



Ministerio de Salud
Viceministerio de Servicios de Salud
Dirección Nacional de Calidad en Salud



Unidad de Aseguramiento y Gestión de la Información Estratégica de la Calidad

HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO

Reconocimiento Interno a las Mejores Prácticas
de Mejora Continua de la Calidad de la Red Integral e Integrada de Salud (RIISS)

“Identificación Oportuna de signos y síntomas de Hemorragia post parto para disminuir la Morbimortalidad Materna en el Hospital Nacional de Ilobasco 2015 - 2016”

V.B. Dra. Xiomara Hildebrandia Argueta Bermúdez

Diretora Hospital Nacional de Ilobasco

Responsables: Equipo Gestor de Calidad Hospital Nacional de Ilobasco

Octubre 2017

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna en el mundo es de 400 por cien mil nacidos vivos, lo que es aproximadamente 529,000 muertes por año. En el mundo una mujer muere cada 3 minutos por hemorragia obstétrica, trayendo consigo consecuencias psico-sociales en el seno de las familias afectadas.

La hemorragia obstétrica fue en 2015 la primera causa de muerte materna en nuestro país (23%) , en el año 2016 paso a ser la segunda causa de muerte materna (18%) , siendo superada por los trastornos hipertensión en el embarazo como primera causa de muerte (31%). En la actualidad 2017 de enero a octubre representa también la segunda causa de muerte materna.

Está claro y reconocido que la calidad de la atención en el manejo de esta situación es fundamental para evitar y disminuir la morbimortalidad materna. La alta mortalidad asociada a hemorragia está relacionada con el retraso en el reconocimiento de la hipovolemia y en el reemplazo adecuado del volumen perdido.

En el Hospital Nacional de Ilobasco se han presentado casos de hemorragia en el parto, en el post parto inmediato en las primeras 2 horas post parto y en el post parto tardío; visualizando la mayor incidencia en el puerperio temprano. Los datos fueron recopilados durante los eventos y están registrados en el formulario de signos vitales, notas de evolución de atención de los eventos, el análisis de los casos y se ha observado que la inadecuada interpretación de signos vitales y el reconocimiento tardío de la hemorragia post parto incrementa la Morbi-mortalidad materna.

De esta manera el presente proyecto pretende que el personal que brinda la atención directa, fortalezca la interpretación oportuna de estas señales de alarma en el parto y puerperio.

ANTECEDENTES

En el Hospital Nacional de Ilobasco se auditan todos aquellos casos Maternos que cursan con morbilidades extremas, esta actividad está a cargo del Comité Vigilancia de Morbimortalidad Materno Perinatal, con el objetivo de encontrar brechas que llevan a incrementar el riesgo de muerte materna.

En el análisis de los casos de Hemorragia post parto se han evaluado la calidad de atención en las primeras dos horas post parto, considerando lo valioso del monitoreo post parto. En la Hemorragia post parto que ha sido necesaria una atención más compleja como tratamiento quirúrgico (Técnica de B-Lynch o llegar a Histerectomía) se han encontrado fallas en el monitoreo de los signos vitales en las primeras dos horas. De esta forma el Comité de Vigilancia de Morbimortalidad Materno Perinatal en conjunto con Comité de Calidad ha reforzado la Atención de Hemorragias Obstétricas con la Estrategia de Código Rojo, simulacros de Hemorragia post parto, para mantener capacitado y sensibilizado al personal.

JUSTIFICACION

En el año 2015 en el Hospital Nacional de Ilobasco, se atendieron un total de 1223 Partos, de estos según vía de evacuación fueron: Vía Vaginal un total de 871 nacimientos y Vía Abdominal (Parto por Cesárea) un total de 352 nacimientos; la población atendida en la Sala Obstétrica recibió un manejo de atención de parto que se adhiere a estándares de calidad basados en evidencias, Normativas; hasta la evacuación del producto y la administración efectiva del MATEP. Se presentaron un total de 27 hemorragias post parto, representando un 2.5%.

Para el año 2016, se atendió un total de 1077 de los cuales fueron: Vía Vaginal un total 785, Vía Abdominal 292; presentándose 20 hemorragias post parto y un caso de muerte materna por Hemorragia post parto que no resolvió con tratamiento quirúrgico, estos 24 casos representan el 2.2 % en relación al total de partos.

En 2017 de enero a octubre se han presentado 18 hemorragias post parto a quienes se les ha aplicado los protocolos de atención, resolviendo con tratamiento médico y otras con tratamiento quirúrgico. Para un total de partos de 829 de los cuales 554 son vaginales y 275 son partos vía abdominal, representando las 18 hemorragias el 2.1% del total de los casos.

El mejoramiento de la calidad comprende actividades sistemáticas, orientadas a introducir mejoras sustanciales y ágiles a los procesos de atención en salud y las cuales generalmente son implementadas por proveedores de salud y gerentes a nivel local.

Las hemorragias post parto han sido detectadas durante la atención del parto y en el puerperio , en el Área de recuperación y en servicio de Obstetricia; al presentarse la demora en el reconocimiento e interpretación de los signos y síntomas de alarma descritos, esto conlleva al incremento de la Morbi-mortalidad; y por lo que se vuelve urgente y necesario la ejecución de otras estrategias de atención, como es la activación de Código Rojo (la cual establece, parámetros de abordaje para el manejo de la Hemorragia dentro de la hora de Oro) y Aplicación de Guías Clínicas de Atención de Segundo Nivel de Gineco- Obstétrica entre otros.

Estas debilidades en la atención, señalan que se debe estar mejor capacitado para identificar, interpretar y sostener cambios efectivos para el abordaje del manejo inmediato que mejora la calidad de vida de la usuaria , disminuyendo las complicaciones en la recuperación de las primeras horas del puerperio y por ende, las intervenciones en la identificación oportuna de la Hemorragia Post Parto para disminuir la Morbi-mortalidad materna.

Enfocando todas las actividades esenciales del personal de salud, trabajando a través de los diferentes momentos en la atención del Parto y Post – parto, fortaleciendo todas las acciones necesarias para la prestación de alta calidad y la obtención de resultados óptimos.

Glosario

- **ACRETISMO PLACENTARIO:** Es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anormalidad de la caduca verdadera con penetración de las vellosidades coriales al miometrio
- **ATONÍA UTERINA:** Atonía e hipotonía uterina: pérdida o disminución de la tonicidad del útero luego del periodo expulsivo del parto, que origina hemorragia.
- **CÓDIGO ROJO:** Lineamientos Técnicos que indican como dar respuesta rápidos y segura a pacientes que presentan Hemorragias post parto.
- **CHOQUE HIPOVOLÉMICO:** Incapacidad del aparato circulatorio para mantener el riego sanguíneo a los órganos vitales
- **HEMORRAGIA POST PARTO:** sangrado vaginal mayor de 500 ml después del parto vaginal o mayor de 1,000 ml post-cesárea o disminución del 10% en el hematocrito de ingreso.
- **HEMORRAGIA POST-PARTO TEMPRANO:** pérdida sanguínea mayor de 500 ml durante las primeras 24 horas post-parto, o la presencia de signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica o necesidad de transfusión sanguínea.
- **HEMORRAGIA POST-PARTA TARDÍA:** es el sangrado que se presenta después de las 24 horas post-parto, hasta las seis semanas después del parto.
- **HEMORRAGIAS UTERINAS:** Causas de sangrado propias del útero.
- **HEMORRAGIAS NO UTERINAS:** causas de sangrado externas al útero.
- **HISTERECTOMÍA:** Operación quirúrgica que consiste en extirpar el útero total o parcialmente.
- **HEMODERIVADOS:** es todo aquel tejido que se deriva o separa a partir de la sangre.
- **TRIAGE:** ordenar la atención clínica de emergencias que se proporciona a los pacientes, de acuerdo a los niveles de atención de la red de servicios del MINSAL, de forma coherente con los niveles de gravedad de cada caso en particular. Priorización de atención según gravedad.
- **TÉCNICA DE B-LYNCH:** compresión uterina para la hemorragia posparto

masiva por atonía uterina. Es una técnica quirúrgica sencilla y fácil de realizar.

- **LINEAMIENTOS TÉCNICOS:** Pautas y directrices que se deben cumplir de obligatoriedad en relación a la realización de un proceso o actividad; contempla la información necesaria para orientar al equipo de salud.
- **HORA DE ORO:** La recuperación eficiente de choque hipovolémico en la paciente en los primeros 20 minutos y su estabilización en los primeros 60 minutos.
- **MATEP:** Criterios de aplicación inmediatamente después del parto para evitar la hemorragia postparto: Aplicación de oxitócina intramuscular, tracción de cordón umbilical, contra tracción de útero y masaje uterino.
- **OXITÓCINA:** Hormona secretada por la hipófisis que tiene la propiedad de provocar contracciones uterinas y estimular la subida de la leche; también se prepara farmacológicamente para ser administrada por inyección intramuscular o intravenosa con el fin de inducir el parto, aumentar la fuerza de las contracciones en el parto, controlar la hemorragia posparto y estimular la subida de la leche.
- **RETENCIÓN DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS:** alumbramiento incompleto de la placenta que provoca sangrado uterino persistente o hemorragia postparto tardío. en la inspección de la placenta se evidencia ausencia de una o más porciones de la superficie materna.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Contribuir a la disminución de las complicaciones maternas a través de la vigilancia oportuna de los signos y síntomas en el post parto en el Hospital Nacional de Ilobasco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar de forma oportuna síntomas y signos de Hemorragia post parto en las primeras dos horas.
- Fortalecer el proceso de atención en las dos primeras horas post parto.
- Aplicar lineamientos técnicos jurídicos de atención de parto y post parto.
(Código Rojo)
- Contribuir a la disminución de la morbilidad materna mediante la identificación y tratamiento precoz de la hemorragia post parto.

METODOLOGÍA

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En reunión de trabajo del Comité de Calidad con personal multidisciplinario representantes de los diferentes Comités: Comité Materno infantil, Comité de Gestión, Epidemiología, y jefes de área involucrada como Enfermera jefes de consulta externa, emergencia, sala de operaciones y hospitalización de la institución, se realizó la definición de los problemas con la lluvia de ideas, identificándose 16 problemas de las diferentes áreas hospitalarias, de los cuales a través de votación se priorizaron 5 de mayor puntaje se les aplicó el método de Hanlon. Ver **(Anexo 1 Tabla 1)**

Problemas identificados según Votación.

(Ver Anexo 2.1 y 2.2 tablas priorizadas)

Tomando en cuenta que en el análisis se identificó que la población afectadas son todas las pacientes embarazadas que se presentan a Centro obstétrico del Hospital Nacional de Ilobasco para ser atendido su parto ya sea vía vaginal o cesáreas y que la frecuencia de ocurrencia de hemorragia post parto es de 2.5% de todos los partos atendidos para el año de referencia de 2015, como línea basal con un total de 27 hemorragias post parto de un total de 1223 partos anuales.

PRIORIZACIÓN DEL PROBLEMA

El Equipo Gestor revisó y analizó que de los 5 problemas con mayor puntaje se trabajará aplicando el método de Hanlon. **(Anexo 3)**

Los problemas que se identificaron en el Hospital Nacional de Ilobasco, una vez realizado la lluvia de ideas y haber identificado 5 problemas en general se priorizaron utilizando el método de Hanlon, obteniendo el mayor puntaje de todos los problemas las hemorragias post parto ,(Déficit en vigilancia y la identificación de signos y síntomas la de Hemorragia post parto), apoyándonos en el método de priorización de Hanlon se sustenta que: tomando en cuenta que evalúa la **MAGNITUD** con una población de 1,223 parto en el año 2015 para una categorización en puntuación de 6, la **SEVERIDAD** de acuerdo al impacto que ocasionan las hemorragias post parto, sus complicaciones si no responde a tratamiento médico lo continúan con tratamiento quirúrgico que es la realización de histerectomía y si esta hemorragia no revierte ocasionan la muerte ,la **EFFECTIVIDAD** analizando la capacidad de intervenir para mejorar la situación encontrada se le dio la ponderación 0.5 debido a que si se trabaja sobre las fallas detectadas se puede solucionar el problema, en relación a la **FACTIBILIDAD** del problema se cuentan con los documentos técnicos jurídicos que apoyan el proceso de atención en la paciente durante el parto y post parto así, como el personal médico y de enfermería que se puede redistribuir sus funciones para darle un mejor seguimiento, no se necesitan mayores inversiones económicas al momento y por ser pertinente , favorece a la población que se atiende y por ende aceptada como una intervención favorable y legalizada en la institución, por ello le dimos la ponderación de 1 en los criterios de factibilidad (**pertinencia, economía, recursos, legalidad y aceptabilidad**) lo antes descrito nos fortaleció para hacer un diagnóstico de la situación existente del Área.

La identificación tardía de la Hemorragia Post Parto incrementa la Morbi-mortalidad materna, definido de los 28 estándares de Calidad emitidos por el Ministerio de Salud (MINSAL) y se elige como oportunidad de mejora la intervención en el Estándar de Calidad No.9 que se enuncia como: **Toda mujer en post parto inmediato es controlada en las primeras dos horas**, según los seis criterios establecidos (Ver **anexo 4**)

CAUSAS ESPECÍFICAS DE HEMORRAGIA POST PARTO SEGÚN EVALUACIÓN HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO

Las causas encontradas en los casos relacionados a hemorragias post parto en el Hospital Nacional de Ilobasco, son similares a lo que la literatura de las Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia 2 ° Nivel de Atención, Ministerio de Salud de El Salvador, febrero 2012. Menciona como causas de hemorragias uterinas en un 90% y las no uterinas en un 10%. **(Anexo 5)**

HEMORRAGIAS POST PARTO Y SUS CAUSAS IDENTIFICADAS EN HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO 2015- 2017

Total de Partos y Total de hemorragias post parto en partos vaginales y cesáreas.

PARTOS	TOTAL DE PARTOS	VAGINAL	CESÁREA	HEMORRAGIAS PARTOS VAGINALES	HEMORRAGIAS PARTOS ABDOMINALES	TOTAL DE HEMORRAGIAS
2015	1223	871	352	15	12	27
2016	1077	785	292	22	2	20
2017 ENERO A OCTUBRE	829	554	275	10	8	15

Fuente: SIMMOW, libro de Partos, expedientes clínicos.

HEMORRAGIAS POST PARTO SEGÚN CAUSAS

HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO

PARTOS	PARTOS TOTALES	ATONÍA UTERINA	RETENCIÓN RESTOS	TRAUMAS	TRATAMIENTO MEDICO	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO HISTERECTOMÍA	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO B-LYNCH
2015	1223	18	8	1	23	3	1
2016	1077	19	1	0	18	1	1
2017	829	11	1	3	11	2	2

Fuente: SIMMOW, libro de Partos, expedientes clínicos

De los casos presentados en el 2016, se excluyen 4 casos de Acretismo placentario y para el 2017 3 casos con el mismo diagnóstico, cuyo tratamiento indicado en esta patología es quirúrgico.

De estos casos revisados en 2015 y evaluados los del 2016 se observa que las mayores complicaciones se presentaron en partos vaginales y ocurrió en el transparto. En el año 2017 de enero a octubre se han presentado 18 hemorragias post parto a predominio de partos vaginales y se observa que se incrementó las causas por traumas lo que nos lleva a reflexionar que si se quiere disminuir las hemorragias post parto se debe incidir en la identificación de los factores de riesgos de las pacientes en conjunto con las intervenciones que realizan en el trabajo de parto como son la inducción, conducción y la atención propia del parto.

Una vez identificada el problema de la hemorragia post parto, como una de las causas que aumentan la morbilidad materna se buscó la causa y efecto apoyándonos en la herramienta de diagrama de Ishikawa (Causa Efecto) para lograr intervenir en la problemática. **(Anexo 6)**

La identificación del problema que ya se había comenzado a evaluar desde el año 2015 realizando acciones que iban encaminadas al monitoreo continuo de las hemorragias post parto y durante el primer trimestre del 2016 se mencionaba ya como una necesidad la implementación de una estrategia que nos ayudara a disminuir las complicaciones que conlleva a una hemorragia post parto, se procedió a elaborar un plan de trabajo, evaluar todas las herramientas necesarias para su seguimiento, monitoreo y evaluación permanente. En el mes de marzo del mismo año se conforma el equipo Gestor de trabajo de Proyecto de Calidad y es en el mes de mayo que a través de convocatoria oficial a través de la Dirección se presenta el Problema que se desarrollará como un Proyecto de mejora.

Se elabora un plan de trabajo se da a conocer y con el apoyo de la Dirección y las jefaturas involucradas se ejecuta a partir del mes de junio 2016 con su seguimiento hasta la fecha.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

“IDENTIFICACIÓN INOPORTUNA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA EN PARTOS, EN LAS PRIMERAS HORAS POST PARTO EN ÁREA DE RECUPERACIÓN Y SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO “

En el enunciado del problema se establece que de los 1,223 partos atendidos en 2015, se presentaron 27 hemorragias post parto siendo manejadas las complicaciones, lo que en un momento presentó un riesgo obstétrico para la paciente y se elevan las morbilidades maternas, por lo que se pretende con su seguimiento y evaluación oportuna disminuirlas.

De los 27 casos identificados en el 2015, 3 terminaron en tratamiento quirúrgico los cuales para el 2016 y 2017 han disminuido. En relación al punto de partida de 2015 de casos de hemorragias post parto se tiene un 2.2 %, en 2016 se obtuvo 1.85% y en 2017 a la fecha evaluado 1.80%. Siendo la brecha la disminución del **0.3%** anual.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Se realizó a través de la técnica de grupo de lluvia de Ideas, la cual identifico la problemática existente, en este caso la demora en identificación de signos y síntomas de la Hemorragia Obstétrica en partos y en las primeras horas post parto. Se realizó con la participación de un equipo multidisciplinario involucrado en el problema, cada asistente apporto una serie de ideas según su especialidad, lo que permitió identificar las causas relacionadas a la problemática de la paciente con hemorragia post parto. **(Anexo 7).**

Se identificó que las causas son multifactoriales, que involucra a diferentes áreas hospitalarias que juegan un rol muy importante en el momento de atender una emergencia obstétrica y que son indispensables la aplicación de todos los conocimientos técnicos, así como el contar con todos los insumos necesarios en una forma ordenada y al alcance del equipo de trabajo, mantener una cantidad mínima de hemoderivados disponibles para reponer las perdidas sanguíneas en forma inmediata; también contar con un área adecuada para la atención de la emergencia. Uniendo esfuerzos se logra salir adelante con las emergencias; por lo que se trabajara en las causas ya antes mencionadas en listado adjunto (anexo 7), continuando con las estrategias de monitoreo, capacitación, gestión de personal, insumos médicos, equipos y mejorando la actitud propia del personal al involucrarse en el proceso. Fortaleciéndose la atención con los recursos que se cuenta y gestionando lo que sea factible de adquirir.

FORMULACIÓN DE METAS

CRONOGRAMA DE TRABAJO					
RESPONSABLES: EQUIPO GESTOR DE CALIDAD: Coordinadora: Dra. Luz Margarita Fernández, Jefe de la Unidad Organizativa de Calidad, Dra. Ana Patricia Granados Jefe del Servicio de Obstetricia, Licda. Dorila Ayala Jefe del Área de Enfermería, Licda. Ruth Alfaro de Ayala, Jefe del Área de Anestesiología.					
PERIODO DE EJECUCIÓN: enero 2015 a diciembre 2016					
LUGAR DE EJECUCIÓN: Hospital Nacional de Ilobasco					
NOMBRE DEL PROYECTO: “Identificación Oportuna de signos y síntomas de Hemorragia post parto para disminuir la Morbimortalidad Materna en el Hospital Nacional de Ilobasco 2015 - 2016”					
ACTIVIDAD A DESARROLLAR	Calendario 2015 a 2016 según cronograma con fechas adjuntas.				
	Meta: Disminuir en un 0,3% las complicaciones de las hemorragias post parto atendidas de 2.2% basal 2015.	Fuentes de verificación: Fuentes Primarias de Listas de asistencia, Libros de actas de Comités que conforman Comité de Calidad, expedientes clínicos evaluados, instrumentos utilizados para el análisis de datos.			
	RESPONSABLE	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE
IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA OBSERVACIÓN Y PLANEACIÓN	Equipo multidisciplinario	Marzo			
PRIORIZACIÓN DE PROBLEMA ANÁLISIS DE CAUSA Y EFECTOS	Equipo multidisciplinario	Marzo	abril		
ELABORACIÓN DE PROYECTO	Equipo de calidad		Mayo-junio		
PROGRAMACIÓN DE CAPACITACIONES Y SIMULACROS	Equipo de calidad		junio	Julio-sep.	Oct. dic.
MONITOREO DEL USO DE INSTRUMENTOS PARA REGISTRO DE INFORMACIÓN	Equipo de calidad		Abril-mayo	Julio-sep	Oct. dic.
EVALUACIÓN Y MONITOREO DE APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE PROYECTO	Equipo de calidad		x	x	x
PROGRAMACIÓN DE CAPACITACIONES Y SIMULACROS PARA 2016	Equipo de calidad				x
EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE MEJORA EN LA ATENCIÓN DE MUJERES PUÉRPERAS QUE	Equipo de calidad			x	Octubre a diciembre 2015 Enero a

DISEÑO DEL PLAN DE MEJORA

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:	CAUSAS:
<p>Deficiencia en la interpretación de signos y síntomas de hemorragia posparto lo que incrementa las complicaciones de morbi mortalidad materna en el Hospital Nacional de Ilobasco en el periodo de 2015 y 2016.</p>	<ol style="list-style-type: none">1- Falla en la interpretación de los signos y síntomas de hemorragia posparto.2- Deficiente capacitación del personal médico y paramédico3- evaluación incompleta de los parámetros de vigilancia en las primeras dos horas post parto.4- Pocos recursos asignados en áreas de centro obstétrico.5- -Multiplicidad de funciones, no organización de equipos de trabajo del recurso asignado a la vigilancia de las dos horas post parto.6- Infraestructura no apta para la atención de la puérpera.7- Desabastecimiento de hemoderivados en la institución.

<p>OBJETIVO DEL MEJORAMIENTO:</p> <p>Mejorar la calidad de atención a la mujer en el parto y las primeras horas post parto en el área de partos, recuperación y servicio de obstetricia del Hospital Nacional de Ilobasco.</p>	<p>METAS:</p> <p>Detectar oportunamente los signos y síntomas de las hemorragias en las primeras horas post parto para evitar las complicaciones extremas en las puérperas en un 0.3% en relación a los casos presentados en línea basal 2015 que fue de 27 casos con un 2.2%.</p>
<p>CAMBIOS PROPUESTOS:</p>	<p>ACTIVIDADES A DESARROLLAR SEGÚN FECHAS DE CRONOGRAMA ADJUNTO</p>
<p>1- Contar con personal capacitado en la atención oportuna de toda paciente puérpera.</p> <p>2- Contar con equipos de trabajo capacitados y organizados para la atención en la Estrategia Código Rojo. Para formar grupos de trabajo en turnos diurnos y nocturnos.</p> <p>3- Que todo el personal conozca y aplique los criterios del Estándar de Calidad N°9, emitidos por Ministerio de Salud (ver anexo 4)</p>	<p>Indicador:</p> <p>Contar con un Número Capacitado de recursos en la atención oportuna de paciente en parto, post parto / total de personal programado a capacitación.</p> <p>FUENTE DE VERIFICACIÓN: Listado de asistencia. Se elaboró Plan de capacitación para el personal involucrado en la atención.</p> <p>Número de simulacros realizados y evaluados del personal capacitado en la estrategia de Código Rojo/ Personal programado a capacitación código Rojo.</p> <p>FUENTE DE VERIFICACIÓN: Listado de asistencia.</p> <p>Cumplimiento de los 6 criterios del Estándar de calidad N° 9 documentado en Hoja de signos vitales elaborada.</p> <p>FUENTE DE VERIFICACIÓN: Expedientes clínicos.</p> <p>Evaluación mensual de estándar N° 9</p>

<p>4- Contar con una mesa equipada para atención de Código Rojo en el momento oportuna y disponible al alcance de todo el equipo multidisciplinario involucrado en la atención de la emergencia.</p> <p>5- Contar con Hemoderivados con una cantidad mínima de 8 unidades de sangre de diferentes tipos para la atención inmediata en la reposición de pérdidas sanguíneas en las usuarias que presentan hemorragia post parto. Gestionar con Hospitales de la Red nacional el abastecimiento de diversos tipos sanguíneos así como el mantenimiento mínimo de una unidad de sangre Rh Negativo.</p> <p>5- Toma de muestra de sangre a toda paciente que ingrese con embarazo de término. para ser procesada en caso de emergencia obstétrica, por un periodo de</p>	<p>Calidad. (Ver anexos)</p> <p>Mesa equipada con insumos médicos y medicamentos críticos utilizados para la atención de Hemorragias Post Parto en forma permanente en área de atención de parto descrita en la estrategia Código Rojo.</p> <p>FUENTE DE VERIFICACIÓN: libros control de recibo de inventario a diario en área de partos por personal de enfermería.</p> <p>Mantener abastecimiento de 8 unidades de Hemoderivados. (Unidades de sangre) a diario en Laboratorio de Hospital como sangre segura disponible de los tipos más frecuentes utilizados. (A Rh (+), B Rh (+), O Rh (+), y una Unidad de Sangre Negativa.</p> <p>FUENTE DE VERIFICACIÓN: Sangre disponible en Laboratorio clínico las 24 horas del día.</p> <p>Lista de abastecimiento en áreas de emergencia, hospitalización y sala de Atención de Partos. (Ver anexo 11 hojas de abastecimiento de componentes sanguíneos.)</p> <p>Contar con muestra de sangre en Laboratorio para Prueba cruzada de toda paciente que ingrese con embarazo de término y en trabajo de parto.</p>
--	--

<p>conservación de 24 horas.</p> <p>6- Gestión con Microred y entidades externas para apoyo de ambulancia cuando la del hospital no este disponible.</p>	<p>Ambulancia disponible para traslado de pacientes en el momento de emergencia cuando no se encuentre la de Hospital.</p>
<p>Responsables: Personal Médico y Paramédico involucrado en el proceso de atención de paciente púérpera en el período de junio 2015 a diciembre 2016. Según cronograma y luego en forma permanente.</p>	

EJECUCIÓN DE PLAN DE MEJORA

OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACTIVIDAD	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN	FECHAS DE REALIZACIÓN	RESPONSABLES
-----------------------	-----------	-----------	-----------------------	-----------------------	--------------

<p>Capacitación de personal en la atención oportuna de toda paciente puérpera</p>	<p>Desarrollo de capacitaciones a personal sobre Atención de pacientes puérperas.</p>	<p>Personal capacitado</p>	<p>Listas de asistencias</p>	<p>junio 2015- diciembre 2016 (5 -2-15) (11 -2-15) (13-2-15) (17-2-15) (25-2-15) (26 -3-15) (27-3-15)(21-4-15) (27.4.15)(8-6-15) (30- 6-15 (27-7-15) (4-9-15) (27-11-15) (29-2-16) (20 -3-16) (29 -3-16)(21-6-16) (23-6-16)(17-10-16) (24-11-16) (11-1-17) (25-1-17) (15-2-17) (28-2-17) (27-7-17) (22-9-17)</p>	<p>Equipo de Calidad – Comité materno Perinatal.</p>
---	---	----------------------------	------------------------------	--	--

personal médico y paramédico capacitado y aplicando estrategia de Código Rojo y simulacros	Taller de Capacitación a personal sobre Código Rojo	Personal capacitado en Código Rojo/Personal Programado	Lista de asistencia Libro de actas	Junio- Dic 2015 18.febrero 2015 (20-3-15) (27-3-15) (4-9- 15) (8-6-15) (30-6 -15) (26 -1-16) (28 -1-16)(16 -3- 16) (18-3 16) (18 -5 16) (17-10-16) (14-217) (28-2-17) (27-3-17) (7-3-17) (22-3-17) (17-5-17) (12-6-17) (4-9-2017) (22-917)	Jefe Médico ginecólogo y enfermera Jefe de Centro Obstétrico
Equipos de trabajo organizados para la atención en la Estrategia Código Rojo.	Organización de equipos de trabajo en la atención de Código Rojo	Grupos de Trabajo de acuerdo a rol y turnos.	Equipos de trabajo organizados que participan en Código Rojo y programación de turnos. Lista de capacitaciones en RRHH	Fecha en la que recibieron indicaciones de asistente 1, 2,3 según rol a desempeñar en el equipo. (20-3-15) (30 -6-16) (28-2-17) (22-9-17) (23-9-17)	Equipo de Calidad. Jefe Médico ginecólogo y enfermera Jefe de Centro Obstétrico
Que el personal conozca y aplique los criterios del estándar N°9 de estándar de calidad.	Programación de Capacitaciones sobre estándares de calidad maternos con énfasis estándar N°9.	Personal capacitado en estándares de calidad /Personal Programado	Listas de asistencias	Junio –dic 2015	Equipo de Calidad. Jefe Médico ginecólogo y enfermera Jefe de Centro Obstétrico
Contar con mesa equipada para atención de Código Rojo	Contar con insumos médicos y medicamentos críticos mínimos necesarios para la atención de pacientes puérperas de código rojo en mesa establecida.	Mesa equipada para la atención de pacientes críticas.	Mesa con equipo e insumos actualizados con lista de existencias. Libro de recibo de inventario diario en sala de Partos.	Enero- Marzo 2016 Enero a Diciembre 2016 Enero a diciembre 2017	Jefe enfermera de Sala

Hemoderivados con una cantidad mínima de 8 unidades necesaria para utilización en Casos de Hemorragia Post Parto.	Gestionar la captación de donantes de sangre por cirujanos generales y obstetras, medicina interna, con el apoyo de trabajo social.	Captación de donantes.	Lista de donantes tramitados.	Octubre 2015	
	Coordinación con Hospitales de la Red Nacional para abastecimiento permanente de sangre	Documentación de coordinación con otras instituciones del MINSAL que procesan donantes enviados por cita (Hospital San Vicente)	Mantenimiento de Abastecimiento de Hemoderivados.	Enero- diciembre 2016 Permanente 2017	Jefe de laboratorio
		Coordinación con Hospital Nacional Rosales para abastecimiento de una cantidad mínima de mantenimiento de 8 unidades de hemoderivados	Mantener abastecimiento de 8 unidades de Hemoderivados. (Unidades de sangre) a diario en Laboratorio de Hospital como sangre segura disponible de los tipos más frecuentes utilizados: (A) Rh (+), B Rh (+), 0 Rh (+), y una Unidad de Sangre Negativa. Acuerdo en Reunión de Jefes de Laboratorio, Anestesia y	Mayo 2016 Desde Mayo 2016-2017 permanente	Jefe de laboratorio

			<p>Obstetricia en coordinación con Dirección de Hospital</p> <p>Lista de abastecimiento en áreas hospitalarias.</p> <p>Anexo 11</p> <p>Listado de fichas Donantes voluntario</p>	<p>2016-2017</p> <p>Junio 2016</p>	
<p>Muestras de sangre para Prueba cruzada de toda paciente que ingrese con embarazo de término para ser procesada en caso de emergencia obstétrica, por un periodo de conservación de 24 horas.</p>	<p>Toma de muestra en Laboratorio clínico previo a su ingreso en toda paciente con embarazo de término.</p>	<p>Muestras de sangre procesadas según casos de emergencias obstétricas que necesitaron transfusión sanguínea.</p>	<p>Muestras de sangre para prueba cruzadas conservadas en laboratorio clínico por periodo de 24 horas.</p>	<p>Enero- diciembre 2016 y en forma permanente .</p> <p>2017</p>	<p>Personal de enfermería y de Laboratorio clínico.</p>
<p>Contar con ambulancia para traslado de pacientes críticas a otro nivel de atención</p>	<p>Gestionar la disponibilidad de ambulancias de la Microred de Ilobasco, y entidades externas Cruz Verde, Cruz Roja en momento de emergencia</p>	<p>Disponibilidad de ambulancia las 24 horas del día, apoyo con ambulancia de 1° nivel y entidades externas.</p>	<p>Informes de entradas y salidas de traslados de ambulancias hospitalarias y ambulancias externas</p>	<p>Permanente</p> <p>2015</p> <p>2016</p> <p>2017</p>	<p>Dirección, Administración, Comité de gestión.</p> <p>Integrantes de Microred de Ilobasco.</p>

Con la atención oportuna de las hemorragias post parto se benefician la mujer que verifica parto vaginal o cesáreo disminuyéndoles las complicaciones y también disminuyen costos hospitalarios de días de estancia y gastos en insumos y medicamentos.

Evaluación de resultados y realimentación

RESULTADOS OBTENIDOS SEGÚN EVALUACIÓN REALIZADAS:

AÑO	PARTOS ATENDIDOS	VAGINALES ATENDIDOS	CESÁREAS ATENDIDOS	Nº HEMORRAGIAS PRESENTADAS	% RELACIÓN A PARTOS ANUALES	MUERTE MATERNA
2015 Enero- Dic	1223	871	352	27	2.2%	0/0
2016 Enero. Dic	1077	785	292	20	1.85%	1
2017 ENERO- OCTUBRE	829	554	275	15	1.80 %	0/0

HEMORRAGIAS POST PARTO PRESENTADAS EN HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO

Fuente: SIMMOW, libro de Partos, expedientes clínicos

PARTOS ATENDIDOS EN HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO

PARTOS	TOTAL DE PARTOS	VAGINAL	CESÁREA	HEMORRAGIAS PARTOS VAGINALES	HEMORRAGIAS PARTOS ABDOMINALES	TOTAL DE HEMORRAGIAS
2015	1223	871	352	15	12	27
2016	1077	785	292	22	2	20
2017 ENERO A OCTUBRE	829	554	275	10	8	15

Fuente: SIMMOW, libro de Partos, expedientes clínicos.

Durante el año de 2015 se atendieron 1223 partos de los cuales 871 fueron vaginales presentándose un número de casos de hemorragias post parto de 15 pacientes con morbilidades extremas y 352 partos abdominales con problemas de hemorragias post parto 12 donde las morbilidades extremas que llegaron a histerectomías fueron de 3 casos y un caso que resolvió con la técnica de B-Lynch (2 vaginales y 2 abdominales).

De los 1223 partos atendidos 27 pacientes presentaron hemorragias post parto para un 2.2 % anual, obtenido como dato de la línea basal.

Realizando análisis posteriores en la mayoría de casos verificando aplicación de Estrategia de Código Rojo y manejo de paciente de acuerdo a lineamientos de Atención de Mujer en post parto se realizó retroalimentación individualizada, lo cual está documentada en libro de Acta de área de obstetricia con personal involucrado, de igual manera el monitoreo del cumplimiento de los estándares de calidad relación con la atención en el post parto (estándar de Calidad N°9) durante el presente año 2015, con porcentaje bajo en su cumplimiento, retroalimentando dicho proceso. Por lo que se comenzó a realizar intervenciones para mejorar la atención oportuna en trabajo de parto, documentando todas las actividades.

Durante el año de 2016 se atendieron 1077 partos de los cuales 785 fueron vaginales y 292 vaginales, para un total de 20 hemorragias post parto, 18 resolvieron con tratamiento médico, 1 con tratamiento quirúrgico y 1 con la técnica de B-Lynch, una muerte materna que presento atonía uterina y no resolvió al tratamiento quirúrgico. Obteniendo un 1.85% en relación a el total de partos atendidos.

En el Periodo de enero a octubre de 2017, se atendieron un total de 829 partos, de los cuales 554 fueron vaginales y 275 vía abdominal, presentándose 15 hemorragias post parto a predominio de partos vaginales.

Representando un 1.80 %.

Evaluación Mensual de Estándar de Calidad N° 9, 2015

2015	Enero	Febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Porcentaje de mujeres puérperas que durante el post-parto inmediato fueron controlados en sus 2 horas según los criterios establecidos	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	91%	98%	61%	91%	93%

Toda Mujer en su post parto inmediato es controlada en las 2 primeras horas

En la evaluación de 2015 como línea basal se identificaron los diferentes problemas de la no estandarización en la aplicación de criterios de cumplimiento del estándar N°9, lo que afectaba en un momento determinado la atención integral de la paciente puérpera. Por lo que para los meses de octubre obtuvo con un 61% lo más bajo en el último trimestre y un 91% y 93% para los meses de noviembre y diciembre respectivamente, lo que nos indicaba que en un momento determinado una complicación obstétrica se podía presentar si no se realizaban intervenciones oportunas. Por lo que se abordaban en los análisis mensuales y se documentaban ciclos cortos de mejora, para monitoreo y si es necesario la reorientación de las estrategias.

Ver. Anexo 8.

Por lo que en 2017 se ha monitoreado su cumplimiento manteniéndose en un 100% de enero a octubre la medición del estándar de Calidad.

Monitoreando los casos específicos de las hemorragias post parto que en un momento determinado no se les ha documentado signos vitales y que han sido motivo de hemorragias post parto, quedando demostrado que se debe cumplir con todos procesos de atención de parto con el monitoreo continuo.

Evaluación de Cumplimiento de Estándar N°9 para el año 2016, Base de Calidad 2016

2016	Enero	Febrero	marzo	Abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Porcentaje de mujeres puérperas que durante el post-parto inmediato fueron controlados en sus 2 horas según los criterios establecidos.	93%	83%	82%	100%	100%	90%	98%	89%	100%	100%	100%	100%

Según análisis por resultados de enero a marzo 2016 se mantenía el estándar con altos y bajos en el cumplimiento de los criterios por lo que se continuaba con los ciclos cortos de mejora, evaluación del estándar N° 9, la verificación del cumplimiento de aplicación de la herramienta de Hoja de signos de atención pacientes puérperas. Se programó y realizaron capacitaciones sobre atenciones de pacientes con morbilidades de hemorragias obstétricas aplicando la Estrategia de Código y la programación de simulacros. En el mes de marzo ocurre muerte materna, por atonía uterina que no revierte a tratamiento quirúrgico. Debido a ello se fortaleció la priorización de la atención de toda paciente en su puerperio inmediato con el objetivo de la identificación oportuna de los signos de descompensación hemodinámica. Con lo que se decide la elaboración e implementación de proyecto de mejora al ser priorizado como uno de los problemas dentro de la institución con un impacto individual, familiar y social urgente de intervenir para evitar llegar a complicaciones mayores y

Ver anexo 9

SISTEMATIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE MEJORA

Durante el año 2016, se ha sistematizado la atención oportuna de las hemorragias post parto en el proceso de atención con la Aplicación de la estrategia de código Rojo y Cumplimiento de Lineamientos de la Atención en el post parto, lo cual se evalúa con hoja de cumplimiento de aplicación de procesos establecidos de signos post parto, evaluación de estándar de calidad N°9, con la hoja de evaluación de Código rojo, desarrollo de simulacros y capacitación sobre temas de hemorragias post parto.

Se ha realizado monitoreo de seguimiento de ciclos de mejora cada 3 meses (Anexo 8 y 9 ciclos de mejora 2015-2016)

Evaluación mensual de expedientes clínicos de partos atendidos en Centro obstétrico reflejados en el estándar N° 9 de Calidad, descritos anteriormente.

Evaluación mensual de cumplimiento de seguimiento de Hoja de signos Vitales en la atención de las 2 primeras horas post parto, elaborada en Hospital de Ilobasco. **Ver Anexo 10 Hoja de signos Vitales.**

Se ha realizado retroalimentación de aspectos según necesidades observadas. Dando seguimiento a las actividades programadas en el cronograma de desarrollo del proyecto con la participación del personal involucrado que se ha mantenido activo en el seguimiento del manejo de la estrategia de acción ante una hemorragia obstétrica, según los grupos de trabajo a diario de las áreas de atención y la evaluación posterior de cada caso con hoja de chequeo de Código Rojo. Se cuentan con la listas de asistencia, Libros de actas y evaluaciones, programa de capacitación y también están documentadas en Recursos Humanos. Se han realizado intervenciones de reorientación de la evaluación de casos presentados, interviniendo oportunamente como en los ciclos de mejora se refleja que la persistencia en el no control de signos vitales es un factor de riesgo agregado para las hemorragias post parto.

ESTANDARIZACIÓN DE EXPERIENCIAS EXITOSAS.

Como hospital se ha evaluado que contar con personal capacitado en la aplicación de los documentos Técnicos jurídicos (Estrategia Código Rojo y Guías de Atención de Segundo Nivel de Atención de Gineco obstetricia) es de gran apoyo para disminuir las complicaciones extremas en los casos de hemorragias post parto de igual manera el mantener un proceso de monitoreo y retroalimentación de dichos procesos.

El monitoreo y el análisis continuo permiten identificar lo que no se lograba en un 100% al inicio de documentar e interpretar los signos vitales en pacientes puérperas esto predisponía a la no detección previa de la hemorragia obstétrica.

También se fortalece el contar con documentos elaborados para el monitoreo de los procesos de atención de pacientes con sangramientos post parto como Hoja de Control de Signos vitales en Usuaris en Área de Obstetricia entre otros.

Mantener la coordinación permanente y eficaz con otras instituciones como Hospitales de la Red Nacional que nos apoyan con el abastecimiento de Hemoderivados, así como en el apoyo de procesamiento de obtención de muestras de sangre de donantes, que son enviados según programación a Hospital San Vicente, donde asignan área para personal de Hospital de Ilobasco a realizar el sangrado de donantes para que sean procesados y posteriormente se retiran para mantener un abastecimiento adecuado en la institución.

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES PARA LAS MEJORES PRÁCTICAS

A. Liderazgo y Compromiso de la Alta Dirección para promover la mejor práctica.

a) De qué manera la alta dirección promueve la Implementación de mejores prácticas?

Dándole continuidad a los Proyectos de mejora que son ya parte del monitoreo de las actividades realizadas en cada Institución y con el afán de promover las buenas prácticas de mejora Internas promovidas por la Dirección Nacional de Calidad en Salud, enfocada en que los servicios de salud hospitalarios deben estar orientados en la atención directa a los usuarios, servicios de apoyo y el pilar fundamental de los recursos humanos, es así como en el Hospital Nacional de Ilobasco la Dirección apoya en la promoción de los proyectos de Calidad, y lo promueve a través de los comités, las jefaturas de las diferentes áreas y en reuniones de Micro red.

Apoya al equipo gestor encargado de los monitorear las buenas prácticas de mejora, le asigna tiempo solicitado para desarrollo de las diferentes actividades, capacitaciones internas y externas de la institución.

b) ¿Cómo la alta dirección se involucra durante la creación e implantación de la mejor práctica?

La alta Dirección de la institución coordina con equipo gestor los avances y resultados del proyecto, participa activamente el análisis de casos de morbilidades obstétricas extremas. Da a conocer a Primer Nivel de Atención los casos que se han representado. Participó en el análisis de los problemas identificados así como apoyo para la obtención de base de datos. Da a conocer las morbilidades obstétricas extremas referidas a 3° nivel de atención que se

debe de vigilar al ser dadas de alta de otros hospitales para mantener el continuo de atención según los lineamientos de Referencia, Retorno e Interconsulta con personal de Microred de Ilobasco, Reuniones Departamentales y Regionales.

c) **¿Cómo la alta dirección empodera a los miembros del equipo para el desarrollo de la mejor práctica?**

La Dirección de la institución apoya al equipo Gestor de Calidad, identificando a personal involucrado en el proceso de intervención según el perfil y el involucramiento con la Práctica de Mejora. Se forma un equipo con personal multidisciplinario de las diferentes áreas en las que se implementa el proyecto con apoyo y asesoría de la Dirección de la institución quien asignó el personal a conformar equipo:

- Dra. Xiomara Hildebrandia Argueta Bermúdez
Directora Hospital Nacional de Ilobasco

INTEGRANTES	PERFIL Y PUESTO QUE DESEMPEÑA
Dra. Luz Margarita Fernández de Flores	Jefa Unidad Organizativa de Calidad, Hospital Nacional de Ilobasco
Dra. Ana Patricia Granados de Montoya	Jefe del Área de Gineco-obstetría Hospital Nacional de Ilobasco
Licda.. Dorila Ayala Escobar	Jefe de Enfermeras Hospital Nacional de Ilobasco
Licda. Ruth Elizabeth Alfaro de Ayala	Jefe del Área de Anestesiología

Se convoca al personal a través de Memorándum, se da a conocer que será el equipo gestor de Calidad de la institución y luego a través de nota oficial es nombrado el equipo de calidad.

d) ¿Cómo la alta dirección da a conocer la mejor práctica a toda la organización?

La Dirección de la institución se involucra y realiza la divulgación del proyecto de calidad y sus acciones que se brindan durante la atención de las pacientes obstétricas en reuniones con diferentes comités afines en la institución y jefaturas involucradas en el proyecto para evaluar necesidades de medicamentos, insumos y equipos que son necesarios. De igual manera socializa las morbilidades extremas en las reuniones de Micro red de Ilobasco y evaluaciones Materno Infantil a nivel de Microred, Departamentales y Regionales. Participa en forma activa en reuniones de Comité de evaluación de Proyecto de Calidad y en el análisis de los resultados. Gestionando los medicamentos e insumos médicos, así como equipos necesarios para la atención oportuna con calidad de las pacientes en partos.

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

a) ¿Cómo apoya la alta dirección el desarrollo y la implantación de la mejor práctica?

La Dirección del Hospital, apoya con en forma constante al equipo gestor de calidad, en un primer momento reconoce al equipo de trabajo que estará a cargo de la realización de Proyecto mediante la convocatoria de participación en el proceso mayo de 2016.

Se brinda el apoyo con abastecimiento permanente de medicamentos, e insumos médicos, para brindar la atención oportuna; así como la gestión con otras instituciones que apoyan el abastecimiento de ellos y la priorización de mantener sangre segura a través en cantidades adecuadas para actuar ante una situación de emergencia.

Se realizan evaluaciones con comisión de compras y de presupuesto para evaluar la priorización de equipos necesarios en las áreas de partos y obstetricia.

Se gestionó la contratación de recurso Médico de especialidad de Ginecólogo para la atención directa de usuarias en partos, a través de MINSAL.

Se ha gestionado la aprobación de proyecto de ampliación de infraestructura

del Centro Obstétrico para la atención de emergencia, atención de parto, sala quirúrgica de emergencia de partos, recuperación, el cual ya está en proceso a nivel Central del Ministerio de Salud, con la finalidad de adecuar las áreas de atención. Siendo esto una actividad complementaria por la Dirección en pro de adquirir las mejores condiciones de ambientación para las usuarias y personal multidisciplinario mencionada en la identificación de las causas del problema.

b) ¿Qué medios utiliza la alta dirección para dar soporte a la mejor práctica?

Se brinda por parte de la Dirección soporte financiero para la adquisición de lo necesario en las áreas priorizadas de atención de pacientes embarazadas, a través de la comunicación efectiva y permanente con las jefaturas involucradas, gestionando y autorizando solicitudes de insumos y medicamentos necesarios. Mantiene coordinación con hospitales de la Red nacional en la obtención de medicamentos críticos antes del desabastecimiento. (Consta en transferencias realizadas y compras propias de la institución)

Se evalúan en conjunto la reorganización de los equipos de trabajos asignados al área.

Evaluación en equipo de casos de morbilidades obstétricas con equipo de gestión.

c) ¿Cómo la alta dirección generó compromiso de las jefaturas y líderes del equipo para el desarrollo de la mejor práctica?

Participando activamente en la evaluación y análisis de los problemas presentados en la institución y con la priorización de ellos, brindando el apoyo al equipo de trabajo, dándole seguimiento en conjunto, y con la participación de las jefaturas involucradas. Presentando resultados de las morbilidades maternas en reuniones dentro y fuera de la institución. (Libro de Actas de Comité Materno y de Calidad, Actas de Reuniones Departamentales y

Regionales.)

C. Reconocimiento a equipos de trabajo.

- a) **¿Qué políticas e incentivos aplica la organización para promover el desempeño efectivo de los integrantes de equipos que desarrollan mejores prácticas?**

Se reconoce como equipo gestor de Calidad a los integrantes del equipo de calidad asignando para la realización de este proyecto tomando en consideración el perfil profesional que desempeña y la participación que tiene en el desarrollo de las actividades que están directamente relacionadas con la atención de partos y post parto inmediato, así como la responsabilidad con el trabajo que desempeñan los recursos de las áreas, siendo el equipo conductor la guía de todo el personal a su cargo.

La Dirección de la institución apoya los procesos de seguimiento y asesoría técnica de Ministerio de Salud en Coordinación con la Oficina de Transformación de Estado, para obtener experiencia en el desarrollo de proyectos con perfil de Mejores Prácticas Exitosas.

Reconoce a cada integrante del equipo mediante nombramiento a través de Memorándum otorgado en fecha mayo 2016. (Nota de Convocatoria y nombramiento de participación en área de Recursos Humanos)

- b) **¿Cómo la organización reconoce a cada miembro de los equipos y su trabajo en conjunto, respecto a la efectividad de los resultados alcanzados en las mejores prácticas?**

En marzo de 2016 se conforma equipo Gestor de Calidad como los integrantes que serán los encargados del siguiente del proyecto. Siendo expreso que son elegidos de acuerdo al perfil profesional y son nombrados en mayo 2016 como equipo inicial que está apoyado por todo el personal de la institución. Se hace mención que se toma en cuenta el trabajo en equipo, conocimientos en las herramientas de calidad, capacidad de decisión que sean encaminadas a las a las mejores prácticas, para lograr los objetivos. Se da a conocer a personal multidisciplinario de las diferentes áreas de la institución que se trabajará como equipo conductor a cada uno de los integrantes del equipo, brindándoles apoyo, tiempo y oportunidad de capacitaciones dentro y fuera de la institución. (Reuniones de Equipo Gestión Hospitalaria)

D. Identificación y selección de la oportunidad de Mejora.

a) Cómo se identificó la oportunidad de mejora o problema a resolver?

Priorización del problema

La priorización de problemas que se identificaron en el Hospital Nacional de Iloasco, se realizó a través de la lluvia de ideas, con la participación de Comité Materno Perinatal y Comité de Gestión, siendo un total de 5 problemas los cuales se priorizaron aplicando el método de Hanlon, tomando en cuenta su magnitud, severidad, efectividad y factibilidad según la evolución. (Anexo 1)

Se valoró todos los datos estadísticos con los que se cuentan en los sistemas, las evaluaciones de casos presentados de las hemorragias post parto, la relación directa que mantiene el trabajo de la atención brindada con los procesos establecidos de Lineamientos técnicos, estándares de Calidad materno evaluados mensualmente como parámetro de que se debía mejorar la aplicación de los criterios de seguimiento de la paciente en sus primeras horas post parto y las repercusiones que ocasionan el no cumplimiento.

Llegando en consenso a la priorización de problema a intervenir por su impacto en el no cumplimiento por las diversas causas identificadas.

b) Que parámetros utilizaron para la priorización de la oportunidad de mejora?

Los problemas que se identificaron en el Hospital Nacional de Ilobasco, una vez realizado la lluvia de ideas y haber identificado 5 problemas se priorizaron a los cuales utilizando el método de Hanlon que evalúa la magnitud, severidad, efectividad y factibilidad del problema, nos fortaleció para hacer un diagnóstico de la situación existente del Área. (**Anexo 3**). Así como también la frecuencia e impacto del daño ocasionado individual, familiar y social que conlleva las complicaciones a las pacientes a las cuales se les ha atendido una emergencia obstétrica y es evaluada dentro de sus primeras dos horas post parto.

.c) Cuáles herramientas de calidad aplicaron para la priorización de problemas?

Para la priorización del problema, partiendo de la lluvia de ideas, se identificó los problemas con mayor oportunidad de mejora y se les aplico el método de Hanlon, en el cual se busca la causa-efecto a través de la herramienta de Ishikawa.

Una vez identificadas las causas, se identifican las herramientas directas que como institución se podían utilizar:

1. Hoja de Registro de Signos Vitales en la evaluación de las dos horas post parto (Hoja de Estándar N°9 de Calidad anexo 4)
2. Se elaboró hoja de Chequeo para la documentación de cumplimiento de seguimiento de signos vitales y estado general de las_de pacientes en su puerperio inmediato en las 2 horas post parto. (Anexo 11)
3. Hoja de evaluación de atención de pacientes que presentaron Código Rojo (Anexo 12)
4. Revisión y evaluación de expedientes clínicos. (Expedientes clínicos en base de calidad)

d.- Cómo proyecta el impacto esperado para abordar la oportunidad de mejora? (impacto a la satisfacción del usuario, empleados, medio ambiente, proveedores o aliados estratégicos; costo beneficio, procesos internos, rentabilidad y desempeño del personal).

El impacto del proyecto al realizar el abordaje de toda en la atención de parto y atenderla en las mejores condiciones bajo un ambiente de seguridad, con un personal capacitado en las habilidades obstétricas esperadas, y sabedores que el impacto grande en las complicaciones daña la integridad física, psicológica de la paciente y de su familia y aún mayor en los casos que terminan con un desenlace fatal como la muerte.

En este contexto el personal se ve empoderado en la aplicación de las estrategias de intervención, con un mejor desarrollo de trabajo en equipo, con la participación activa de todo el personal no solo de las áreas de obstetricia sino también el de los médicos especialistas de Medicina interna, cirugía general, laboratorio clínico, anestesia, personal de servicio, transporte y personal administrativo.

En base a los lineamientos técnicos enviados por el Ministerio de Salud sobre el Cuidado de las pacientes durante las dos horas posparto vaginal y/o evento Obstétrico , dirigidos a brindar una mejor evaluación ,seguimiento y disminución de las morbilidades que pueden presentarse dentro de este periodo crítico en el tiempo de recuperación, y con la revisión de expedientes clínicos , en los cuales se identifican dentro del transcurso de las primeras horas aquellas complicaciones obstétricas (atonía uterina, hemorragias por traumas del canal del parto, hematomas de la episiotomía entre otros), que ponen en peligro la vida de nuestras pacientes y que se han detectado y manejado tempranamente ya sea por el personal de enfermería, médicos generales y especialistas; con la finalidad de contribuir a la reducción de la mortalidad materna en el hospital.

En base a los resultados esperados se obtendrán beneficios a las usuarias al ser atendidas oportunamente, y los costos económicos disminuyen a la institución ya que los partos sin complicaciones permanecen en promedio dos días de estancia hospitalaria en cambio los que presentan complicaciones su estancia aumenta a 5

hasta 7 días o en traslado a un 3° nivel de atención. Por todo lo anterior los costos beneficios son favorables.

También es necesario evaluar en forma permanente las necesidades en el área, en los procesos de atención tanto en los recursos médicos, como en el personal paramédico, así como el mantenimiento de insumos y medicamentos necesarios, realizando evaluaciones presupuestarias y valoración para designación de fondos.

En datos de línea de base se identificó que las hemorragias post parto representan un 2.2 % del total de partos atendidos por lo que el riesgo de complicaciones aumenta por lo que con las intervenciones realizadas se espera disminuir en 0.3%; pero lo más importante es disminuir las complicaciones y evitar las muertes maternas, razón de priorización del problema identificado en el proyecto disminuyendo el riesgo.

e) Estándares de Calidad relacionados.

El proyecto se relaciona directamente con los estándares de calidad de atención prenatal, parto y puerperio, específicamente con estándar 9 que evalúan estado clínico general en el post parto inmediato:

“Toda Mujer en su post parto inmediato es controlada en las 2 primeras horas”

Comprende los criterios de:

- 1) Registro de la hora de evaluación
- 2) Tensión arterial, pulso c/15 min #4, cada 30 min #2
- 3) Sangramiento c/15 min
- 4) Contractibilidad uterina c/15 min
- 5) Estado de herida operatoria/episiotomía c/h #2
- 6) Estado de mamas

f) La oportunidad de mejora se relaciona con la autoevaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad de la Gestión Pública?

. Capítulo IV. Uso de Acciones e instrumentos y la Calidad en la Gestión Pública

El Hospital Nacional de Ilobasco realiza los procesos de atención orientados a la satisfacción de los usuarios, por lo que se relaciona con la Carta Iberoamericana en el Capítulo IV, trabajando en la atención de las usuarias en la aplicación correcta de los procesos de atención. Se realizan encuestas de satisfacción con apoyo de la Oficina por el Derecho a la Salud, se analizan los resultados para buscar siempre las fallas que se debe intervenir.

En el presente proyecto se trabaja en el enfoque de:

- Gestión Pública al servicio de la Ciudadanía
- Desarrollo de las capacidades de los servidores públicos para brindar atención de calidad y obtener resultados que cumplen los objetivos planteados.
- En la dirección estratégica y el ciclo de mejora, con el cumplimiento de Lineamientos técnicos dirigidos a la atención prenatal.
- Aplicación de la gestión por procesos.
- Participación ciudadana para la mejora de la calidad.

E. Recolección y análisis de la información

- a) **Metodología aplicada para la recolección y análisis de la información (mostrar evidencia).**

Se elaboró una hoja de evaluación de signos vitales de las usuarias en Obstetricia; en la cual se detallan los siguientes ítems:

- a) Identificación de la paciente
- b) Numero de evaluaciones
- c) Hoja de signos vitales
- d) Medicación
- e) Evaluación de: involución uterina, estado de mamas, cuantía del sangrado, estado de las heridas (episiotomía, desgarros y herida operatoria).
- f) Firma y sello del responsable de la evaluación

En primer lugar se obtuvo información del sistema en línea del MINSAL (SIMMOW) y de la Base de Datos de La Mejora Continua de la Calidad, de los estándares de

calidad Obteniendo como resultado la identificación de casos de hemorragias post parto.

Libro de Atenciones Morbilidades obstétricas extremas de área de partos.

Se documentó una línea basal en 2015 tomando en cuenta los partos atendidos y la cantidad de hemorragias post parto presentadas.

Hemorragias Post Parto Presentadas en Hospital Nacional de Ilobasco

Año	partos	vaginales	cesáreas	N Hemorragias	Porcentaje
2015 Enero- Dic	1223	871	352	27	2.2%
2016 Enero. Dic	1077	785	292	20	1.85%
2017 Enero- octubre	829	554	275	15	1.80%

b) Herramientas utilizadas para la recolección, clasificación, consolidación y análisis de la información (mostrar evidencia)

1. Hoja de evaluación de chequeo de expedientes clínicos. (Ver anexo 4)
2. Hoja de evaluación de cumplimiento de la normativa y estándar de Calidad # 9. Que son llenadas por el personal que atiende a usuarias y también conforma el equipo de trabajo mensual para verificar el cumplimiento realizado de nuestros objetivos de trabajo.
- 3- Revisión de expedientes clínicos que cursaron hemorragias post parto en los años evaluados.
3. Hoja de evaluación de Código Rojo (Ver anexo 12)

4. Hoja diseñada para el control de signos vitales en el post parto.

c) **Las fuentes de datos que utilizó y verificación de su confiabilidad (muestras, encuestas, mediciones, opinión de expertos, otros).**

Se documenta con evaluación de equipo multidisciplinario con ciclos cortos de mejora con aplicación de Ciclos PEVA (planificación, evaluación, verificación, actuar), Estándares de Calidad que son evaluadas y verificadas por personal responsable de cada uno de ellos y luego validados para ser enviados a la Dirección de la institución y Nivel Central.

Sistemas de información en Línea, SIMOW.

Documentación de partos atendidos y la identificación de las pacientes que presentaron hemorragias post parto y complicaciones. (Libro de registro de Código Rojo).

Según los datos obtenidos en 2015 de las 27 hemorragias obstétricas 4 presentaron una intervención más compleja como una atención quirúrgica, por lo que se busca disminuir poco a poco las complicaciones extremas en un 0.3% en un período de un año-

d) **Cómo determinó y cuál es la brecha existente entre la situación actual y la situación deseada?**

De la línea de base de 2015 con una atención de 1223 partos y de las cuales 27 presentaron hemorragias post parto, lo cual representa un porcentaje de 2,2% de complicaciones, proyectándonos que en la atención entre un parto y el riesgo de presentar una hemorragia obstétrica debe disminuir; pero si se presenta, el objetivo es que no llegue a complicaciones mayores.

En los datos iniciales, se cuantifican las complicaciones con más frecuencia en el parto vaginal, a predominio de las atonías uterinas. Con una tendencia para el 2016 de 20 hemorragias post parto que representa el 1.85% esto debido al seguimiento de la implementación de proyecto con el que se han identificado hemorragias en parto y post parto:

Se ha obtenido una disminución de 0.35% del 2015 al 2016 superando la brecha proyectada inicial de **0.3%**

AÑO	TOTAL DE PARTO	PORCENTAJE OBTENIDO DE HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS	BRECHA PROYECCIÓN	META	PORCENTAJE ALCANZADO.
2015	1223	2.2%	0.3%	-	-
2016	1077	1.85%	0.3%	1.9%	0.35%
2017	829	1.80%	0.3%	1.6%	0.10%

En base a los resultados se está obteniendo resultados favorables, en la atención de las hemorragias post parto en evitar llegar a las complicaciones y disminuir las morbilidades, para el año 2017 no se han presentado muertes maternas.

- 2015 un total de 1223 Partos, de estos según vía de evacuación fueron: Vía Vaginal un total de 871 nacimientos y Vía Abdominal (Parto por Cesárea) un total de 352 nacimientos. Con 27 hemorragias pos parto, representando un 2.2%
- 2016 Enero – diciembre partos atendidos 1077: Vía Vaginal un total 779, Vía Abdominal 289; de los cuales 20, representando un 1.85% hemorragias post parto, y un caso de muerte materna por Hemorragia post parto.
- 2017 de enero a la fecha de 2 semanas de octubre se han atendido 829 partos, vía vaginal 554 y 275 cesáreas, se han presentado 15 hemorragias post parto con un 1.80% ,

Partos atendidos en Hospital Nacional de Ilobasco

PARTOS	TOTAL DE PARTOS	VAGINAL	CESÁREA	HEMORRAGIAS PARTOS VAGINALES	HEMORRAGIAS PARTOS ABDOMINALES	TOTAL DE HEMORRAGIAS
2015	1223	871	352	15	12	27
2016	1077	785	292	18	2	20

2017 ENERO A OCTUBRE	829	554	275	10	5	15
----------------------------	-----	-----	-----	----	---	----

Fuente: SIMMOW, libro de Partos, expedientes clínicos.

F. Gestión de la mejor práctica.

a) Planificación de la mejor practica

Surge como una iniciativa encaminada a implementar con calidad las estrategias con las que ya se cuentan y que en algún momento no se han cumplidos según los protocolos, por lo que se socializa resultados de línea de base, se hacen las observaciones de las causas obstétricas más frecuentes y las causas propias de los recursos involucrados en la atención así como la existencias de insumos médicos y equipos necesarios para una atención integral.

Por lo que los resultados se socializan a los jefes de áreas y al personal que interviene en la atención de las pacientes embarazadas. Se explica la importancia del trabajo en equipo y lo importante de documentar todo lo relacionado con el monitoreo y evaluación de casos.

b) ¿Cómo la mejor práctica está orientada con la visión, misión, objetivos y lineamientos estratégicos de la organización?

Misión : Somos una Institución de Salud Pública, con profesionales calificados que practican valores éticos y morales ; responsables de brindar atención en salud con calidad y calidez las veinticuatro horas del día a sus habitantes del área geográfica de influencia, considerando que la corresponsabilidad es un pilar importante para lograr una mejor calidad de vida de la población.

Visión: Ser una Institución de Salud altamente calificada que garantiza a los habitantes de Ilobasco y del área geográfica de influencia, a través de la prevención conservación y restauración de la salud.

Objetivos.

Establecer y cumplir la atención médica propia del Hospital Básico y de acuerdo al perfil epidemiológico de este nivel.

Cumplir con catálogo de prestación de servicios propios de la categoría en los procesos de atención médico quirúrgica, para los casos de emergencia, hospitalización y consulta externa de especialidad.

La mejor Práctica está comprometida con la atención de calidad de toda mujer durante su parto y post parto en la institución, por ello debe ser atendida con trato humanizado por profesionales capacitado.

La Estrategia del Código Rojo está orientada al manejo de la Hemorragia post parto con el objetivo de accionar oportunamente para evitar mayor morbilidad o muerte materna a nivel de institucional.

En este sentido esta estrategia es un apoyo valioso que se identifica con los objetivos y lineamientos de trabajo del hospital.

c) ¿Cómo la organización seleccionó al equipo de trabajo para el desarrollo de la mejor práctica?

Se realizó reunión con Comité Materno Perinatal y Comité de Calidad donde se dio a conocer la necesidad de contar con un equipo multidisciplinario para la realización de proyecto sobre la atención de las pacientes puérperas; tomado en cuenta la incidencia de casos de hemorragias antes mencionadas y el cumplimiento de los perfiles profesionales de sus integrantes. Siendo conformado equipo a través de convocatoria de la Dirección de la institución.

d) ¿Cuáles son los objetivos definidos para la mejor práctica?

OBJETIVO GENERAL

- Contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna a través de la vigilancia oportuna de los signos y síntomas de las pacientes en el post parto inmediato en el Hospital Nacional de Ilobasco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar de forma oportuna síntomas y signos de Hemorragia post parto en las

primeras dos horas.

- Fortalecer el proceso de atención en las dos primeras horas post parto.
- Aplicar lineamientos técnicos jurídicos de atención de parto y post parto.
(Código Rojo)
- Contribuir a la disminución de la morbilidad materna mediante la identificación y tratamiento precoz de la hemorragia post parto

e) **Cómo se definió el plan de trabajo, cómo se asignó a los responsables a 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?**

- Se asignó el equipo de trabajo
- Se dio a conocer proyecto a 100% de personal involucrado
- Se tomaron datos estadísticos a partir de fecha establecida como problema identificado. Como punto de partida datos de sistemas estadísticos y fuentes primarias de 2015. Y se dio continuidad con datos documentados 2016.
- Se lleva control específico de revisión de documentos elaborados y el análisis de los resultados obtenidos. Análisis de seguimiento de los resultados durante el 2017.

Se han realizado ciclos cortos de mejora, para intervenir en las fallas detectadas.

(Ver anexo 8 y 9)

f) **¿Cuál fue el presupuesto de la mejor práctica y cómo se financió?**

El trabajo se realizó en un inicio con los recursos humanos, equipo e instalaciones con los que ya cuenta la institución.

Se ha realizado Gestión de Recursos Médico especialista por apoyo financiero de MINSAL, para atender pacientes de Centro Obstétrico, para fortalecer la organización de todas las actividades que se desarrollan en el área.

Redistribución de Economías Salariales para compra de equipo e insumos.

Las necesidades de papelería y equipo informático son facilitadas por la institución.

Asignación con priorización de gestión de compras de medicamentos de atención crítica en pacientes de Centro Obstétrico.

Se han fortalecido alianza con Hospitales de la Red Nacional para el abastecimiento de hemoderivados: se asigna recurso humano de Laboratorio Clínico los días jueves para la atención de captación de donantes que son enviados al Hospital de San Vicente y que son para usuarias de Hospital de Ilobasco.)

Coordinación con Primer Nivel de Atención en la planificación de Jornada de Donante Voluntarios realizada en Hospital de san Vicente junio 2016.

Gestión con Hospital Nacional Rosales para mantener un abastecimiento de Hemoderivados con una cantidad mínima de 8 a 10 unidades de sangre.

G. Implantación de la mejor practica

a) Pasos, etapas o estrategias desarrolladas. ¿Qué herramientas de calidad utilizó?

PASO 1- En un primer momento se realizó la planeación de la implementación de la Estrategia de Mejora de la Calidad, por lo que se conformó a través de la Dirección el equipo Gestor responsable del desarrollo de las actividades.

PASO 2- Se realizó análisis de la información como línea basal. La aplicación de las herramientas de calidad, como la lluvia de ideas, la matriz de Hanlon, la identificación de causa y efecto (Diagrama de Ishikawa). Se presenta la propuesta a la Dirección y se comienza con la socialización al personal involucrado.

PASO 3- Se elabora Plan de trabajo con la programación de capacitaciones, realización de simulacros, gestión de habilidades obstétricas del personal.

PASO 4.- Se realiza el análisis de los resultados obtenidos para evaluar el logro alcanzado en forma continua y documentada cada mes según los casos presentados.

Dándole seguimiento a los resultados durante el 2017.

Se utilizaron herramientas de Calidad como Lluvia de ideas, Método Hanlon, diagrama de Causa y efecto, Ciclos PEVA, e instrumentos de recolección de la información como Hoja de control de signos vitales de las 2 horas post parto, hoja de Chequeo de Código Rojo, Hoja de chequeo de Estándar N° 9.

b) ¿Cómo se identificó el apoyo de otras áreas de la organización para el logro de los objetivos?

Con la socialización de dar a conocer el proyecto al personal involucrado y la formación de equipos de trabajo, se determinó que el personal a participar comprenden más de los que están directamente en el área de atención de partos, como son áreas de medicina interna, cirugía general, personal de estadísticas y documentos médicos, epidemiología, jefe de suministros, personal de la unidad de adquisición y contrataciones, Jefe de Recurso Humanos, Área Financiera, personal de servicios generales, transporte.

c) ¿Cuáles fueron las dificultades presentadas para el logro de la implementación de la mejor práctica?

Principales Dificultades encontradas en la identificación del problema y oportunidades de mejora:

- Deficiente cantidad de recursos humanos asignados al área de Centro Obstétrico.
- No organización específica de equipos de trabajo en la atención de Código Rojo.
- No existencia de mesa específica para la atención de Código Rojo
- Aplicación deficiente de Protocolos de Atención.
- Poco desarrollo de trabajo en equipo
- Personal Médicos especialistas Ginecólogos y personal de enfermería asignados para la atención de emergencia, sala de trabajo de partos, sala de atención partos y atención en área de recuperación.
- Falta de capacitación del personal médico y paramédico en la atención de Código Rojo.
- Ambientación inadecuada del área de atención de paciente obstétrico.

- Actitudinal (personal con resistencia al cambio)
- -Desabastecimiento de Hemoderivados

H. Control y Seguimiento

a) **¿Cómo se realizó el control y seguimiento en el desarrollo de la mejor práctica?**

Se continúa monitorizando el buen llenado de las hojas de los signos vitales postparto, la realización de simulacros de Hemorragia post parto y Auditorias de Morbilidades materna extremas. Desarrollo de capacitaciones y análisis de cada caso de hemorragia post parto presentado.

Evaluación de las hojas de chequeo de aplicación de código rojo. Manteniendo la Gestión de los abastecimientos de insumos médicos y medicamentos a utilizar, equipos en revisión en forma permanente. Se ha institucionalizado la estrategia de Código Rojo, la cual capacita al personal operativo para responder con un protocolo establecido ante la hemorragia post parto.

A través de los análisis se han implementado ciclos cortos de mejora, dándolos a conocer y estableciendo criterios de mejoras documentados en libros de casos evaluados con personal involucrado, con la realización de capacitaciones sobre hemorragias post parto, Trato Humanizado en los servicios de salud.

b) **Ante las desviaciones que se presentan durante el desarrollo, como se aseguró la adopción de medidas y cuáles fueron las medidas que se tomaron para prevenir que se volvieran a presentar?**

Se realizaron las evaluaciones mensuales y según resultados obtenidos se realizó ciclos cortos de mejora los cuales fueron socializados al personal involucrado así como documentación en libro de acta de observaciones individualizadas con el fin de ir disminuyendo las fallas en la aplicación de los procesos. Documentando los cambios de estrategias aplicadas, como monitoreo diario de la hoja de signos vitales en recibo de turno diario, redistribución de personal en la atención de pacientes en área de partos en los

procesos de aplicación para priorizar la cantidad de recurso médico y de enfermería que den mayor capacidad resolutive en situaciones de emergencia.

c) ¿Cómo se aseguró que la participación de otras áreas en la mejor práctica fuera efectiva?

Se realizó socialización permanente de los resultados con todas las áreas involucradas destacando las funciones específicas de personal médico, enfermería, anestesia, médico cirujano, médico internista y personal administrativo de área de atención con la finalidad que en un momento determinado actúen en forma oportuna.

Gestión permanente áreas de Unidad Financiera, compra y adquisiciones, Documentos estadística, epidemiología, jefaturas de todas las áreas de hospitalización.

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

Con los datos obtenidos se evidencio que las intervenciones eran efectivas debido que a pesar de que siempre se presentan hemorragias post parto las complicaciones se han disminuido y no se ha presentado muerte materna en el 2017. Lo que nos demuestra que la aplicación en forma continúa de los procesos de atención en forma sistemática, y compromiso adquirido por el personal tienen efecto positivo.

Se ha obtenido una disminución de 0.35% del 2015 al 2016 superando la brecha proyectada inicial de **0.3%**

AÑO	TOTAL DE PARTO	PORCENTAJE OBTENIDO DE HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS	BRECHA PROYECCIÓN	META	PORCENTAJE ALCANZADO.
2015	1223	2.2%	0.3%	-	-
2016	1077	1.85%	0.3%	1.9%	0.35%

2017	829	1.80%	0.3%	1.6%	0.10%
------	-----	-------	------	------	-------

En base a los resultados se está obteniendo resultados favorables, en la atención de las hemorragias post parto en evitar llegar a las complicaciones y disminuir las morbilidades, para el año 2017 no se han presentado muertes maternas.

I. Gestión del Equipo de Trabajo

a) Integración del equipo de trabajo: ¿cómo se aseguró la integración, el desempeño de los miembros del equipo, como se aseguró la sinergia entre ellos y como esto contribuyo al desarrollo de la mejor práctica?

Se forma un equipo con personal multidisciplinario de las diferentes áreas en las que se implementa el proyecto, con conocimiento en las técnicas de calidad., en la capacitación continua de los procesos de atención, se realizan análisis de los casos con el equipo y personal involucrado. Se desarrollan estrategias integrales que aporten en la atención de las usuarias. Fortalecimiento del seguimiento a través del proceso de referencia y retorno de la atención brindadas.

El equipo está integrado por personal que participa en la evaluación de indicadores de calidad, indicadores hospitalarios, evaluación de procesos aplicados a las usuarias. Forman parte del comité de Gestión estratégico y la participación en la contraloría con Foro de la salud.

b) Desarrollo del Equipo de Trabajo: ¿cómo se evaluó conocimientos y habilidades de cada miembro que contribuyeron a la mejor práctica, se gestionó fortalecimiento de estas competencias? ¿Qué control y seguimiento se dio a los miembros del equipo de trabajo para asegurar la efectividad de la mejor práctica?

Se realizó la organización de equipo de trabajo planificando la medición del estándar N° 9 y analizando los resultados, determinando brechas para intervenir en las fallas detectadas.

Monitoreo continuo y permanente de e equipo de trabajo y todo el personal para obtener un 100% de resultados satisfactorios, en la identificación de signos y síntomas de las hemorragias obstétricas con una intervención oportuna de las usuarias.

J. Gestión del conocimiento e Innovación de la Mejor Práctica.

a) ¿Qué iniciativas se han realizado para generar aprendizaje a partir de la mejor práctica?

- Se reforzó y retroalimentó la Estrategia de Código Rojo.
- Se fortalece la habilidad de toma de signos vitales y su interpretación.
- Fortalecimiento de las habilidades técnicas de personal médico y paramédico en la atención de pacientes púerperas.
- Se da a conocer los resultados positivos al personal involucrado mencionando que son los actores claves de las mejores prácticas.
- Gestionar capacitaciones intra y extra institucionales para el aprendizaje permanente.
- Capacitaciones de personal con énfasis en trato humanizado.

b) ¿Cuáles son los elementos de innovación generados a partir de las experiencias y lecciones aprendidas de la mejor práctica?

- Elementos de innovación generados
 - Disminución de las complicaciones de hemorragias post parto
 - No muertes maternas en 2017
 - Evaluación permanente de casos de hemorragias post parto
 - Equipos de trabajo comprometidos en la aplicación de proyecto.
 - Fortalecimiento de Equipos de Calidad.
 - Aplicación de Triage según priorización de emergencias.
 - Mecanismo de evaluación y análisis para la aplicación correcta de los procesos de atención.
 - Humanización en el personal involucrado en la atención.
 - Coordinación efectiva entre personal de Centro Obstétrico y Personal de servicios de apoyo.
 - Estandarización de abastecimiento de hemoderivados.
 - Fortalecimiento con 1° Nivel de atención para el seguimiento de las pacientes en la comunidad.

Alianzas estratégicas con otras entidades: Cruz Roja. Cruz Verde, ISSS.

c) ¿Que se consideró para generar los elementos de innovación?

Los beneficios alcanzados a la población de usuarias embarazadas que reciben atención de partos y su seguimiento en el post parto, siendo un logro la disminución de las complicaciones y lograr el objetivo de evitar las muertes materna.

d. Cómo esta innovación agrego valor y mejoro el desempeño de la organización?

Se ha fortalecido todo el proceso de atención de la usuaria embarazada desde su control prenatal, la atención de parto y su puerperio. Se ha fortalecido el trabajo en equipo, mejores relaciones interpersonales, cambió de actitud de recursos resistentes al cambio, favoreciendo la innovación la interacción con otras áreas de atención en salud como Consulta externa, Emergencia, Hospitalización y en áreas de servicios de apoyo como Laboratorio clínico, farmacia, vacunación, Oficina por el Derecho a la Salud, entre otros todos con el mismo objetivo y fin, reconociendo que toda paciente embarazada es

K. Resultados de la Mejor Práctica.

a) ¿Cuál es la reducción de la brecha identificada durante la planificación y después de aplicar la mejor práctica?

Se ha obtenido una disminución de 0.35% del 2015 al 2016 superando la brecha proyectada inicial de **0.3%**

b) ¿En qué aspectos se ha mejorado después de implementar la mejor práctica?

En la aplicación correcta de los procesos de atención de la usuaria en su parto, post parto.

- Disminución de las complicaciones extremas de Morbi-mortalidad por Hemorragia post parto
- Mejora en la vigilancia de las primeras 2 horas post parto

- Disminución de muerte materna
- Abastecimiento de Hemoderivados
- Formación de equipos de trabajo

c) ¿Cuáles son los resultados y el impacto en los usuarios?

Lograr actuar en forma oportuna y manejo adecuado de las hemorragias post parto en el periodo evaluado y sus sostenibilidad posterior a su implementación. En la población atendida se han beneficiado con resultados favorables en el manejo de las complicaciones, hay satisfacción en la atención brindada y la no presencia de muerte materna 2017.

- **d) ¿Cuáles son los resultados y beneficios generados en otras partes relacionadas a la mejor práctica?**

En todas las áreas hospitalarias de atención de usuarias se han implementado aplicación de ciclos cortos de mejora para aplicar correctamente los lineamientos y protocolos de atención con la finalidad de brindar una atención integral a la paciente embarazada. Ser un proyecto dentro de la institución ejemplo a seguir en todas las áreas según sus procesos específicos, para evaluar sus resultados y orientar las intervenciones necesarias para lograr los objetivos de cada área cumpliendo con su Plan anual de trabajo y enlazando con la misión, visión y objetivos de la institución.

- **¿Qué beneficios financieros se han obtenido con la ejecución de la mejor práctica y cuáles son los resultados costo/beneficio de su implementación?**

La disminución de las complicaciones presentadas en las hemorragias post parto, conlleva a la disminución de los días de estancia intrahospitalario, disminuyendo costo en la institución.

Por tanto el beneficio es reciproco al superar los riesgos de las usuarias, evitar secuelas en sus complicaciones o evitar la muerte, la institución también disminuye en inversión de recuperación. La atención de un parto sin complicaciones es en promedio dos días de estancia hospitalaria y con complicaciones 5 a 7 días. El costo beneficio en grande.

L. Sostenibilidad y Mejora.

a) **¿Cuáles son los posibles riesgos que el equipo ha identificado para garantizar la sostenibilidad de la mejora alcanzada?**

- Cambios de recursos ya capacitados en la Estrategias implementadas.
- Resistencia la cumplimiento de los lineamientos
- Ingreso de personal nuevo a la institución.
- No compromisos por el personal involucrado en la apertura de cambios pequeños para la optimización de recursos.
- Desabastecimiento de Hemoderivados por déficit en hospitales que nos apoyan o por la falta de captación de donantes a nivel hospitalario.

b) **¿Qué estrategias ha previsto el equipo para garantizar la sostenibilidad, la sistematización y Estandarización de la mejor práctica?**

- Mantener la realización de Simulacros cada 2 meses.
- Retroalimentación de la Estrategia Código Rojo Cada 3 meses
- Establecer la comunicación efectiva entre las jefaturas y el personal operativo.
- Mantener permanentemente el equipo necesario, insumos y medicamentos,
- Gestión oportuna de los hemoderivados,
- Continuar con la toma de muestra de sangre para toda usuria que ingrese con embarazo de termino y en trabajo de parto por un periodo mínimo de 24 horas,
- Mantener la priorización de atención de pacientes obstétricas en Centro obstétrico.
- Continuidad de proceso de atención de referencia y retorno.

c) **Qué indicadores, roles, responsabilidades ha implantado la organización para el evaluar desempeño futuro y asegurar la continuidad de la mejor práctica?**

- Empoderamiento del equipo multidisciplinario de trabajo
- Aplicación continúa de Lineamientos técnico jurídicos.
- -Medición y evaluación continúa de resultados.

- **d) ¿Cuáles estrategias se han definido para asegurar la mejora continua de la práctica desarrollada?**

- Monitoreo continuo y la estandarización del proyecto en la institución para ser aplicado por todo el personal y ser progresivo a todas las áreas, como una estrategia a seguir.

- d) ¿Qué indicadores y mecanismos de seguimiento se han implantado para asegurar la mejora continua de la práctica desarrollada?**

Continuar con todos los lineamientos de aplicación planteados al inicio del proyecto:

- Personal capacitado permanentemente
- Aplicación de Lineamientos técnicos de Código Rojo
- Contar con personal capacitado en la atención oportuna de toda paciente puérpera.
- Contar con equipos de trabajo capacitados y organizados para la atención en la Estrategia Código Rojo. Para formar grupos de trabajo en turnos diurnos y nocturnos.
- Que todo el personal conozca y aplique los criterios del Estándar de Calidad N°9, emitidos por Ministerio de Salud
- Contar con una mesa equipada para atención de Código Rojo en el momento oportuna y disponible al alcance de todo el equipo multidisciplinario involucrado en la atención de la emergencia.

5- Contar con Hemoderivados con una cantidad mínima de 8 unidades de sangre de diferentes tipos para la atención inmediata en la reposición de pérdidas sanguíneas en las usuarias que presentan hemorragia post parto. Gestionar con Hospitales de la Red

nacional el abastecimiento de diversos tipos sanguíneos así como el mantenimiento mínimo de una unidad de sangre Rh Negativo.

- Toma de muestra de sangre a toda paciente que ingrese con embarazo de término. para ser procesada en caso de emergencia obstétrica, por un periodo de conservación de 24 horas.
- Gestión con Microred y entidades externas para apoyo de ambulancia cuando la del hospital no esté disponible.

ANEXOS

Anexo N°1

PROBLEMAS IDENTIFICADOS A TRAVES DE LA LLUVIA DE IDEAS HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO

N°	PROBLEMAS
1	Largos tiempos de espera de Consulta de Primera vez de especialidad de Medicina Interna a más de 150 días
2	Alto índice de Cesáreas.
3	Largos tiempos de espera para Ingreso de Emergencia
4	Déficit de Recursos de Enfermería
5	Déficit en vigilancia y la identificación de signos y síntomas la de Hemorragia post parto.
6	Deterioro frecuente de ropa elaborada de pacientes por el proceso de lavandería.
7	Dificultad en la construcción de canal de derivación de tanque de agua.
8	Déficit seguimiento en la apertura de buzones de sugerencias con la participación de Foro de Salud.
9	Dificultad en el Registros Diarios de Referencias recibidas y Retornos enviados.
10	Aplicación de Triage no documentado en las fuentes de verificación por personal involucrado en el proceso
11	Persistencia de Consulta Externa vista en unidad de emergencia.
12	Dificultad en el traslado de pacientes críticos a otros hospitales por ambulancias inhabilitadas frecuentemente
13	Desabastecimiento de Hemoderivados.
14	Área para realización de improvisada en área de emergencia
15	Poca identificación por parte de la población de la existencia de Oficina por el

Reunión de Comité de Calidad con Equipo Multidisciplinario, Marzo 2015.

Anexo N°2

VOTACION SOBRE PROBLEMAS IDENTIFICADOS

A TRAVES DE LA LLUVIA DE IDEAS

N°	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	VOTACION
1	Largos tiempos de espera de Consulta de Primera vez de especialidad de Medicina Interna a más de 150 días	5
2	Alto índice de Cesáreas.	6
3	Largos tiempos de espera para Ingreso de Emergencia	4
4	Déficit de Recursos de Enfermería	4
5	Déficit en vigilancia y la identificación de signos y síntomas la de Hemorragia post parto.	10
6	Deterioro frecuente de ropa elaborada de pacientes por el proceso de lavandería.	2
7	Dificultad en la construcción de canal de derivación de tanque de agua.	3
8	Déficit seguimiento en la apertura de buzones de sugerencias con la participación de Foro de Salud.	2
9	Dificultad en el Registros Diarios de Referencias recibidas y Retornos enviados.	2
10	Aplicación de Triage no documentado en las fuentes de verificación por personal involucrado en el proceso	2
11	Persistencia de Consulta Externa vista en unidad de emergencia.	2
12	Dificultad en el traslado de pacientes críticos a otros hospitales por ambulancias inhabilitadas frecuentemente	3
13	Desabastecimiento de Hemoderivados.	3
14	Área para realización de improvisada en área de emergencia	2
15	Poca identificación por parte de la población de la existencia de Oficina por el Derecho a la Salud en el hospital.	3
16	Limpieza deficiente en consulta externa.	2
	TOTAL	55

Tabla 2.1

Tabla 2.2

PROBLEMAS PRIORIZADOS POR VOTACION

**HOSPITAL
NACIONAL
DE
ILOBASCO**

PROBLEMAS IDENTIFICADOS	No. DE VOTOS RECIBIDOS
Largos tiempos de espera de consulta de Primera vez de especialidad de Medicina Interna	5
Alto índice de cesárea	6
Largos tiempos de espera para ingreso de emergencia	4
Déficit de Recursos de enfermería	4
Déficit en vigilancia y la identificación de signos y síntomas la de Hemorragia post parto	10
TOTAL	29

ANEXO 3 MÉTODO DE HANLON :
HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO
PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

	Magnitud	Severidad	Efectividad	Factibilidad					
				Pertinencia	Economía	Recursos	Legalidad	Aceptabilidad	
				(0-10)	(0-10)	(0.5-1,5)	(0-1)	(0-1)	
Problema 1	6	10	1.5	1	1	1	1	1	24
Problema 2	6	5	1.5	1	1	1	1	1	16.5
Problema 3	3	3	0.5	0	1	0	1	1	0
Problema 4	3	3	1.5	1	1	1	1	1	9
Problema 5	2	3	0.5	1	0	0	1	1	0

5. Estado de herida operatoria/episiotomía cada hora (N°2).									
6. Estado de mamas									

Herramienta de Estándar de Calidad Base Mejora continua de Calidad .Ministerios de Salud 2012

Anexo N°5

CAUSAS ESPECÍFICAS DE HEMORRAGIA POST PARTO SEGÚN GUÍAS CLÍNICAS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE 2° NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSA UTERINA	CAUSA NO UTERINA
1) Atonía uterina.	1) Laceraciones vaginales y vulvares.
2) Retención Placentaria	1) Coagulopatía (heredada o adquirida)
3) Placentación Anormal (Acretismos)	1) Hematomas.
4) Laceración y Ruptura Uterina	
5) Inversión Uterina.	
6) Infecciones Uterinas.	

GUÍAS CLÍNICAS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE 2° NIVEL DE ATENCIÓN Ministerio de Salud, MINSAL de El Salvador, febrero 2012.

Anexo N°6

Análisis de las Causa del Problema (Diagrama de Ishikawa)



Anexo 7

Principales Dificultades encontradas en la identificación del problema en el análisis de la situación.

N°	Dificultades encontradas en el problema a intervenir
1	Deficiente cantidad de recursos humanos asignados al área de Centro Obstétrico
2	No organización específica de equipos de trabajo en la atención de Código Rojo.
3	No existencia de mesa específica para la atención de Código Rojo
4	Aplicación deficiente de Protocolos de Atención
5	Poco desarrollo de trabajo en equipo
6	Personal Médicos especialistas Ginecólogos y personal de enfermería asignados para la atención de emergencia, sala de trabajo de partos, sala de atención partos y atención en área de recuperación.
7	Falta de capacitación del personal médico y paramédico en la atención de Código Rojo.
8	Ambientación inadecuada del área de atención de paciente obstétrico

9	Actitudinal (personal con resistencia al cambio)
10	Desabastecimiento de Hemoderivados.

Reunión de trabajo Comité de Calidad y Equipo Multidisciplinario, Marzo 2016 Libro de Actas

ANEXO 8 CICLO RAPIDO DE MEJORA O (PEVA) Y SU DOCUMENTACIÓN

PRIMER CICLO HOSPITAL: Hospital Nacional de Iloasco 2015

Nombre del Proceso de atención a mejorar: Atención Puerperio

Objetivo de mejoramiento. ¿Qué estamos tratando de lograr?

Que toda mujer en post parto sea controlada en las primeras 2 horas, en base a 4 criterios, según norma.

Nombre del indicador que usará para determinar si hay una mejora:

Porcentaje de mujeres a las que se les controla adecuadamente en las primeras 2 horas post parto

DOCUMENTACIÓN: PRIMER CICLO Verificar:

CICLO DE MEJORA O PEVA (Planificar, Ejecutar, Verificar y Actuar)					
ANALISIS DEL PROBLEMA		PLANIFICAR			
FALLOS en la calidad identificados ó (BRECHAS)	Cuáles son las CAUSAS probables de los fallos o brechas identificados?	Defina las IDEAS DE CAMBIOS ¿Qué vamos hacer para disminuir los fallos o brechas identificados?	ACTIVIDADES a realizar para disminuir la brecha ¿Cómo vamos hacer para que los CAMBIOS se cumplan?	Fecha de cumplimiento	Responsables

-Llenado incompleto de la hoja de registro de signos vitales -Falla al interpretar los signos vitales obtenidos	-Actitudinal -Desconocimiento de la importancia del monitoreo de signos vitales en el post parto -Desconocimiento de los efectos de la hipovolemia en paciente púérpera.	-Registro adecuado de signos vitales de paciente púérpera -Sensibilizar al personal mediante el conocimiento de la Estrategia de Código Rojo la importancia de la buena toma de signos vitales y su interpretación.	-Socializar las ideas de mejora. -Monitoreo del registro y llenado completo de hoja de signos vitales. -Retroalimentación de estrategia de Código Rojo.	Agosto 2015	Equipo Multidisciplinario de Calidad
--	--	--	---	-------------	---

Resultados Obtenidos:

1era Medición	Agosto 2015	91 %
2da Medición	Septiembre 2015	98 %
3era Medición	Octubre 2015	61%

Resultados de la Medición previo al inicio del ciclo de mejora: 91 %
Resultado de la Medición al finalizar el ciclo: 61%

Resultado de la Medición al finalizar el ciclo: 61%

Actuar: De acuerdo a los resultados obtenidos entre el *inicio* y *finalización* del ciclo de mejora. Ustedes deben analizar lo siguiente:

El resultado fue efectivo

El resultado fue efectivo pero necesita mejoría

No fue efectivo, no hubo mejoría

ANEXO 9 CICLO RAPIDO DE MEJORA O (PEVA) Y SU DOCUMENTACIÓN

TERCER CICLO *HOSPITAL: Hospital Nacional de Ilobasco 2016*

Nombre del Proceso de atención a mejorar: Atención Puerperio

Objetivo de mejoramiento. ¿Qué estamos tratando de lograr?

Que toda mujer en post parto sea controlada en las primeras 2 horas, en base a 4 criterios, según norma.

Nombre del indicador que usará para determinar si hay una mejora:

Porcentaje de mujeres a las que se les controla adecuadamente en las primeras 2 horas post parto

DOCUMENTACIÓN: TERCER CICLO Verificar:

CICLO DE MEJORA O PEVA (Planificar, Ejecutar, Verificar y Actuar)					
ANALISIS DEL PROBLEMA		PLANIFICAR			
FALLOS en la calidad identificados ó (BRECHAS)	Cuáles son las CAUSAS probables de los fallos o brechas identificados?	Defina las IDEAS DE CAMBIOS ¿Qué vamos hacer para disminuir los fallos o brechas	ACTIVIDADES a realizar para disminuir la brecha ¿Cómo vamos hacer para que los	Fecha de cumplimiento	Responsables

		<i>identificados?</i>	<i>CAMBIOS se cumplan?</i>		
-Llenado incompleto de la hoja de registro de signos vitales -Falla al interpretar los signos vitales obtenidos	-Actitudinal -Desconocimiento de la importancia del monitoreo de signos vitales en el post parto	-Registro adecuado de signos vitales de paciente púérpera -Sensibilizar al personal mediante el conocimiento de la Estrategia de Código Rojo la importancia de la buena toma de signos vitales y su interpretación.	-Monitoreo del registro y llenado completo de hoja de signos vitales. Retroalimentación de estrategia de Código Rojo. -Simulacros Código Rojo.	Febrero 2016	Equipo Multidisciplinario de Calidad

Resultados Obtenidos:

1era Medición	Febrero 2016	83%
2da Medición	Marzo 2016	82%
3era Medición	Abril 2016	100%

Resultados de la Medición previo al inicio del ciclo de mejora: 83%
Resultado de la Medición al finalizar el ciclo: 100 %

Resultado de la Medición al finalizar el ciclo: 100 %

Actuar: De acuerdo a los resultados obtenidos entre el *inicio* y *finalización* del ciclo de mejora. Ustedes deben analizar lo siguiente:

El resultado fue efectivo a partir del mes de abril.

Ya se habían implementado con más énfasis las evaluaciones debido a la muerte materna.

El resultado fue efectivo pero necesita mejoría

No fue efectivo, no hubo mejoría

CICLO RAPIDO DE MEJORA O (PEVA) Y SU DOCUMENTACIÓN

CUARTO CICLO HOSPITAL: Hospital Nacional de Ilobasco 2016

Nombre del Proceso de atención a mejorar: Atención Puerperio

Objetivo de mejoramiento. ¿Qué estamos tratando de lograr?

Que toda mujer en post parto sea controlada en las primeras 2 horas, en base a 4 criterios, según norma.

Nombre del indicador que usará para determinar si hay una mejora:

Porcentaje de mujeres a las que se les controla adecuadamente en las primeras 2 horas post parto

DOCUMENTACIÓN: CUARTO CICLO Verificar:

CICLO DE MEJORA O PEVA (Planificar, Ejecutar, Verificar y Actuar)	
ANALISIS DEL PROBLEMA	PLANIFICAR

FALLOS en la calidad identificados ó (BRECHAS)	Cuáles son las CAUSAS probables de los fallos o brechas identificados?	Defina las IDEAS DE CAMBIOS ¿Qué vamos hacer para disminuir los fallos o brechas identificados?	ACTIVIDADES a realizar para disminuir la brecha ¿Cómo vamos hacer para que los CAMBIOS se cumplan?	Fecha de cumplimiento	Responsables
-Persistencia Llenado incompleto de la hoja de registro de signos vitales -Falla al interpretar los signos vitales obtenidos	-Actitudinal	-Registro adecuado de signos vitales de paciente puerpera -Aplicación de la Estrategia de Código Rojo y la importancia de la buena toma de signos vitales y su interpretación.	-Monitoreo del registro y llenado completo de hoja de signos vitales. -Retroalimentación de estrategia de Código Rojo.	Mayo 2016	Equipo Multidisciplinario de Calidad

Resultados Obtenidos:

1era Medición	Mayo 2016 100%
2da Medición	Junio 2016 90%
3era Medición	Julio 2016 98%

Resultados de la Medición previo al inicio del ciclo de mejora: **100%**

Resultado de la Medición al finalizar el ciclo: **98 %**

Actuar: De acuerdo a los resultados obtenidos entre el *inicio* y *finalización* del ciclo de mejora. Ustedes deben analizar lo siguiente:

El resultado fue efectivo

El resultado fue efectivo pero necesita mejoría

No fue efectivo, no hubo mejoría

CICLO RAPIDO DE MEJORA O (PEVA) Y SU DOCUMENTACIÓN

QUINTO CICLO HOSPITAL: Hospital Nacional de Ilobasco 2016

Nombre del Proceso de atención a mejorar: Atención Puerperio

Objetivo de mejoramiento. ¿Qué estamos tratando de lograr?

Que toda mujer en post parto sea controlada en las primeras 2 horas, en base a 4 criterios, según norma.

Nombre del indicador que usará para determinar si hay una mejora:

Porcentaje de mujeres a las que se les controla adecuadamente en las primeras 2 horas post parto

DOCUMENTACIÓN: QUINTO CICLO Verificar:

CICLO DE MEJORA O PEVA (Planificar, Ejecutar, Verificar y Actuar)

ANALISIS DEL PROBLEMA		PLANIFICAR			
FALLOS en la calidad identificados ó (BRECHAS)	Cuáles son las CAUSAS probables de los fallos o brechas identificados?	Defina las IDEAS DE CAMBIOS ¿Qué vamos hacer para disminuir los fallos o brechas identificados?	ACTIVIDADES a realizar para disminuir la brecha ¿Cómo vamos hacer para que los CAMBIOS se cumplan?	Fecha de cumplimiento	Responsables
-Llenado incompleto de la hoja de registro de signos vitales -Falla al interpretar los signos vitales obtenidos	-Actitudinal	-Registro adecuado de signos vitales de paciente puérpera -Sensibilizar al personal mediante el conocimiento de la Estrategia de Código Rojo la importancia de la buena toma de signos vitales y su interpretación.	-Monitoreo del registro y llenado completo de hoja de signos vitales. -Retroalimentación de estrategia de Código Rojo.	Agosto 2016	Equipo Multidisciplinario de Calidad

Resultados Obtenidos:

1era Medición	Agosto 2016 89%
2da Medición	Septiembre 2016 100%
3era Medición	Octubre 2016 100%

Resultados de la Medición previo al inicio del ciclo de mejora: 89%

Resultado de la Medición al finalizar el ciclo: 100 % medición hasta Septiembre 2016

Actuar: De acuerdo a los resultados obtenidos entre el *inicio* y *finalización* del ciclo de mejora. Ustedes deben analizar lo siguiente:

El resultado fue efectivo

El resultado fue efectivo pero necesita mejoría

No fue efectivo, no hubo mejoría

CICLO RAPIDO DE MEJORA O (PEVA) Y SU DOCUMENTACIÓN

SEXTO CICLO HOSPITAL: Hospital Nacional de Ilobasco 2016-2017

Nombre del Proceso de atención a mejorar: Atención Puerperio

Objetivo de mejoramiento. ¿Qué estamos tratando de lograr?

Que toda mujer en post parto sea controlada en las primeras 2 horas, en base a 4 criterios, según norma.

Nombre del indicador que usará para determinar si hay una mejora:

Porcentaje de mujeres a las que se les controla adecuadamente en las primeras 2 horas post parto

DOCUMENTACIÓN: SEXTO CICLO Verificar:

CICLO DE MEJORA O PEVA (Planificar, Ejecutar, Verificar y Actuar)

ANALISIS DEL PROBLEMA		PLANIFICAR			
FALLOS en la calidad identificados ó (BRECHAS)	Cuáles son las CAUSAS probables de los fallos o brechas identificados?	Defina las IDEAS DE CAMBIOS ¿Qué vamos hacer para disminuir los fallos o brechas identificados?	ACTIVIDADES a realizar para disminuir la brecha ¿Cómo vamos hacer para que los CAMBIOS se cumplan?	Fecha de cumplimiento	Responsables
-Llenado incompleto de la hoja de registro de signos vitales -Falla al interpretar los signos vitales obtenidos	-Actitudinal	-Registro adecuado de signos vitales de paciente púérpera -Sensibilizar al personal mediante el conocimiento de la Estrategia de Código Rojo la importancia de la buena toma de signos vitales y su interpretación.	-Socializar las ideas de mejora. -Monitoreo del registro y llenado completo de hoja de signos vitales. -Retroalimentación de estrategia de Código Rojo.	Enero 2017	Equipo Multidisciplinario de Calidad

Resultados Obtenidos:

1era Medición	Noviembre 2016	100%
2da Medición	Diciembre 2016	100%
3era Medición	Enero 2017	100%

Resultados de la Medición previo al inicio del ciclo de mejora: 100%

Resultado de la Medición al finalizar el ciclo: 100 % medición hasta Septiembre 2016

Actuar: De acuerdo a los resultados obtenidos entre el *inicio* y *finalización* del ciclo de mejora. Ustedes deben analizar lo siguiente:

El resultado fue efectivo

El resultado fue efectivo pero necesita mejoría

No fue efectivo, no hubo mejoría

A
n

 CLÍNICA DE LA MUJER ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	MANUAL MANUAL CÓDIGO ROJO	HO.-M.002
	HOSPITALIZACIÓN (PO)	Versión: 3

Anexo No. 5 Formato de evaluación del Código Rojo

	FORMATO DE EVALUACIÓN CÓDIGO ROJO	Código RCM-617 Versión			
FECHA:	SERVICIO:				
HORA DE ACTIVACIÓN:	CÓDIGO ROJO ACTIVADO POR:				
HORA DE LLEGADA:					
GINECÓLOGO:	ANESTESIÓLOGO:	CAMILLERO:			
		HOSPITALARIO:			
DIAGNÓSTICO DE LA PACIENTE:					
No.	CRITERIOS A EVALUAR	SI	NO	N.A.	OBSERVACIONES
1	Se hizo valoración de la paciente buscando etiología de choque				
2	Pide Ayuda (activa código rojo)				
3	Se utilizaron los medios de comunicación definidos para activar el código				
4	El personal reaccionó ante la activación del código (2 min. Max)				
5	Se llevo la camilla y lonchera de código rojo				
6	El médico clasificó el choque?				
7	Evalúa vía aérea/ Evalúa respiración				
8	Se administró oxígeno (mascara)				
9	Canaliza 2 venas con catéter #14 o #16				
10	Se tomaron las muestras para laboratorio al momento de canalizar				
11	Se inicio reemplazo de volumen con 200cc (cristaloides) calientes				
12	Se monitorea signos vitales del paciente				
13	Se solicita la sangre sin cruzar				
14	Tiempo de respuesta de laboratorio para la sangre sin cruzar				
15	Se pasa sonda a cistostomía de 2 vías				
16	Se inician medicamentos de primera línea (oxitocina, misoprostol, mehegerin, carbocina) diciendo en voz alta				
17	Se hace revisión y reclasificación del choque?				
18	Se hace masaje bimanual?				
19	Se demuestran a UCI/UCI y Clingfa, (¿quien lo decide? y ¿cuanto tiempo?)				
20	Tiempo de respuesta de reporte de paraclicnicos				
21	Se observa que hubo un líder del código desde su inicio hasta el final				
22	¿Cada participante conoce su rol?				
23	Se diligencia formulario de seguimiento de código rojo RCM 527				
24	Se dio información la paciente y familia sobre su estado clínico				
25	¿Quién levanto el código rojo?				
26	Se contó con la participación de todos los actores del código				
27	La comunicación interdisciplinaria durante el código fue efectiva/ asertiva				
28	El personal colaboró tomando actitudes serias durante el ejercicio				
RESPONSABLES DE LA OBSERVACIÓN:					

Elaboró: PATRICIA ORTIZ
 Revisó: ALEJANDRO CASTRO SANGUINO
 Aprobó: MÓNICA A. CUEVAS

Impreso: Carolina Espinosa Torres - 2/11/2014 11:37:33 AM
 El contenido de este documento y/o sus anexos son propiedad y para uso exclusivo de Clínica de la Mujer.

d
e

C
ó
d
i
g
o