultados financieros o de la relación costo beneficio.

6.4.1. ¿Qué beneficios financieros ha obtenido la organización con la ejecución de la mejor practica?.

Los beneficios financieros obtenidos por el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, con la ejecución de la mejor práctica fue:

CUADRO N° 11

AÑO	N° casos UCIN*	DIEH UCIN**	Costo	N° casos Neonatos***	DIEH Neonatos****	Costo	Costo Total	Ahorro Institucional x año
2012	1	6	7140	1	15	7500	14640	29,390
2013	2	9	10710	2	21.5	10750	21460	22,570
2014	4	7.5	8925	4	27.25	13625	22550	21,480
Total	7	22.5	26,775	7	31.875	58,650	73,440	

Fuente: Unidad de planificación

*número de casos Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, **días de estancia hospitalaria en UCIN

promedio número de casos en servicio de neonatos, *promedio días de estancia hospitalaria en servicio de neonatos

⁷Categoría de Hospitales: tercer nivel de atención

A partir de la implantación de la buena práctica en 2012 hasta 2014 se atendieron 7 recién nacidos por gastrosquisis con un costo día cama de \$ 1,190 en UCIN, estuvieron un promedio total de días estancia de 22.5 con un gasto de \$26,775. Los pacientes además ingresaron al servicio de neonatos, al cumplir los criterios de estabilidad, cumpliendo un promedio de 63.75 días con un costo de día cama de \$500 y un gasto total de \$31,875.

Cada año en relación a 2011 partiendo con un promedio de días estancia de 37 días en UCIN y un gasto de \$44,030 se estima un ahorro de \$73,440 hasta finalizar el proyecto en 2014.

6.4.2. ¿Cuáles son los resultados de la relación costo beneficio de la implantación de la mejor practica?.

Los resultados de la relación costo/beneficio de la implantación del proyecto es:

Costos estimados en la atención del paciente

CUADRO N° 12

AÑO	N° casos	Costo* atención hospitalización	Costo otros rubros de proyecto **
2012	1	\$14,640	\$ 8,770.16
2013	2	\$21,460	\$ 8,770.16
2014	4	\$22,550	\$12,236.56
total	7	\$58,650	\$29,776.88

Fuente: * comprenden los costos de hospitalización día cama,

** Otros rubros de proyectos: capacitaciones, monitoreo, investigación y evaluación

El Ministerio de salud no cuenta con sistema de costeo, pero basándose en estimaciones del WINSIG (Sistema de Información gerencial de la OPS), SIMMOW, SEPS, SPME se obtuvieron aproximaciones de la inversión en salud en Recursos Humanos, medicamentos, Insumos, servicios básicos y otros, obteniendo el costo día cama. Se realizó una comparación de los costos a partir de inicio del proyecto en relación a las capacitaciones desarrolladas, monitoreo, investigaciones y evaluaciones de la buena práctica. Es de resaltar que estos costos no superan el valor de una vida humana y la sobre vida que se obtuvo en los 7 casos atendidos de 2012 a 2014, si comparamos los 2 casos que fallecieron en 2011.

7. Sostenibilidad y mejora

7.1 Sostenibilidad

7.1.1. ¿Cuáles son los posibles riesgos que el equipo ha identificado para garantizar la sostenibilidad de la mejora alcanzada? A continuación se listan los riesgos identificados para la sostenibilidad:

1. Poca identificación en la RIIS durante el control prenatal de mujeres embarazadas (<34 semanas de gestación) para referencia oportuna a perinatología por diagnóstico de gastrosquisis.
2. Cupo limitado en Unidad de cuidados intensivos para los pacientes intervenidos.
3. Necesidad de alimentación parenteral para algunos pacientes intervenidos.
4. Necesidad de capacitación para recursos nuevos.

7.1.2. ¿Cuáles estrategias ha previsto el equipo para garantizar la sostenibilidad, sistematización y estandarización de la mejor practica?

Estrategias para garantizar la sostenibilidad, sistematización y estandarización de la mejor práctica:

1. Institucionalización de la estrategia de identificación y referencia oportuna de casos.
2. Los miembros del equipo incorporan de forma sistemática y estandarizada en los planes operativos los objetivos de la mejor práctica en función del cumplimiento de protocolo de atención.
3. Socialización y retroalimentación anual de los lineamientos de control prenatal Institucional y en RIIS.
4. Coordinación durante el primer trimestre del año para fortalecer la referencia oportuna a perinatología con la RIIS Departamental y Sur.
5. Análisis de los casos en UCIN con el propósito de hacer traslados oportunos y generar cupos en al momento de surgir la demanda de cupo para un caso de gastrosquisis.
6. Gestión para la Implementación de Alimentación Parenteral.
7. Monitoreo y evaluación semestral de los indicadores del proyecto.

7.1.3. ¿Qué indicadores, roles, responsabilidades ha implantado la organización para evaluar el desempeño futuro y asegurar la continuidad de la mejor practica?

Los Indicadores, roles, responsabilidades implementadas por el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel para evaluar el desempeño futuro y asegurar la continuidad de la mejor práctica son los siguientes:

1. En Reuniones semestrales con el comité de gestión de la Dirección el equipo gestor del proyecto presentara los resultados de la evaluación de los indicadores del proyecto (ver anexo 3).
2. En reuniones del Comité materno-infantil y Dirección, el equipo gestor del proyecto presentara semestralmente los resultados de auditorías de casos de gastrosquisis intervenidos con la técnica Simil-exit y la evaluación de los planes de mejora ejecutados.
3. Asignación de responsabilidades a jefaturas para dar cumplimiento al proyecto de forma permanente y que sea incluido en sus planes operativos.
4. La Unidad Organizativa de la Calidad tiene que dar seguimiento al cumplimiento de funciones, resultados de los indicadores y estándares de calidad y presentar un informe de los resultados de la mejor práctica según su programación anual operativa y dar continuidad a los planes de mejora que se desarrollen.

7.2 Mejora

7.2.1. ¿Cuáles estrategias ha definido la organización para asegurar la mejora continua de la practica implantada?

Las estrategias que ha definido la organización para asegurar la mejora continua de la práctica desarrollada fueron:

1. Fortalecer anualmente a los recursos operativos nuevos que intervienen en el desarrollo de la buena práctica.
2. Gestionar ante las autoridades del hospital, el fortalecimiento del servicio con otro recurso de perinatología.
3. Monitoreo y seguimiento en la detección temprana de la gastrosquisis en los establecimientos de la RIIS Departamental y Micro red Sur.
4. Retroalimentar al recurso humano a través de capacitaciones en los lineamientos del control prenatal y referencia, retorno e interconsulta, para su aplicación oportuna en la RIIS departamental y micro red sur.

7.2.2. ¿Qué indicadores y mecanismos de seguimiento ha implantado el equipo para asegurar la mejora continua de la práctica desarrollada?

Indicadores y mecanismos de seguimiento implementados por el equipo de trabajo para asegurar mejora continua de la práctica desarrollada.

1. Evaluación mensual a través del equipo de mejora del: % de recién nacidos intervenidos con la técnica de Simil-exit y se proyecta mantener que el 100% de neonatos referidos para corrección temprana (menos de 34 semanas de gestación) sean intervenidos. En tal sentido se orientan los esfuerzos en gestionar el cupo en Unidad de cuidados intensivos neonatales y tener a disposición alimentación parental para el neonato que en su recuperación lo necesite.
2. Evaluación mensual por parte del equipo de mejora del: % de referencias oportunas a perinatología de pacientes con diagnóstico de gastrosquisis menor de 34 semanas por lo que se proyecta alcanzar el 75% de cumplimiento fortaleciendo la referencia oportuna a perinatología con la retroalimentación continua de los lineamientos del control prenatal en la RIIS y mejorando las líneas de comunicación efectivas y oportunas.(ver anexo n°15).
3. El mecanismo de seguimiento es a través de los informes semestrales presentados a la Dirección de los resultados de las acciones de mejora implementadas
4. Aplicación de la metodología de la mejora continua de la Calidad, a través de los ciclos cortos de mejora, al evaluar los resultados.
5. Compartir la experiencia de la buena práctica con otros hospitales con la finalidad de que sea replicable

f) Glosario de términos clave

Neonato: niño menor de 28 días

Perinatología: Rama de la gineco-obstetricia que se encarga del estudio y control de los embarazos de alto riesgo, durante todo el embarazo y hasta el nacimiento del bebe y el control posterior

Gastrosquisis: es un defecto congénito (presente en el momento de nacer), en el cual existe un orificio en la pared abdominal que ocasiona que el estómago, intestino delgado, intestino grueso y otros órganos del abdomen del bebé, se expongan fuera del cuerpo.

Técnica SIMIL-EXIT: es una nueva forma de abordaje perinatal de la gastrosquisis que consiste en la finalización pretérmino del embarazo de forma electiva mediante cesárea,

Ciclos rápidos o PEVA: ciclo de la calidad definido por Shewhart, también el cual consta de cuatro pasos: planificar, ejecutar, verificar y actuar

Mejora Continua de Calidad: Son ciclos sistemáticos de mejora para disminuir las brechas que inciden en el logro de los estándares según las dimensiones de la calidad

Tasa: En epidemiología, demografía y estadísticas vitales, la tasa es una expresión de la frecuencia con que ocurre un hecho en una población determinada. Entonces, una tasa se compondrá de: un numerador (lo que queremos medir) un denominador (una población)

Tasa de mortalidad infantil: número de defunciones en niños menores de 1 años por 1000 NV

Tasa de mortalidad neonatal: número de defunciones en niños menores de 28 días por 1000 NV

Árbol de problemas: método para identificar causas y efectos de problemas.

Sala Situacional: es una estrategia de gestión que es útil para tener información actualizada permanentemente para orientar la toma de decisiones

Abreviaturas:

MCC: mejora continua de la calidad

IAAS: Infecciones asociadas a la atención sanitaria.

SIMMOW: Sistema de MorbiMortalidad del Ministerio de Salud

SPME: Sistema de Programación Monitoreo y evaluación de actividades hospitalarias

SEPS: Sistema Estadístico de producción de Servicios

WINSING: Sistema de Información gerencial de la OPS

OMS: Organización Minal de la Salud

UCIN: Unidad de cuidados intensivos Neonatales

MINSAL: Ministerio de Salud

RIIS: Red de servicios Integrales e integrados de Salud

g) Anexos

Anexo N° 1



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL



Reunidos en la Sub-dirección del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, el día catorce de noviembre de dos mil once a las diez de la mañana, Dra. de Canales delegada por la Dirección en el seguimiento de la implementación de la Mejora Continua de la Calidad en los Servicios Hospitalarios da la bienvenida a los presentes en reunión extraordinaria con el objetivo de realizar conformación del equipo de trabajo que se encargara de implementar el Proyecto de gastroquisis a partir del 2012, para tal efecto están presentes el personal de salud que identificó la buena práctica y otros de áreas claves para la ejecución. Dra. de canales sude la palabra a Dra. Galeano para que exponga la situación a mejorar y solicita aportes de ideas para candidatos idóneos, tomando en cuenta los siguientes criterios: personas proactivas, sumamente responsables, con un perfil académico inherentes a sus funciones, buenas relaciones interpersonales desarrolladas a la fecha, laborando en la misma área por un mínimo de 2 años, en este sentido se nombra a las siguientes personas que conformaran parte del equipo: Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales, Dra. Nancy Maryorie Galeano Alvarenga, Médica Gineco-Obstetra y Perinatología, Dr. José Paul Molina, Médico Pediatra Neonatólogo, Jefe Dpto. de Pediatría, Dra. Jenny Brenda Hernández de Nolasco, Jefe de Unidad de Vigilancia Sanitaria, Dra. Nadia Verónica Fuentes de Reyes, Médica Gineco-Obstetra, Jefe Dpto. Gineco-obstetricia, Licda. Blanca Elizabeth Castro Rivas, jefe Enfermera de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Dra. Aurora Salazar de Escolero, Médica Gineco-Obstetra, jefe de Centro Obstétrico, Dr. Carlos Eduardo Muñoz Márquez, Médico Pediatra Cirujano.

Este equipo podrá ser fortalecido con otros miembros del personal, según sea necesario a lo largo del desarrollo del proyecto, por lo que su acuerdo de funciones se renovara cada año, y por el cual se les otorga apoyo institucional en las actividades a implementar y compromisos para informar periódicamente sobre los resultados obtenidos. Se solicita presentar en la brevedad posible la propuesta del proyecto para su autorización. El coordinador del equipo de trabajo se nombra por unanimidad a Dra. Nancy Maryorie Galeano Alvarenga. Sin otro particular se da por finalizada la reunión y firman los presentes

Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales, Sub-directora

Dra. Jenny Brenda Hernández de Nolasco, Epidemióloga

Dra. Nancy Maryorie Galeano Alvarenga, Perinatología

Dra. Nadia Verónica Fuentes de Reyes, Obstetra

Licda. Claudia Carpinia Parede de Cruz, jefe Enf. Neonatos

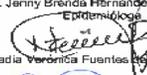
Dra. Aurora Salazar de Escolero, Obstetra

Licda. Blanca Elizabeth Castro Rivas, Jefe enf UCIN

Dr. Carlos Eduardo Muñoz Márquez, Cirujano Pediatra

Dr. José Paul Molina, Jefe Dpto. Pediatría

Dr. Roberto Centeno, División Médica y Planificación



Anexo N° 2



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION NACIONAL DE HOSPITALES
HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL



INFORME DEL PROYECTO:

"CORRECCIÓN DE GASTROQUISIS TRANSPARTO" UNA MEJORA EN EL ABORDAJE PARA ESTA ANOMALÍA CONGÉNITA, EN EL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL, 2012-2014"

EQUIPO DEL PROYECTO:

Dra. Nancy Maryorie Galeano Alvarenga, Médica Gineco-Obstetra y Perinatología
Dr. Carlos Eduardo Muñoz Márquez, Médico Pediatra Cirujano
Dr. José Paul Molina, Médico Pediatra Neonatólogo, Jefe Dpto. de Pediatría
Dra. Jenny Brenda Hernández de Nolasco, Jefe de Unidad de Vigilancia Sanitaria
Licda. Blanca Elizabeth Castro Rivas, jefe Enfermera de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
Dra. Aurora Salazar de Escolero, Médica Gineco-Obstetra, jefe de Centro Obstétrico
Dra. Nadia Verónica Fuentes de Reyes, Médica Gineco-Obstetra, Jefe Dpto. Gineco-obstetricia
Dra. Mireya Yemilet Megaha Salazar, Médico Salubrista, Coord. de UIC



SAN MIGUEL DICIEMBRE DE 2014



OK.
Mesa del Conocimiento
a personal involucrado
17.12.2014

Anexo N° 3

Ministerio de Salud
EL SALVADOR

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL

Reunidos en la Dirección del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, el día diez y siete de diciembre de dos mil doce a las diez de la mañana, Dra. de Canales, en el seguimiento de las actividades del Proyecto de "Corrección de Gastrosquisis Transpato en pacientes detectadas y referidas menores de 34 semanas de gestación. Da la bienvenida y Sede la palabra a Dra. Galeano, coordinadora del Proyecto, quien presenta los resultados de indicadores de cumplimiento del Proyecto, refiriendo el 95% de recursos humano capacitado y refiere algunos inconvenientes a las hora del permiso por parte de la jefatura pero refiere que se supero en las sucesivas capacitaciones, presenta además el protocolo de Gastrosquisis el cual a sido socializado con el equipo quirúrgico que se conformo y se ejecuto exitosamente en el primer caso intervenido, por lo que cede la palabra al Dr. Muñoz Márquez, cirujano pediatra el cual expone los resultados de la auditoria del caso. No se reporta ninguna complicación quirúrgica ni anestésica, el binomio madre no presenta problemas asociados, en lo referente a la infraestructura e insumos no reportaron limitaciones. Y al momento se cumple el objetivo del proyecto de ofrecer una técnica quirúrgica novedosa y sobre todo lograr la sobrevivida del recién nacido.

Dra. de Canales felicita al equipo por los resultados e incentiva para que continúen el desarrollo y recuerda que periódicamente deben informar a la Dirección de las actividades realizadas a fin de dar continuidad con el proyecto

Sin otro particular se da por finalizada la reunión y firman los presentes.

: Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales, Directora
 Dra. Nancy Marjorie Galeano Alvarenga
 Licda. Claudia Carolina Pereira de Cruz, jefe Enf. Neonatos
 Licda. Blanca Elizabeth Castro Rivas, Jefe enf UCIN
 Dr. José Paul Molina, jefe Dpto. Pediatría
 Dr. Daniel García Salgado, administrador
 Dra. Nancy Marjorie Galeano Alvarenga

Dra. Jenny Barrios Hernández de Nolasco, Epidemióloga, Delegada
 Dra. Nancy Verónica Fuentes de Reyes, Obstetra
 Dra. Aurora Salazar de Estroero, Obstetra
 Dr. Carlos Eduardo Muñoz Márquez, Cirujano Pediatra
 Dr. Roberto Centeno, Planificación
 Ing. José Roberto Casillas, jefe Mantenimiento delegado Sr. Jovel

Anexo N° 3

Anexo N° 4

Ministerio de Salud
EL SALVADOR

MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCION NACIONAL DE HOSPITALES
 HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL
 VERSION 1.0

PROTICOLO DE ATENCION PARA PACIENTES CON DIAGNOSTICO PRENATAL DE FETO CON GASTROSQUISIS

San Miguel, 2012

DIRECCION
 HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL
 25/12/12

San Miguel, 2012

Autenticado e informado por escrito
 25/12/12

Anexo N° 5

Ministerio de Salud
EL SALVADOR

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL
 PROYECTO DE GASTROSQUISIS

PARA: Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
 Directora Hospital Nacional "San Juan de Dios de San Miguel

DE: Dra. Nancy Maryorie Galeano Alvarenga
 Coordinadora Equipo de Proyecto de gastrosquisis

ASUNTO: Programación de reuniones de Proyecto de Gastrosquisis

FECHA: 16 de Enero de 2012

Dra. Nancy Maryorie Galeano Alvarenga
 DOCTORA EN MEDICINA
 J. V. S. N. No. 9188

Reciba un cordial saludo y éxitos en el desempeño de sus funciones.

El motivo del presente a para hacerle de su conocimiento y con el objetivo que autorice la Programación de reuniones del Equipo de trabajo del Proyecto de Gastrosquisis correspondiente al año 2012, a fin de iniciar a ejecutar las actividades del proyecto.

FECHAS DE REUNION	HORA	LUGAR
18 Abril	9am	Dpto. Gieneco-
15 agosto	9am	Obstetricia
7 diciembre	9am	

Anexo N° 6

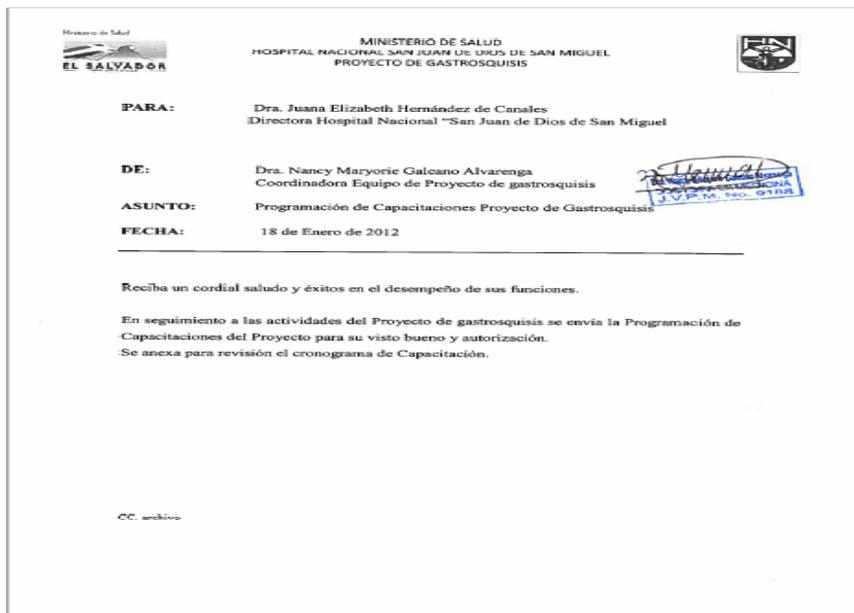


Anexo N° 9



Socialización del Proyecto en Foro de Malformaciones Congénita, HNSJDSM, 2013

Anexo N° 7



Anexo N.º 8: Socialización del Proyecto en Foro de Malformaciones Congénita. HNSJDSM, 2016



Anexo N° 10

3.2 Definición del problema y sus causas

Identificación del problema

Se utilizó la técnica de lluvia de ideas y los problemas que resultaron fueron los siguientes:

A continuación se utilizó en cada criterio una escala de 1 a 5 para tomar en cuenta la importancia del problema:

Muy alta= 5 Alta=4 Medianamente alta=3 baja=2 Muy baja=1

Problema	Extensión o magnitud	Urgencia o gravedad	La importancia población objetivo	total
Incremento del número de infecciones obstétricas: endometritis	4	4	4	12
Incremento del número infecciones de episiotomías	4	2	3	9
Manejo inadecuado de desechos bioinfecciosos	3	2	2	7
Caida de paciente hospitalizados	3	3	2	8
Morbilidad por Malformaciones congénitas: gastroquisis	5	5	4	14
Entrega insuficiente de ropa hospitalaria	3	3	3	9
Inadecuada limpieza en las áreas de atención de 2MH y MMA.	2	2	2	6
Retraso en la entrega de insumos de almacén	2	2	1	5
Excesivo número de cola para recibir una cita en la CEE	3	1	1	5
Inadecuada limpieza del área de jardín	1	1	1	3

															
Lista internacional de Morbilidad por Grupo étnico. Utilizando DIAGNOSTICO PRINCIPAL Período del 01/01/2014 al 31/12/2014 Nivel central Reportados por Hospital Nacional San Miguel SM "San Juan de Dios" Todo el País Otras malformaciones congénitas y deformidades del sistema osteomuscular Gastroquisis															
Rangos	Masculino				Femenino				Indeterminado A partir del 2013			Totales			
	Muertes	Egresos	Tasa letalidad	Tasa mortalidad	Muertes	Egresos	Tasa letalidad	Tasa mortalidad	Muertes	Egresos	Tasa letalidad	Muertes	Egresos	Tasa letalidad	Tasa mortalidad
Perinatal	0	2	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0	2	0.00	0.00
Neonatos	0	2	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0	2	0.00	0.00
< 1	0	2	0.00	0.00	0	1	0.00	0.00	0	0	0.00	0	3	0.00	0.00
1 - 4	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0	0	0.00	0.00
5 - 9	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0	0	0.00	0.00
10 - 14	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0	0	0.00	0.00
15 - 19	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0	0	0.00	0.00
20 - 24	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0	0	0.00	0.00
25 - 59	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0	0	0.00	0.00
60 a +	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0	0	0.00	0.00
Totales	0	2	0.00	0.00	0	1	0.00	0.00	0	0	0.00	0	3	0.00	0.00

Anexo N° 11

Captura de pantalla de datos de gastroquisis: tasa de letalidad y mortalidad, 2014

Anexo N° 12



Se esquematiza el proceso por el cual se lleva a cabo la técnica simil-EXIT, en donde al momento del nacimiento se inhibe el llanto, se vigila la presencia del flujo feto placentario mientras se inicia la reducción de asas intestinales con una secuencia de estomago, colon y finalmente intestino delgado, al lograr la reducción total y si se mantiene un adecuado flujo fetoplacentario se colocan puntos totales con prolene 2/0 requiriendo en promedio 3, de lo contrario se pinza el cordón y se pasa a cuna radiante en donde se termina el cierre de pared mientras se dan maniobras de reanimación por parte del servicio de neonatología evaluando al final la necesidad de apoyo ventilatorio o solo oxígeno suplementario

Anexo N° 13

Reunión interna del equipo de mejora



-San Miguel 18 de Abril 2012.
 Hora: 9am.

Reunión de Proyecto "Modelo Quirúrgico de Paciente ambulatorio con diagnóstico pretabal de Felo con gastroquistes bajo técnica SHEL eJIT."

Reunidos en las oficinas del Sr. Dr. Obalicio los abajo mencionados.

1. Dra. Ivonne de Escobedo. Jefe de Opn. de A-O.	Firmas:  
2. Dra. Marjorie Galiazo. Pinarolga, coordinadora de layout.	
3. Dr. Carlos Eduardo Muñoz Márquez. Equipo Pediatría	
4. Dr. Abel Molina. Jefe de Opn. de Pediatría.	
5. Dra. Jenny Benda de Nolasco. Epidemiología.	
6. Srta. Obalicio Partillo. Jefe Oficina Sala de Operación	Dosente x Hospital Oficial
7. Srta. Sonia Castro. Jefe Enfermería OCIN.	Dosente x Inaparencia

Se desarrolla la 1ª reunión del equipo de proyecto "Modelo Quirúrgico de paciente con diagnóstico pretabal de Gastroquistes aplicando técnica SHEL eJIT con el objetivo de evaluar la actividad realizada hasta esta fecha.

1. Se presentó el perfil de proyecto a la dirección de Hosp. San Bartolomé de Santiago del Sur. Su aprobación el día 11 de mayo de 2012.
2. Posteriormente la dirección nos dio a través de acuerdo de función al equipo que desarrollará el proyecto el cual se tendrá que renovar cada año; con el objetivo de permitir que otros colaboradores dentro del proyecto puedan incorporarse para apoyar las actividades dado un caso que un miembro del equipo por razones particulares tenga que retirarse.
3. Con la aprobación del perfil del proyecto se presentó la propuesta del (proyecto) del programa de capacitación que se ha llevado a cabo durante el 1º trimestre y que continúa en el 2º trimestre del año.
4. Dra. Subos expresa que se ha desarrollado los capacitados al 40% de reuniones programadas al 10% restante se programará en el futuro.
5. Dra. Galiazo coordinadora de equipo expresa que se está desarrollando con muy buena expectativa se continúa al equipo la continúa trabajando el protocolo para lo cual se programó reunión extraordinaria por motivo de dicho trámite es más que apoyar finaliza reunión.

Anexo N° 14



HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL
PROYECTO DE GASTROQUISIS

AUDITORIA N°: 4	
FECHA: 13/8/2014	HORA: 9am
LUGAR: Dpto de Gine. Obst.	
ASISTENTES: - Dr. Mario Marquez - Dr. Paul Molina - Dra. Galdino - Dra. Milaya Pagan - Dra de Nolasco	
FUENTE DE INFORMACION: Expediente Clínico.	N° DE EXPEDIENTE: 919855
CRITERIOS DE EVALUACION	SI No
Paciente con exámenes normales No hay exámenes de Valores normales	X
Recién nacido recibió Maduración pulmonar	X
Personal técnico presente	X
Complicaciones durante la cesárea si es afirmativa Explique: No se presentaron complicaciones.	X
Complicaciones durante el transporte del recién nacido si es afirmativo explique: Dejo solo su cuenta con Leona disponible	X
Complicaciones durante el ingreso de recién nacido si es afirmativo explique: Se aplican estándares de calidad	X
Evaluación de estándares de calidad	X
Estándar 15 Atención Médica Pediatría Neonatología	X
Estándar 20 Aplicación de protocolo de Atención	X
Estándar 22 Aplicación de NIDLE para VIH	X
Estándar 26 Criterios evaluados por Med Staff	X
Estándar 28 No se cumplió, se hizo recién el equipo quirúrgico	X

[Handwritten signature]



Anexo N° 15

HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS", SAN MIGUEL
UNIDAD DE DESARROLLO PROFESIONAL
LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA: Admisión Hospital Nacional San Juan de Dios de SM.
LUGAR: 19 abril 2012

N°	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	CARGO	M	F	Numero de NIT	email	Telefono	Firma
1	Osorio Romero Juana	Medico	✓		10200001017	op.rosario@hosp-nacional.com	577770210	<i>[Signature]</i>
2	Alvarez Yaguelik Rubi	Enfermera	✓		1101-000000000	rubialvarez@hosp-nacional.com	72883944	<i>[Signature]</i>
3	Pérez Ramírez Beccu	Enfermera	✓		10400000000	beccu@hosp-nacional.com	41001014	<i>[Signature]</i>
4	Carlos Pablos Magaña	Supervisor	✓		10400000000	magana@hosp-nacional.com	75022445	<i>[Signature]</i>
5	Molina María Alejandra	Medico	✓		1217-100000000	alejandra.molina@hosp-nacional.com	6126667	<i>[Signature]</i>
6	Ruiz M. Duran	Medico	✓		1217-100000000	duranduran@hosp-nacional.com	30520451	<i>[Signature]</i>
7	Alvarez Pagan Mila	Medico	✓		1217-100000000	alvarezpagan@hosp-nacional.com	30520451	<i>[Signature]</i>
8	Alvarez Pagan Mila	Medico	✓		1312-012640	alvarezpagan@hosp-nacional.com	30520451	<i>[Signature]</i>
9	Alvarez Pagan Mila	Medico	✓		10400000000	alvarezpagan@hosp-nacional.com	30520451	<i>[Signature]</i>
10	Alvarez Pagan Mila	Medico	✓		10400000000	alvarezpagan@hosp-nacional.com	30520451	<i>[Signature]</i>
11	Alvarez Pagan Mila	Medico	✓		10400000000	alvarezpagan@hosp-nacional.com	30520451	<i>[Signature]</i>
12	Alvarez Pagan Mila	Medico	✓		10400000000	alvarezpagan@hosp-nacional.com	30520451	<i>[Signature]</i>
13	Alvarez Pagan Mila	Medico	✓		10400000000	alvarezpagan@hosp-nacional.com	30520451	<i>[Signature]</i>



Anexo N° 16



Divulgación de resultados del Proyecto de Gastrosquisis a personal de salud multidisciplinario, 2018

Anexo N° 17



Socialización de resultados del Proyecto con médicos residentes y médicos staff, 2014

Anexo N° 18



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL
PROYECTO DE GASTROSQUISIS



PARA: Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
Directora Hospital Nacional "San Juan de Dios de San Miguel"

DE: Dra. Nancy Maryorie Galeano Alvarenga
Coordinadora Equipo de Proyecto de GASTROSQUISIS



ASUNTO: Informe de Sistematización de Experiencias Proyecto de GASTROSQUISIS

FECHA: 25 de julio de 2018

Reciba un cordial saludo y éxitos en el desempeño de sus funciones.

En seguimiento con las actividades del Proyecto de GASTROSQUISIS y la importancia de identificar las oportunidades de mejora en cada proceso desarrollado se da a conocer el informe de la Sistematización de experiencias del Proyecto.

Se anexa copia de Informe de Sistematización.

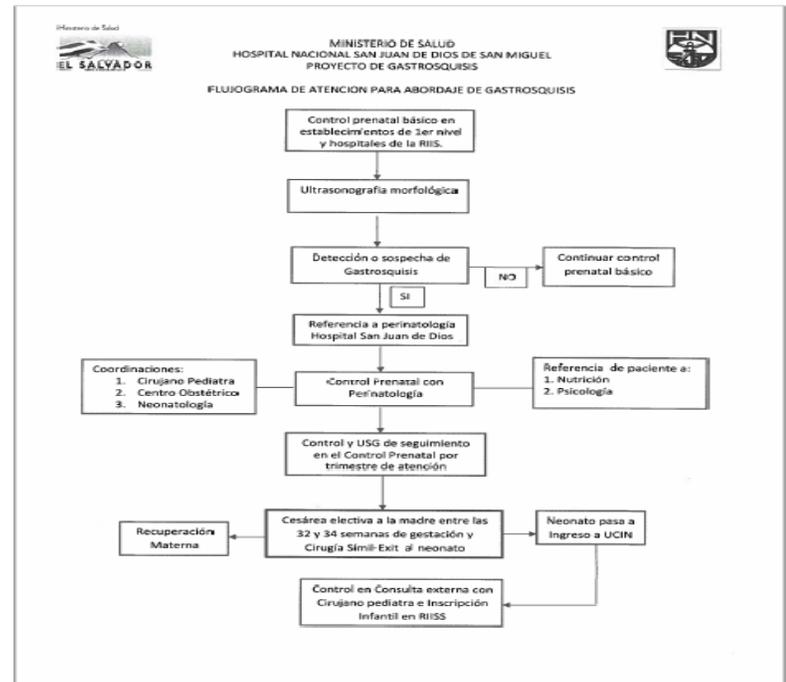
*OK.
Hacer del caso el mérito
a personal bajo su
carga a su voluntad
& Infancia
25/07/18*

CC: archivo
HOSPITAL NACIONAL
"SAN JUAN DE DIOS"
SAN MIGUEL
DIRECCION
Hora: 9:00 am
Fecha: 25/7/18
Recibido: HC

Anexo N° 19

Anexo N° 20

Fotos de paciente
Paciente pediátrico que fue intervenido con la técnica SIMIL-EXIT





Paciente de 11 meses de edad que fue corregida por la técnica SIMIL-EXIT