



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

**Evaluación de las Auditorías de Calidad de Muerte Materna a
través del protocolo de Londres en el Hospital Guasmo Sur**

AUTORA:

MACÍAS CARREÑO, PATRICIA JANETH, MD.

**Previo a la obtención del Grado Académico de:
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TUTOR:

DR. FRANCISCO OBANDO FREIRE, PhD.

**Guayaquil, Ecuador
2019**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Md. Patricia Janeth Macías Carreño**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Dr. Francisco Obando Freire, PhD.

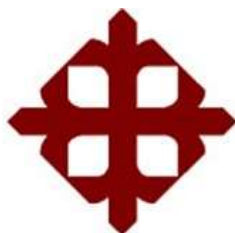
REVISORA

Econ. Laura Zambrano Chumo, MBA

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María del Carmen Lapo Maza, PhD.

Guayaquil, 26 de junio del 2019



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Patricia Janeth Macías Carreño

DECLARO QUE:

El Proyecto de Investigación: **Evaluación de las Auditorías de Calidad de Muerte Materna a través del protocolo de Londres en el Hospital Guasmo Sur**, previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Proyecto de Investigación del Grado Académico en mención.

Guayaquil, 26 de junio del 2019

LA AUTORA

Patricia Janeth Macías Carreño



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

Yo, Patricia Janeth Macías Carreño

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación previo a la obtención del grado de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulada: **Evaluación de las Auditorías de Calidad de Muerte Materna a través del protocolo de Londres en el Hospital Guasmo Sur**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 26 de junio del 2019

LA AUTORA:

Patricia Janeth Macías Carreño



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

Informe de Urkund

URKUND

Lista de fuentes Bloques

Documento [Tesis dra Patricia Macias.pdf \(053963002\)](#)

Presentado 2019-06-10 21:35 (-05:00)

Presentado por MDJANETH_UCSG@hotmail.com

Recibido maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje Tesis Dra Patricia Macias Carreño [Mostrar el mensaje completo](#)

2% de estas 51 páginas, se componen de texto presente en 9 fuentes.

[Tesis arreglada final.docx](#)

<http://dx.doi.org/10.12304/revisalud14-01.2016.10>

[29a82a26-fe0b-400e-bb05-5ce49504d091](#)

<https://es.wikipedia.org/wiki/Salud>

<https://slideshare.es/slide/1532775>

Agradecimiento

Agradezco a Dios fortaleza divina que me brinda día a día una oportunidad de vida.

A mis amados padres quienes con su gran amor me inculcaron a ser mejor cada día.

A mi tutor Dr. Francisco Obando, quien con su alto conocimiento, profesionalismo y calidad humana impregno sabios conocimientos y de manera acertada lograr culminar una meta más en mi vida.

A mis estimados colegas y compañero de trabajo, por ser parte de una ardua tarea que diariamente ejecutamos y que culminamos con gran cariño.

Patricia Janeth Macías Carreño

Dedicatoria

Una vez más la fuerza de ser mejor para quienes soy ejemplo abre mis pasos y dan tregua a grandes logros.

Mis grandes amores Ethan, Eam e Icker este logro es de ustedes y para ustedes por ser mi más grande inspiración de valor y perseverancia.

Ninguna medida de tiempo bastará para decirles que ustedes son mi pilar en cada paso que doy John y Carmen mas que mis hermanos mis mejores amigos; porque cada paso cuenta.

El amor es una ventana al alma aquella que se alimenta con una palabra de aliento y apoyo, mi amado esposo gracias por existir.

Patricia Janeth Macías Carreño

Índice General

Contenido

| | |
|--|------|
| Agradecimiento | VI |
| Dedicatoria..... | VII |
| Índice de Figuras..... | XI |
| Resumen | XII |
| Abstract | XIII |
| Introducción..... | 2 |
| Antecedentes | 5 |
| Planteamiento del Problema | 7 |
| Justificación | 10 |
| Preguntas de Investigación | 12 |
| Objetivos | 12 |
| Objetivo general..... | 12 |
| Objetivos específicos | 13 |
| Variables | 13 |
| Variable independiente | 13 |
| Variable dependiente | 13 |
| Capítulo 1 Marco Teórico..... | 14 |
| Auditoría de Calidad en Salud | 14 |
| Auditoría de Calidad de Muerte Materna | 16 |
| Protocolo de Londres | 19 |
| Marco Conceptual..... | 29 |
| Capítulo 2 Marco Referencial..... | 33 |
| Referentes Empíricos Internacionales..... | 33 |
| Referentes Empíricos Nacionales | 42 |
| Hospital Guasmo Sur | 44 |
| Marco Legal..... | 46 |
| Constitución de la República del Ecuador | 46 |
| Plan Nacional de Desarrollo | 46 |
| Ley Orgánica de Salud..... | 46 |

| | |
|--|----|
| Ley de Maternidad gratuita y Atención a la infancia | 47 |
| Ley de Seguridad Social | 47 |
| Código Orgánico Integral Penal | 48 |
| Reglamento de información confidencial en Sistema Nacional de Salud | 48 |
| Capítulo 3 Metodología y Resultados..... | 49 |
| Diseño Metodológico..... | 49 |
| Enfoque de la Investigación..... | 50 |
| Alcance | 50 |
| Tipo de Datos..... | 51 |
| Técnica de la Investigación..... | 51 |
| Instrumento | 52 |
| Método | 53 |
| Procesamiento de los Datos | 53 |
| Población y Muestra | 54 |
| Análisis de Resultados | 54 |
| 2.- En el proceso de elaboración del informe de investigación de una muerte materna, se da la discusión sobre las barreras que actuaron para que | 56 |
| 3. - Determine la falla activa principal que se evidenció en el caso mencionado. | 57 |
| 4. - Luego de establecer las fallas activas, usted dentro del equipo de investigadores propone analizar los factores contributivos en el evento. Califique como falsas o verdaderas las siguientes conclusiones que se enunciaron durante el debate..... | 58 |
| 5 ¿Es lo mismo error que evento adverso? | 60 |
| 6 ¿Cómo se puede mejorar dicha cultura y evitar la cultura de la culpabilidad? | 60 |
| 7. ¿En qué consiste el protocolo de Londres para el estudio de los eventos adversos? | 63 |
| 8.- Dentro de una auditoría de evento centinela, cómo logra saber que los hallazgos pueden ser posibles factores contributivos: | 64 |
| 9.- Como equipo investigador al realizar las investigaciones de muerte materna, ¿considera usted que el protocolo de Londres es la herramienta esencial para proceder con la investigación?..... | 66 |
| 10.- ¿Dentro de las actividades de auditoría interna y plan de trabajo incluye usted la actividad de análisis de casos de eventos centinelas? | 67 |
| Entrevista a profundidad | 67 |
| 2. ¿Cuáles considera que son las debilidades que se han presentado al implementar el protocolo de Londres? | 68 |
| 3. ¿Qué le impide poner en práctica el protocolo de Londres? (Barreras) | 68 |

| | |
|---|----|
| 4. ¿Cuáles son las principales fallas que ha encontrado en la auditoría de muerte materna?..... | 68 |
| 5. ¿Qué medidas considera adecuadas para evitar que el personal entrevistado no identifique que se genera un juicio de valor en la entrevista? | 69 |
| 6. ¿Cuáles son las consideraciones que tiene para determinar si los hallazgos en una auditoría de evento centinela son posibles factores contributivos? | 69 |
| 7. ¿Considera que el protocolo de Londres es una herramienta esencial para la investigación de muertes maternas? ¿Por qué?..... | 70 |
| Interpretación de Resultados..... | 70 |
| Capítulo 4 Propuesta | 73 |
| Justificación | 73 |
| Objetivos | 74 |
| Objetivo general..... | 74 |
| Objetivos específicos | 74 |
| Beneficiarios | 75 |
| Unidad de Análisis y Consecución del Proyecto | 75 |
| Factibilidad | 77 |
| Factibilidad técnica | 77 |
| Factibilidad humana..... | 78 |
| Factibilidad financiera | 78 |
| Descripción de la Propuesta Actividades | 78 |
| Estrategia 1: Elaboración de diagramas de procesos para el relevo de turno | 78 |
| Estrategia 2: Capacitar a los profesionales de la salud en temas de identificación de alarmas en las pacientes. | 82 |
| Elaboración de material didáctico: impreso | 82 |
| Selección de información para realizar las charlas al personal de salud | 84 |
| Estrategia 3: Staff Médicos sobre los eventos adversos y centinela para la toma de decisiones oportunas. | 85 |
| Estrategia 4: Priorizar el cuidado especializado intensivo fuera del Hospital en caso de existir demora en el ingreso del paciente. | 86 |
| Recursos financieros | 88 |
| Cronograma de actividades..... | 90 |
| Cronograma de Actividades..... | 90 |
| Conclusiones | 92 |
| Recomendaciones | 96 |
| Referencias | 98 |

| | |
|--|-----|
| Apéndices | 104 |
| Apéndice A. Cuestionario de Evaluación sobre la aplicación del Protocolo de Londres en las investigaciones de Muertes Maternas..... | 104 |
| 1. Usted es parte del equipo investigador aplicando protocolo de Londres..... | 104 |
| 2. En el proceso de elaboración del informe de investigación de una muerte materna, se da la discusión sobre las barreras que no actuaron para que se presentara el caso, usted podría relacionar las siguientes variables entre las columnas A y B, siendo la columna A la de las barreras y la B la de las justificaciones. | 105 |
| 4. Luego de establecer las fallas activas, usted dentro del equipo de investigadores propone analizar los factores contributivos en el evento. Califique como falsas o verdaderas las siguientes conclusiones que se enunciaron durante el debate..... | 106 |
| 5 ¿Es lo mismo error que evento adverso? Si No | 107 |
| 7 ¿En qué consiste el protocolo de Londres para el estudio de los eventos adversos?..... | 109 |
| 9.- ¿Cómo equipo investigador al realizar las investigaciones de muerte materna, considera usted que le protocolo de Londres es la herramienta esencial para proceder con la investigación?..... | 109 |
| Guía de entrevista a profundidad | 110 |

Índice de Tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. <i>Factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica</i> | 23 |
| Tabla 2. <i>Información a considerar en el cambio de turno</i> | 80 |
| Tabla 3. <i>Capacitación sobre identificación de alarmas obstétricas</i> | 81 |
| Tabla 4. <i>Charla sobre eventos adversos y centinela</i> | 85 |
| Tabla 5. <i>Matriz de riesgos</i> | 87 |
| Tabla 6. <i>Recursos Humanos</i> | 87 |
| Tabla 7. <i>Materiales</i> | 88 |
| Tabla 8. <i>Recursos Financieros</i> | 88 |
| Tabla 9. <i>Cronograma de actividades</i> | 89 |

Índice de Figuras

| | |
|---|----|
| <i>Figura 1.</i> Modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos... | 19 |
| <i>Figura 2.</i> Ruta para investigar y analizar incidentes clínicos | 24 |
| <i>Figura 3.</i> Pasos a realizar en proceso de Londres | 54 |
| <i>Figura 4.</i> Barreras y justificación del caso | 55 |
| <i>Figura 5.</i> Falla activa principal | 57 |
| <i>Figura 6.</i> Conclusiones de los factores contributivos | 58 |
| <i>Figura 7.</i> Error es igual que evento adverso | 59 |
| <i>Figura 8.</i> Mejorar la cultura de seguridad..... | 61 |
| <i>Figura 9.</i> Definición del protocolo de Londres | 63 |
| <i>Figura 10.</i> Identificar hallazgos de factores contributivos | 64 |
| <i>Figura 11.</i> Protocolo de Londres es herramienta esencial para investigación..... | 65 |
| <i>Figura 12.</i> Incluye la actividad de análisis de casos de eventos centinelas | 66 |
| <i>Figura 13.</i> Ubicación del Hospital General Guasmo Sur | 75 |
| <i>Figura 14.</i> Diagrama de proceso de cambio de turno | 79 |
| <i>Figura 15.</i> Tríptico parte externa | 82 |
| <i>Figura 16.</i> Tríptico parte interna | 83 |

Resumen

La muerte materna es un problema de salud pública, ocasionado durante el embarazo, parto o puerperio hasta 42 días posparto, sus causas están dadas por complicaciones del embarazo, a excepción de accidentes o incidentes externos. El objetivo de este trabajo de investigación es el analizar la aplicación del protocolo de Londres en las auditorías de muertes maternas en el hospital General Guasmo Sur de la coordinación zonal ocho para mejoras en la atención continua de la calidad de atención. La metodología de la investigación utilizó un diseño no experimental, con un enfoque cualitativo, los alcances investigativos utilizados fueron el exploratorio y descriptivo, el tipo de investigación se clasificó como de campo y transversal, se usó como técnica la entrevista, con una guía de entrevista de 10 preguntas como instrumento de evaluación. La población objeto de estudio fue de 11 profesionales auditores de eventos centinelas (muertes maternas). Los resultados mostraron que un 55% ejecuta de manera adecuada el protocolo de Londres, las principales barreras identificadas fueron las humanas, la falla activa principal fue la sobrecarga laboral a la que están expuestos los colaboradores de la salud. Se propuso capacitar al personal en temas de identificación de alarmas obstétricas y eventos adversos y centinelas. Se concluye que el protocolo de Londres se considera como una herramienta esencial para proceder con la investigación de una muerte materna.

Palabras clave: muerte materna, auditoría, gestión, salud, embarazo, protocolo.

Abstract

Maternal death is a public health problem, caused during pregnancy, childbirth or puerperium up to 42 days postpartum, its causes are due to complications of pregnancy, except for accidents or external incidents. The objective of this research is to analyze the application of the London protocol in the audits of maternal deaths in the General Guasmo Sur hospital of the eight zone coordination for improvements in the continuous attention of the quality of attention. The research methodology used a non-experimental design, with a qualitative approach, the investigative scopes used were the exploratory and descriptive, the type of research was classified as field and cross-sectional, the interview was used as an interview technique, with an interview guide of 10 questions as an evaluation tool. The population under study was 11 professional sentinel event auditors (maternal deaths). The results showed that 55% adequately executed the London protocol, the main barriers identified were human ones, the main active failure was the work overload to which the health collaborators are exposed. It was proposed to train staff in issues of identification of obstetric alarms and adverse events and sentinels. It is concluded that the London protocol is considered as an essential tool to proceed with the investigation of a maternal death.

Keywords: maternal death, audit, management, health, pregnancy, protocol.

Introducción

La madre es el pilar de la sociedad, es dadora de vida y pródiga de cuidados a todos los de su entorno. Además, en la actualidad es parte importante en el desarrollo humano y de modelos en la sociedad; esto merece que cuando llegue a esa etapa tan dulce y esperada en la vida de la mujer de tener un hijo, es justo que se brinde a todas las mujeres lo necesario, para que no tenga el desenlace de una tragedia. La muerte de una madre durante el embarazo, el parto o el puerperio es una tragedia humana personal, familiar y social.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada día se percibe un total de 1,500 muertes de mujeres por el desarrollo de complicaciones durante el embarazo y el parto; se estima que en el 2005 existió una cantidad aproximada de 536,000 muertes maternas alrededor del mundo, cifra preocupante para la medicina mundial. La mayor cantidad de muertes maternas se dieron en los países en desarrollo, contando con que cada una de estas muertes pudo haberse prevenido con la aplicación de los procedimientos adecuados (OMS, 2019).

Se la conoce a la auditoría médica como “el análisis crítico sistemático de la calidad del cuidado médico, incluyendo procedimientos, diagnósticos y tratamientos, el uso de recursos adecuados y que los resultados reflejen una mayor calidad de vida” (Yinger & Ransom, 2002, p. 35).

El embarazo y la maternidad, además de considerarse procesos naturales indispensables para la supervivencia humana, son acontecimientos gratificantes en la vida de muchas mujeres e inclusive en su entorno social. Pero el hecho que derive en la muerte de la madre acarrea repercusiones familiares, sociales, económicas y políticas (Verdu, 2013), que se conducen a la negación de una serie

de derechos humanos, incluidos los sexuales y reproductivos, e incide en el desarrollo del país.

La muerte materna por definición es “la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o el puerperio hasta el día 42 posparto, por causas relacionadas al embarazo o como complicaciones de éste, independiente de su duración y lugar, excepto causas accidentales o incidentales” (Calderón, 2013, p. 7).

El Protocolo de Londres es un proceso sugerido para el análisis e investigación de los eventos adversos y centinelas que se presenten en un establecimiento de salud, pretende facilitar la investigación clara y objetiva de incidentes clínicos, aplicándolo a toda la gama de incidentes tanto leves como a graves. También involucra al ambiente y todos los integrantes de la organización intervinientes en el evento, arroja conclusiones que disminuyen el riesgo en la asistencia al tener en cuenta todos los factores implicados (Vincent, 2014).

El realizar un proceso de investigación sobre un evento de impacto social, genera un análisis estratégico de métodos y herramientas para la reducción de la muerte materna; por esta razón este trabajo analizará todas las metodologías que presta el protocolo de Londres para realizar los procesos de investigación de las muertes maternas en el Hospital General Guasmo Sur de la ciudad de Guayaquil, con el fin de identificar si la utilidad de esta herramienta genera un impacto importante en la reducción de un evento centinela.

En el capítulo dos, se efectúa una revisión de los resultados de investigaciones a nivel nacional e internacional, cuyos datos sirvieron de referencia en el presente estudio y permitieron clarificar el proceso de recopilación de datos. Entre los estudios de origen nacional se analizó una investigación sobre la calidad de atención de las pacientes gestantes que fallecieron en la coordinación zonal 8

entre los cuales de desataco el Hospital general Guasmo Sur y el Hospital Universitario.

A nivel internacional se revisaron varios estudios, entre los cuales se tiene una investigación efectuada en Suecia datos que determinaron que la mayoría de las muertes maternas se podrían evitar durante el parto. También se analizaron los resultados del estudio mediante auditorías para el mejoramiento continuo de la calidad de atención en salud, efectuado en Colombia, y se revisó una investigación sobre las principales causas de muertes maternas y sus factores contributivos en México, Chile y Venezuela.

En el capítulo tres de esta investigación se presenta la metodología utilizada, se define el alcance investigativo, se especifica el tipo de investigación y las herramientas que se aplicaron en la recopilación de datos. También se determinó la población en estudio y se calculó la muestra a un 95% de confianza con un margen de error del 5%. En este apartado se presenta también el presupuesto necesario para realizar la investigación y el análisis de los resultados obtenidos.

En el cuarto capítulo se establece la propuesta, con sus debidos justificantes, se demarcaron los objetivos y se presentó el desarrollo de la misma, en donde se hizo uso de los resultados obtenidos para el establecimiento de estrategias que permitan solucionar la problemática planteada en esta investigación.

Finalmente se desarrollan las conclusiones y recomendaciones de este trabajo investigativo, se presentan las referencias de los trabajos citados y los anexos que respaldan este estudio.

Antecedentes

Conceptualmente existe un espectro de gravedad clínica con dos extremos, en uno se encuentran las mujeres que cursan una gestación sin complicaciones y en el otro, la muerte materna. En este continuo, se encuentran las condiciones potencialmente peligrosas para la vida o morbilidades maternas extremas, las cuales pueden llegar a generar un desenlace fatal si no se intervienen.

A pesar de lograr avances en la salud materna, las complicaciones relacionadas con la gestación siguen siendo un importante problema de salud pública en el mundo. Se presentan cerca de cincuenta millones de problemas en salud materna anual y aproximadamente trescientos millones de mujeres sufren a corto y largo plazo de enfermedades y lesiones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio (OMS, 2013).

Se ha constatado por medio del Ministerio de Salud Pública (MSP) una reducción de casos de muerte materna en las provincias de Pichincha, Napo y Orellana, indicando una reducción de nueve casos en el 2015 a dos casos en el 2016 y dos casos de muerte materna en el año 2017, lo cual se ha considerado esta noticia estadística como beneficiosa para las habitantes del Ecuador que se encuentran en periodo de gestación y las que se encuentran por ingresar al periodo de embarazo. Cada uno de los datos se lo ha relacionado con las cifras de la OMS que han notificado que diariamente un total aproximado de 800 mujeres fallece en todo el mundo, una de las razones por las cuales se produce la muerte materna es porque existe una inadecuada comprensión de las señales de peligro durante el desarrollo del embarazo, la no accesibilidad, el mal servicio de cuidado a las madres, entre otros aspectos (MSP, 2019a).

Se presentan estadísticas que se han desarrollado a nivel nacional acerca de la

muerte materna y se ha constatado que en el último mes del año 2017 un total de 150 casos de muerte materna se produjo, dentro de este total se cuenta la muerte durante el proceso de gestación, parto y post-parto. Las ciudades de Guayaquil, Durán y Samborondón han sido descritas como las áreas en donde ha existido un mayor porcentaje de muerte materna (23.33%) tomando en cuenta como base los 35 casos que se han producido, posteriormente la incidencia de la muerte materna en Santa Elena, Bolívar, Los Ríos y Galápagos ha sido del 15.33% sobre 22 casos (MSP, 2019a).

En el 2015, el Ecuador cerró su año con 150 muertes maternas, lo cual corresponde a una Razón de Muerte Materna (RMM) de 44.58, esto significa un descenso de 71% de la RMM con respecto a la que se presentó en 1990. Del total de los casos de muerte materna, se registraron cero muertes en el grupo de 10 a 14 años.

Las principales causas de muerte materna siguen siendo: hemorragias, trastornos hipertensivos del embarazo, infecciones, abortos en condiciones inseguras, enfermedades preexistentes que complican el embarazo (cáncer, diabetes, insuficiencia renal, HIV, SIDA) o condiciones preexistentes que agravan el embarazo (adolescencia o embarazos a edad avanzada), entre otras.

Las dos primeras causas (hemorragias y trastornos hipertensivos) abarcan el 60% de los casos. La muerte en el posparto es más frecuente, con un 74% de los casos en el año 2015. Al comparar la ocurrencia de MM en el último quinquenio se puede observar que desde 2012 las MM ha ido en disminución progresiva. Entre 2012 y 2016 la disminución en número de MM es de 82 casos esto corresponde a una disminución de 40% (MSP, 2017).

Planteamiento del Problema

En el establecimiento de salud donde se realizará el análisis de la aplicación del protocolo de Londres para conocer la utilidad e importancia de realizar las investigaciones o auditoras de un evento centinela *muertes maternas* será en el Hospital General Guasmo Sur de la ciudad de Guayaquil, tomando como base problema las 10 muertes del 2017, de las 34 muertes maternas ocurridas en los establecimientos de salud de toda zona 8, el 25% de todos los casos de mortalidad sucedieron en puerperio inmediato, 50% en puerperio mediano y 25% en puerperio tardío en uno de los establecimientos más grandes de la coordinación zonal 8 salud, siendo este un hospital de referencia nacional (CZ8S, 2017).

Dentro de los problemas suscitados e identificados en este estudio se presentan las fallas en la atención en salud más relevantes, barreras de seguridad que evitan su ocurrencia y factores contributivos que predisponen a dichas fallas como causales de la muerte materna que retribuyen a un desenlace fatal en la mujer.

Las acciones inseguras que atribuyen a un evento centinela están las fallas en la atención de la paciente que acude al servicio de salud, la cual esta atribuye a la falta de identificación del riesgo obstétrico, toma de decisiones oportunas ante el cuadro clínico del paciente para brindar el apoyo diagnóstico y terapéutico que esta amerita en ese momento (Abreu, 2014).

Entre las barreras que se presentan tanto en la comunidad como en el establecimiento de salud al que acude una paciente, se encontró que dentro de la barreras comunitarias está el plan de transporte, muchos de estos son facilitados por entidades públicas o desconcentradas como son el SIS ECU 911 con el sistema de transporte de ambulancias de transporte primario y secundarios y Transportes en

donde la comunidad especialmente en áreas de difícil acceso, aporta con sus vehículo para el traslado de pacientes críticas; sistema que se enlaza a las estrategias de la comunidad.

En los establecimientos de salud, muchas veces estas barreras se convierten en demoras a los procesos operativos que se deben cumplir ante la presencia de una emergencia obstétrica, barreras administrativas que muchas veces se suscitan y contribuyen a la deficiente presencia de componentes operativos que se requieren para la estabilización y atención de las pacientes.

Existen también factores que contribuyen a que se desencadenen eventos centinela estos pueden ser externos e internos: entre los externos existen las siguientes demoras; la primera demora tiene que ver con el tiempo perdido en que la mujer, su pareja y la comunidad, en identificar las señales de peligro como signos y síntomas de que algo anda mal para que acuda de manera rápida al establecimiento de salud más cercano.

La segunda demora se relaciona con el tiempo perdido que se suscita en entre la identificación fisiológica en que la paciente tras identificar las señales de peligro como sangrado, dolor pélvico intenso antes de su parto, fiebre, cefalea durante el embarazo entre otros, acuda de manera inmediata y acceda a los servicios de salud; esta barrera está dada por dificultades geográficas, económicas, culturales, de transporte, etc.

La tercera demora se presenta en los establecimientos de salud, en el tiempo que se pierde en recibir la atención oportuna y adecuada; depende mucho de la calidad de la atención obstétrica por parte del personal de salud que labora en la institución y de su cartera de servicios (capacidad resolutiva, medicamentos, quirófanos, derivados sanguíneos, etc.) para poder tomar la decisión de

intervención o referencia inmediata.

El puerperio, también se considera uno de los factores más importantes dentro de los eventos centinelas ya que las pacientes luego de ser dadas de alta médica de un establecimiento de salud acuden de manera tardía al establecimiento de salud de referencia para continuar con la atención adecuada y oportuna durante sus primeros 41 días.

Entre los factores contributivos internos, es decir los que se suscitan dentro de los establecimientos de salud tanto operativas como administrativas, se presentan los siguientes: las fallas en la identificación de los signos de alarma por parte del personal de salud: es decir que la paciente presenta signos y síntomas de patologías relevantes que se exacerban durante su embarazo, parto y puerperio y el personal omite estos hallazgos permitiendo demoras en la atención (Medina, Anaya, Aguilera, & Leyva, 2015).

La falta u omisión del llenado de datos importantes en las historias clínicas, en la continuidad de las notas de evoluciones y la de decisiones de manera conjunta y multidisciplinaria por parte del equipo médico, lo cual puede generar múltiples desencadenantes ante la toma de decisión y sobre todo la estabilización y recuperación del paciente.

El desconocimiento y aplicación de las normativas para la toma de decisiones es otro de los factores que desencadena demoras en la atención de una paciente crítica, la cual es necesario para la estabilización, intervención, resolución del caso clínico que se presenta. Además, la utilización de insumos o equipos médicos como ecógrafos, monitores, ventiladores mecánicos, bombas de infusión, que atribuyen a la atención de una paciente en riesgo de muerte, formando parte del complejo multifuncional en un área de estabilización de una paciente.

La no aplicación de la estrategia alarma materna que es otro factor que contribuye a una muerte si no se mantiene la cultura organizacional de un equipo de trabajo ante la activación de una emergencia obstétrica, el manejo las claves obstétricas que son charoles de paro con todos los insumos, medicamentos y equipos médicos como score mama, traje antishock, balón de bacrey etc., para la estabilización de criterios como hemorragias obstétricas, sepsis y trastornos hipertensivos en el embarazo.

Teniendo en cuenta los antecedentes presentados anteriormente, y con el fin de disminuir la mortalidad materna relacionada con el embarazo, parto y puerperio, se presentan a continuación, tanto las fallas activas (acciones inseguras) como las fallas latentes más frecuentes en la atención a la madre y el recién nacido y las prácticas seguras para mitigar el riesgo de errores en la atención (PAZ, 2006).

Justificación

Este estudio generará una propuesta metodológica de auditoría de muerte materna con la finalidad de poder mejorar las estrategias de investigación de dichos procesos centrados en el aprendizaje que busca inducir a la reflexión con distintos aportes en los procedimientos médicos, mirando la realidad desde una dimensión más compleja e integral en el Hospital General Guasmo Sur, aplicando el protocolo de Londres y coordinado de manera conjunta con las instancias pertinentes al proceso de auditoría local y nacional, lo cual representará una contribución para el sistemas de salud del país.

Está dirigido a todo el personal de salud (especialistas, médicos, técnicos y auditores) así como al personal administrativo (analistas y operativos) que participa en las diferentes fases del proceso de calidad de atención y auditorías

internas y externas en el Hospital y para aquellos que se puedan realizar en otros establecimientos de salud de la Zonal 8.

Tiene la finalidad de instar a los profesionales de la salud a generar docencia en su establecimiento de salud, identificando los errores más comunes y de alto impacto operativo (análisis de las historias clínicas, toma de decisiones, estabilización oportuna de las pacientes, utilización de herramientas alarma materna, insumos y equipamientos); y, a los expertos en auditorías medicas de muerte materna, a identificar (fallas en el proceso de investigación y la realización de una buena entrevista profesional y cualitativa basados en una buena investigación).

Todos estos procesos conllevan a la búsqueda de factores contributivos, barreras o prácticas seguras a implementar para evitar errores en los procesos, así como los mecanismos de monitoreo, planes de acción y medición de las prácticas seguras sugeridas en auditorías de muerte materna.

La presente propuesta metodológica contribuirá a incrementar el conocimiento del tema lo que facilitará la implementación de sistemas de vigilancia de la morbi-mortalidad materna en el Hospital Guasmo Sur, con el fin de mejorar factores contributivos que de ser intervenidos impacten en la reducción de la mortalidad materna, lo que servirá de soporte a las mejores prácticas clínicas de Guayaquil y del Ecuador. De esta manera este estudio estaría aportando resultados necesarios para el fortalecimiento académico en las carreras médicas, generando líneas de investigación para la Universidad Católica Santiago de Guayaquil y su prestigiosa metodología de enseñanza que cumplimiento de las metas Plan Nacional de Desarrollo.

El presente estudio de investigación corresponde a la línea de investigación de la Maestría en Gerencia de los Servicios de la Salud de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil Calidad de Servicio y Satisfacción Usuaría. El proyecto responde a esta línea de investigación porque por medio del desarrollo de propuestas se quiere buscar la plena satisfacción de los usuarios.

Preguntas de Investigación

¿Cuáles son los fundamentos teóricos de la auditoría de calidad en salud y auditoría de calidad de muerte materna a través de protocolo de Londres?

¿Cuáles son los factores contributivos que conllevaron a la muerte materna en el embarazo, parto y puerperio a través del protocolo de Londres en las auditorías del Hospital General Guasmo Sur de la ciudad de Guayaquil?

¿Cómo se evaluará la aplicación de los parámetros que indica el protocolo de Londres en las auditorías internas y externas en casos de muerte materna suscitados en el Hospital General Guasmo Sur de la coordinación zonal 8?

¿Cuáles son los nudos críticos por parte de los equipos auditores de calidad para aplicar el protocolo de Londres en las muertes materna del Hospital y de otros establecimientos de salud involucrados en la atención de la paciente de la ciudad Guayaquil?

¿Qué estrategias se plantearán para reducir la muerte materna por parte de los profesionales de la salud del Hospital General Guasmo Sur?

Objetivos

Objetivo general

Determinar si existe asociación entre los factores contributivos que conllevan a una muerte materna con la calidad de atención de las gestantes de acuerdo al Protocolo de Londres en el hospital General Guasmo Sur de la coordinación zonal

8, para la propuesta de un plan de acción.

Objetivos específicos

- Analizar los fundamentos teóricos de la auditoría de calidad en salud y auditoría de calidad de muerte materna a través de protocolo de Londres.
- Identificar los factores contributivos que conllevaron a la muerte materna en el embarazo, parto y puerperio a través del protocolo de Londres en las auditorías del Hospital General Guasmo Sur de la ciudad de Guayaquil.
- Evaluar la aplicación de los parámetros que indica el protocolo de Londres en las auditorías internas y externas en casos de muerte materna suscitados en el Hospital General Guasmo Sur de la coordinación zonal 8.
- Valorar los nudos críticos por parte de los equipos auditores de calidad para aplicar el protocolo de Londres en las muertes materna del Hospital y de otros establecimientos de salud involucrados en la atención de la paciente de la ciudad Guayaquil.
- Plantear estrategias para reducir la muerte materna por parte de los profesionales de la salud del Hospital General Guasmo Sur.

Variables

Variable independiente

Factores contributivos que conllevan a la muerte materna identificados en el protocolo de Londres

Variable dependiente

Gestión de Calidad de muerte Materna aplicada mediante los resultados de la investigación a través del protocolo de Londres.

Capítulo 1

Marco Teórico

En este capítulo se presentan los principales enfoques teóricos respecto a las variables en estudio: Auditoría de la calidad en salud, Auditoría de la Muerte Materna y Protocolo de Londres. Además, se analizarán las metodologías utilizadas en esta investigación.

Auditoría de Calidad en Salud

El término auditoría médica ha sido usado, así el Psicoya (2016) lo define como “proceso multidisciplinario, por el cual el cuerpo médico mediante el comité de auditoría médica revisa colectivamente las historias clínicas, las evalúa y pone en práctica los correctivos necesarios, luego de haberlos comparado con estándares validados” (p 9). Sus principales funciones son:

- Alentar la mejora de la práctica médica
- Educar a todos los miembros del equipo médico
- Permitir la comparación de actos quirúrgicos
- Lograr la calidad total en la atención médica.

Actualmente se define a la auditoría médica como “el análisis crítico sistemático de la calidad del cuidado médico, incluyendo procedimientos, diagnósticos y tratamientos, el uso de recursos adecuados y que los resultados reflejen una mayor calidad de vida” (Yinger & Ransom, 2002, p. 35).

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud es un mecanismo sistémico y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención en salud que reciben los usuarios.

El autocontrol en un proceso de auditoría o investigación, establece que cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normativa vigente y por la organización.

La Auditoría Interna es la primera fase de evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita.

La Auditoría Externa es una evaluación sistemática llevada a cabo por ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden.

Calidad de la Atención en Salud se entiende la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Los criterios de auditoría los cuales son un conjunto de políticas, procedimientos o requisitos los criterios de auditoría se utilizan como una referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoría.

El utilizar un estándar expresiones desarrolladas profesionalmente de los rangos de variaciones aceptables de una norma o criterio. Nivel alcanzable o deseable del desempeño contra el cual puede ser comparado el desempeño actual. Hay diferentes tipos de estándares de acuerdo hacia donde estén dirigidos, ya sea, hacia la estructura, el proceso o el resultado.

Los estándares de la estructura están aplicados a las cosas que usan (personas, recursos financieros y físicos), los estándares de proceso están aplicados a las

cosas que hacen (actividades que constituyen la atención, servicio o gestión) y los estándares de resultado están dirigidos a los resultados (clínicos y no clínicos) de lo que muchos hacen con las cosas que tienen (Zeithaml, Parasuraman, & Berry, 2013).

Las evidencias que se puedan generar dentro de la auditoría, es un registro, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables, están basada en muestras de información disponible y utilizable en todos los procesos de verificación dentro de una investigación.

Los hallazgos de la auditoría encontrados en los resultados de la evaluación de la evidencia de la misma, son recopilados frente a los criterios de dicho proceso.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

- La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
- La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Auditoría de Calidad de Muerte Materna

La muerte materna por definición es la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o el puerperio hasta el día 42 posparto, por causas relacionadas al

embarazo o como complicaciones de éste, independiente de su duración y lugar, excepto causas accidentales o incidentales (Gutiérrez, Quincose, & Suárez, 2017). No obstante, a los fines de efectuar comparaciones regionales e internacionales, la tasa o la RMM - razón de mortalidad materna – será calculada excluyendo las muertes maternas tardías. Muertes maternas directas son las que resultan de complicaciones obstétricas durante el embarazo, trabajo de parto o puerperio, producto de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas (WHO, 2010). Muertes maternas indirectas son las que resultan de una enfermedad preexistente al embarazo o de una afección que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas pero si agravadas por los efectos fisiológicos que el embarazo impone sobre el organismo materno (OMS, 2013).

La muerte materna ha sido durante mucho tiempo el punto de partida para investigar la calidad del cuidado de la salud materna. El conocimiento de las circunstancias que llevan a una muerte materna permite la identificación de factores relacionados con aspectos clínicos, comunitarios y de salud pública.

Muerte Materna se define como:

La defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, independientemente de su duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (Paz, 2016, p. 25).

Las políticas que contribuyen a definir el problema de la mortalidad materna, y estableciendo prioridades se considera lo siguiente: 1.- Políticas de salud, 2.-

Política de Educación, 3.- Política de saneamiento básico, 4.- Política económica, y 5.- Política de transporte y comunicación.

Los factores asociados con la muerte materna en estas políticas están imbricados con una relación muy fuerte; pero en el enfoque de prioridad se dice que el sistema de salud es el más importante que por ejemplo conocer poco sobre la morbilidad y mortalidad, no sólo como diagnóstico sino los focos que más incidencia tiene, es alguna de las características de nuestra realidad; así como la baja calidad de servicio que recibe la gestante sea de manera ambulatoria, en hospitalización y/o en emergencia; al no tener la mayor importancia en aumentar la cobertura de atención, en mejorar el acceso a los servicios de salud, fortalecer la capacitación de los profesionales de salud y/o el mejoramiento en el equipamiento de sus centros obstétricos. Por lo tanto, los porcentajes de muerte materna son parte del grupo de indicadores que evidencian el nivel de desarrollo de un país.

La sepsis puerperal es responsable de causar 75.000 a 80.000 muertes maternas en el mundo cada año (Tsu, 2016). En ocasiones la sepsis o el shock séptico irrumpen durante el puerperio en ausencia de hipertermia, con recuento leucocitario normal y sin foco de origen ostensible. Esta situación podrá iniciarse una vez que la enferma fue dada de alta en aparente estado de salud, y de no reconocerse oportunamente podrá conducir a un estado de shock séptico irreversible al momento de la reinternación con frecuencia, la presencia de fiebre es adjudicada al inicio de la lactancia, y la ausencia de leucocitosis fue referida en numerosos casos de sepsis graves. El parto obstruido causa 40.000 muertes anuales en el mundo, en la mayor parte de los casos producto de la ruptura uterina y la hemorragia, que pudiera evitarse mediante el parto asistido, la operación cesárea o la colocación del balón de Bacrey son la mejor opción.

Protocolo de Londres

El Protocolo de Londres es un proceso sugerido para el análisis e investigación de los eventos adversos y centinelas que se presenten en un establecimiento de salud, pretende facilitar la investigación clara y objetiva de incidentes clínicos, aplicándolo a toda la gama de incidentes tanto leves como a graves. También involucra al ambiente y todos los integrantes de la organización intervinientes en el evento, arroja conclusiones que disminuyen el riesgo en la asistencia al tener en cuenta todos los factores implicados (Vincent, 2014).

Por tratarse de un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado tiene mucha más probabilidad de éxito que aquellos métodos basados en tormenta de ideas casual o en sospechas basadas en valoraciones rápidas de expertos. No reemplaza la experiencia clínica, ni desconoce la importancia de las reflexiones individuales de los clínicos. Por el contrario, las utiliza al máximo, en el momento y de la forma adecuada.

Fases del Protocolo de Londres:

- Identificación de la decisión de investigar.
- Selección del equipo investigador.
- Obtención y organización de la información.
- Establecer la cronología del incidente.
- Identificación de las acciones inseguras.
- Identificación de los factores contributivos.
- Recomendación del plan de acción.

El abordaje propuesto mejora el proceso investigativo porque:

- Es fácil identificar acciones u omisiones como causa inmediata de un incidente, un análisis más cuidadoso usualmente descubre una serie de

eventos concatenados que condujeron al resultado adverso. La identificación de una desviación obvia con respecto a una buena práctica es apenas el primer paso de una investigación profunda.

- El enfoque estructurado y sistemático significa que el campo y alcance de una investigación es planeado y hasta cierto punto predecible.
- Cuando el proceso investigativo se aborda de manera sistemática el personal entrevistado se siente menos amenazado.
- Los métodos utilizados fueron diseñados pensando en promover un ambiente de apertura que contrastan con los tradicionales basados en señalamientos personales y asignación de culpa.



Figura 1. Modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos
Tomado de <https://slideplayer.es/slide/1532775>

Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones. No sobra insistir en que la metodología propuesta tiene que desligarse, hasta donde sea posible, de procedimientos disciplinarios y de aquellos diseñados para

enfrentar el mal desempeño individual permanente. Para que la investigación de incidentes sea fructífera es necesario que se realice en un ambiente abierto y justo (Vincent, 2014).

Dado que esta secuencia de procesos de atención sólo se logrará a través de la coordinación efectiva de la atención hospitalaria ante una emergencia, por medio de una adecuada utilización, manejo de equipamiento y coordinación de equipos capacitados que integren el servicio de atención de emergencia las 24 horas, apoyado por un sistema de movilización de emergencia a nivel local y nacional; en el año 2012, el Ministerio de Salud Pública cumpliendo con el mandato Constitucional de garantizar la atención de salud a toda la población que se encuentra dentro del territorio Nacional en especial a los grupos más vulnerables de la sociedad; desarrolló una serie de estrategias encaminadas a mejorar cada uno de los componentes que conforman el Modelo de Atención Integral de Salud y sus estatutos los cuales logra normar y regir los procesos.

Durante el análisis de un incidente cada uno de estos elementos se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizaciones. La primera actividad del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea (piloto, controlador de tráfico aéreo cirujano, anestesiólogo, enfermera, etc.) (Berger, 1999).

Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso. El paso siguiente es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos. Estos son

condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos al interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones. Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente.

A la cabeza de los factores contributivos están los del paciente. En cualquier situación clínica las condiciones de salud del paciente juegan un papel determinante sobre el proceso de atención y sus resultados. Otros factores del paciente son su personalidad, lenguaje, creencias religiosas y problemas psicológicos, todos los cuales pueden interferir la comunicación adecuada con los prestadores. La forma en que una determinada función se planea y la disponibilidad de guías y pruebas de laboratorio pueden, igualmente, afectar la calidad de atención. Los factores del individuo (prestador) tales como conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud, tanto física como mental, son condiciones que, dado el escenario propicio, pueden contribuir a que se cometan errores. La atención en salud es cada día más compleja y sofisticada, lo que hace necesaria la participación de más de un individuo en el cuidado de cada paciente e imprescindible la adecuada coordinación y comunicación entre ellos; en otras palabras, la atención de un paciente en la actualidad depende más de un equipo que de un individuo (Calderón, 2013).

Por este motivo todo el personal de salud debe entender que sus acciones dependen de otros y condicionan las de alguien. Los ambientes físicos (ruido, luz,

espacio) y social (clima laboral, relaciones interpersonales) de trabajo son elementos que pueden afectar el desempeño de los individuos. Las decisiones y directrices organizacionales, originadas en los niveles gerencial y directivo de la institución, afectan directamente a los equipos de trabajo. Estas incluyen, por ejemplo, políticas relacionadas con uso de personal temporal o flotante, educación continua, entrenamiento y supervisión, y disponibilidad de equipo y suministros. La organización, a su vez, se desempeña en un entorno del que no puede sustraerse. Tal es el caso del contexto económico y normativo y de sus relaciones con instituciones externas (ver tabla 1).

Cada uno de estos niveles de análisis puede ampliarse con el fin de profundizar en la identificación de los factores contributivos mayores. Por ejemplo, cuando se identifica un problema de comunicación debe precisarse si esta es de naturaleza vertical (profesional senior con profesional junior, médico con enfermera, etc.) u horizontal (médico con médico, enfermera con enfermera, etc.), si es por la calidad de la información escrita (legibilidad y suficiencia de las notas), o si se trata de disponibilidad de supervisión o soporte adecuados (Vincent, 2014).

Este marco conceptual facilita el análisis de los incidentes en la medida que incluye desde elementos clínicos relacionados con el paciente, hasta factores del más alto nivel organizacional y de su entorno, que pueden haber jugado algún papel causal. Por este motivo es útil como guía para investigar y analizar incidentes clínicos.

Tabla 1

Factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica

| ORIGEN | FACTORES CONTRIBUTIVOS |
|--------------------------------|---|
| Paciente | Complejidad y gravedad Lenguaje y comunicación Personalidad y factores sociales Etnia Edad, cultura, factores económicos |
| Tecnología | Disponibilidad y uso de protocolos, políticas internas, GPC; disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas; ayudas para toma de decisiones |
| Individuo | conocimiento, habilidades, experiencia, actitud y competencia salud física y mental |
| Equipo de trabajo | Comunicación verbal y escrita supervisión y disponibilidad de soporte estructura del equipo (consistencia, congruencia, etc.) |
| Ambiente | personal suficiente; mezcla de habilidades; carga de trabajo; patrón de turnos; diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos; soporte administrativo y gerencial; clima laboral; ambiente físico (luz, espacio, ruido) |
| Contexto | Económico |
| institucional | Regulatorio |
| Organización y Gerencia | recursos y limitaciones financieras; estructura organizacional; políticas, estándares y metas; prioridades y cultura organizacional |

En la práctica diaria las fallas activas –acciones u omisiones- que ocurren durante la atención de pacientes, son debidas a olvidos (no recordar que debe realizarse un procedimiento), descuidos (tomar la jeringa equivocada), equivocaciones (errores de juicio) y, rara vez, desviaciones deliberadas de

prácticas seguras, procedimientos y estándares explícitos (Pedro, 2015).

Cualquiera de estas fallas constituye una acción insegura.



Figura 2. Ruta para investigar y analizar incidentes clínicos
Tomado de <https://slideplayer.es/slide/1532775>

Identificación y decisión de investigar. Una vez identificado el incidente la institución debe decidir si inicia o no el proceso. En términos generales, esta determinación se toma teniendo en cuenta la gravedad del incidente y el potencial aprendizaje organizacional. Independientemente de los criterios que se utilicen, toda organización debe hacer explícito los motivos y las circunstancias por las que se inicia una investigación.

Selección del equipo investigador. Hay que reconocer que un proceso complejo como este requiere, además de conocimiento y experiencia en investigación de incidentes, conocimiento y experiencia clínica específica. Idealmente un equipo investigador debe estar integrado por 3 a 4 personas lideradas por un investigador (Vincent, 2014).

Las personas con competencias múltiples son muy útiles en estos equipos, siempre y cuando cuenten con el tiempo necesario. Un equipo debe contar con:

- Experto en investigación y análisis de incidentes clínicos.

- Punto de vista externo (miembro de Junta Directiva).
- Autoridad administrativa senior (Director Médico, Jefe de Enfermería).
- Autoridad clínica senior (Director Médico, Jefe de Departamento, Jefe de Sección, especialista reconocido, etc.).
- Miembro de la unidad asistencial donde ocurrió el incidente, no involucrado directamente.

Es posible que para investigar un incidente menor una persona con competencias múltiples (investigador, autoridad administrativa y clínica) sea suficiente.

Obtención y organización de información. Todos los hechos, conocimiento y elementos físicos involucrados deben recolectarse tan pronto como sea posible.

Estos incluyen como mínimo:

- Historia clínica completa.
- Protocolos y procedimientos relacionados con el incidente.
- Declaraciones y observaciones inmediatas de especialistas.
- Entrevistas con los profesionales involucrados en la atención de la paciente.
- Evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados, etc).
- Otros aspectos relevantes tales como índice de rotación del personal y disponibilidad de personal bien adiestrado.
- Entrevista cualitativa
- Ficha de notificación epidemiológica.

Las declaraciones y observaciones inmediatas son muy valiosas siempre y cuando se orienten a obtener el tipo de información que se desea tener, para

evitar que sean resúmenes incompletos de la historia clínica. Las declaraciones deben ser narraciones espontáneas de la percepción individual acerca de lo ocurrido, de la secuencia de eventos que antecedieron el incidente, de la interpretación acerca de cómo esos eventos participaron en el incidente y de aquellas circunstancias y dificultades que los involucrados enfrentaron –por ejemplo, equipo defectuoso- y no están descritas en la historia clínica. Las observaciones referentes a supervisión o soporte insuficiente o inadecuado es mejor reservarlas para las entrevistas. Esta información debe recolectarse lo más pronto posible después de ocurrido el incidente (Ministerio de Salud Pública Social, 2019).

La entrevista debe ajustarse a un protocolo cuyo propósito es tranquilizar al entrevistado y obtener de él un análisis y unas conclusiones lo más cercanas a la realidad de los acontecimientos.

Identifique las acciones inseguras. Una vez identificada la secuencia de eventos que condujeron al incidente clínico, el equipo investigador debe puntualizar las acciones inseguras. Es probable que algunas se hayan identificado durante las entrevistas o como producto de la revisión de la historia clínica. Sin embargo, es útil organizar una reunión con todo el personal involucrado en el incidente para que entre todos intenten identificar las principales acciones inseguras. La gente que de alguna manera participó en el incidente usualmente es capaz de identificar el motivo por el cual ocurrió. El facilitador debe asegurarse de que las acciones inseguras sean conductas específicas –por acción o por omisión- en lugar de observaciones generales acerca de la calidad de atención. Es fácil encontrarse con afirmaciones tales como mala comunicación o trabajo en equipo deficiente, las cuales pueden ser características reales del equipo, pero que

corresponden a factores contributivos más que a acciones inseguras. Aunque en la práctica las acciones inseguras y los factores contributivos se mezclan, es aconsejable no explorar estos últimos hasta que la lista de las primeras este completa.

Identifique los factores contributivos. El paso siguiente es identificar las condiciones asociadas con cada acción insegura. Cuando se ha identificado un gran número de acciones inseguras es bueno seleccionar las más importantes y proceder a analizarlas una a una, dado que cada una tiene su propio conjunto de factores contributivos (Ministerio de Salud Pública Social, 2019).

La etapa de investigación y análisis termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura. El paso siguiente es hacer una serie de recomendaciones cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas. El plan de acción a corto plazo, el cual debe incluir la siguiente información:

- Priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes.
- Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador.
- Asignar un responsable de implementar las acciones.
- Definir tiempo de implementación de las acciones.
- Identificar y asignar los recursos necesarios
- Hacer seguimiento a la ejecución del plan.
- Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.
- Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

Marco Conceptual

Acción insegura. Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras. Las acciones inseguras tienen dos características esenciales:

1. La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
2. La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente. Ejemplos de acciones inseguras:

1. No monitorizar, observar o actuar.
2. Tomar una decisión incorrecta.
3. No buscar ayuda cuando se necesita.

Auditoría de calidad. Es el proceso independiente, sistemático y documentado donde se recoge evidencia de la auditoría por medio de las declaraciones de hecho, los registros o con otra información para luego evaluarlas objetivamente con la finalidad de conocer la extensión de criterios que se han cumplido en el proceso; por lo tanto, se logra determinar por medio de un examen metódico, los resultados y las actividades sobre la calidad si logran satisfacer los objetivos previamente establecidos (Sotelo, 2018).

Auditoría médica. Es un proceso que permite evaluar los actos médicos realizados por los profesionales, a través de la información brindada por las historias clínicas para fines específicos. Estas auditorías pueden realizarse en ámbitos como la educación continua, valuación y optimización de costos, fines de peritaje médico legal, evaluación de calidad, medición de responsabilidad y participación profesional, y corrección de errores (Pavón & García, 2017).

Contexto clínico. Condición clínica del paciente en el momento en que se ejecutó la acción insegura (hemorragia severa, hipotensión progresiva). Esta es

información crucial para entender las circunstancias del momento en que ocurrió la falla (Vincent, 2014).

Factor contributivo. Condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura:

- Paciente muy angustiado que le impide entender instrucciones.
- Ausencia de protocolos.
- Falta de conocimiento o experiencia.
- Mala comunicación entre el miembro del equipo asistencial.
- Carga de trabajo inusualmente alta o personal insuficiente.

Brindar una atención gineco-obstétrica de calidad consiste en proporcionar asistencia médica con conocimientos y tecnología vigentes, con un trato amable, oportuno y personalizado, en donde exista una comunicación permanente entre los involucrados y que todo este proceso se desarrolle en un ambiente óptimo que conlleve a la satisfacción usuaria y a la mejora de la calidad de vida del paciente evitando eventos centinelas que perjudiquen a la institución.

Gerencialmente se debe conocer las diferentes herramientas a través del análisis de casos adversos o centinelas para generar estrategias de calidad y seguimiento dentro de las diferentes áreas ginecológicas, evitando fallas en los sistemas, flujos, equipos de apoyo y diagnóstico terapéutico, abastecimientos de insumos y medicamentos que son útiles para la estabilización de un paciente; las buenas prácticas instando al personal sobre la seguridad del paciente que puede ser causales de hallazgos relevantes a considerar cuando se conviertan en factores contributivos de un evento centinela.

En este sentido, se requiere atención en la salud reproductiva de calidad, políticas y acciones integradas para la atención materno-infantil, de las

comorbilidades, movilización del sector de la salud y la comunidad para resolver las crisis que se presente dentro de la institución en el sector público, privado y las fluctuaciones para identificar riesgos de manera oportuna para el paciente y quienes estén cerca de ella.

Los objetivos del desarrollo del milenio abordan una parte del problema, pero quedan elementos por incluir de la estructura social y los sistemas de salud que son medulares para el desarrollo sostenible. Estos aspectos se tienen en cuenta en la construcción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), donde se incluye el crecimiento económico sostenible, el fortalecimiento de los sistemas de salud, la estabilidad social y política, la igualdad de género, el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, la gestión sostenible para todos del agua y el saneamiento, educación para todos inclusiva y sostenible (Rodríguez, Saavedra, Galindo, & Ybaseta, 2013).

Muerte materna. Se da cuando una mujer está gestando o se encuentra dentro de los 42 días posteriores a la gestación y sucede por causa de agravamiento por la asistencia o por la gestación. Además, existe la muerte materna tardía que es la que se da entre los 42 días después del parto y antes de cumplir un año de la gestación, que se da por causas obstétricas indirectas o directas. La causa obstétrica indirecta se trata de las enfermedades que son pregestacionales, o que aparecen recién, que actúan conjuntamente con la gestación y que llegan agravarse por las modificaciones del embarazo de la mujer. En cambio la causa obstétrica directa, es la que se produce por las complicaciones obstétricas, omisiones, intervenciones, tratamientos incorrectos en el puerperio, gestación y parto (Sesmero, 2018).

Tasa de mortalidad materna. La tasa de mortalidad materna se trata de la

muerte de la mujer que se presenta durante el embarazo o posterior al mismo dentro de los 42 días, comparándolos con los nacimientos que se dan en la población o con los nacidos vivos (Gleason & Juul, 2018).

Protocolo de Londres. Es una herramienta que posee una secuencia de pasos que se deben seguir de forma sistemática para que los profesionales puedan guiarse durante la investigación que realicen de un error clínico. Asimismo, provoca que la investigación sea efectuada como un proceso reflexivo y que favorezca en la identificación de los factores que intervienen en un error y que a la vez refleje las áreas que son susceptibles de mejora, que se encuentran dentro de un sistema, ya que, si no son corregidas, los errores seguirán suscitándose.

El protocolo de Londres se basa en conocer las acciones que son inseguras o en errores que se encuentran activos como es el caso de los problemas de asistencia. Además de estos problemas, incluye aspectos como los factores contribuyentes y el contexto clínico; en los factores contribuyentes se encuentra la capacidad del paciente para entender la información, el nivel de conocimiento y experiencia de los profesionales, los aparatos tecnológicos, factores del entorno como es la carga de trabajo y factores de equipo como es la comunicación (Castejón, 2018).

Capítulo 2

Marco Referencial

En el capítulo uno se efectuó una revisión de los conceptos teóricos sobre la auditoría de calidad en atención, auditoría de muerte materna y la aplicación del protocolo de Londres en los servicios de salud, no obstante, esta información no es suficiente para abordar la problemática de forma más objetiva, por tanto, se efectuó una revisión de los resultados de investigaciones a nivel nacional e internacional, con el fin de tomar como referencia dichas investigaciones y proceder a la recopilación de datos. A continuación, se muestran algunas investigaciones nacionales e internacionales con respecto a las razones de muertes maternas ocurridas en los diferentes establecimientos de los servicios de salud y su impacto.

Referentes Empíricos Internacionales

Entre las investigaciones realizadas en los años 1990 y 2000 por la Organización Panamericana de la Salud, la tasa anual de descenso de la razón de mortalidad materna en el mundo fue del 1,4%, y entre 2000 y 2013 se logró una tasa de descenso de 3,5%. Según estos datos, se estima que en el contexto mundial hubo 289.000 muertes maternas en 2013, lo cual representa una reducción del 45% con respecto a 1990 (OMS, 2013).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2015, aproximadamente el 15 % de las embarazadas pueden experimentar un alto riesgo de complicaciones del embarazo, parto o puerperio, y estas pueden ser lo suficientemente graves como para requerir atención obstétrica especializada en alguna unidad de salud. De acuerdo con los datos brindados por la Organización Mundial de la Salud se estima que, en todo el mundo, entre 120 y 130 millones de

mujeres se embarazan cada año (WHO, 2010). De ellas entre 500.000 y 600.000 fallecen, representando, aproximadamente, una muerte por cada minuto transcurrido, con una razón de mortalidad materna global de 400/100.000 nacimientos. Ese número permanece estable desde fines de la década de 1980 cuando por primera vez se efectuó la estimación, y es un promedio que incluye la mortalidad registrada en países desarrollados como EEUU y Canadá (Hoyert, 2012).

En el año 2000 la ONU estableció dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) la meta 5A que consiste en reducir a tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015. Esta meta busca ser apalancada por la meta 5B que se refiere al logro del acceso universal a servicios de salud reproductiva.

Según estimaciones, en el año 2000 la tasa de mortalidad materna, que mide el número de defunciones de mujeres como consecuencia de complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio por cada 100 000 nacidos vivos, fue de 400 muertes maternas para todo el mundo. El desglose por regiones indica que la tasa más elevada se registró en África con 830, seguida por Asia 330, excluido el Japón; Oceanía 240, excluidos Australia y Nueva Zelanda; América Latina y el Caribe 190, y los países desarrollados.

En las investigaciones realizadas en el 2000, las Naciones Unidas estimó que la mortalidad materna global era de 529,000- representando aproximadamente 1 defunción materna cada minuto¹ -de los cuales menos del 1 % ocurrieron en países desarrollados. La mayoría de estas muertes han sido médicamente prevenibles desde hace décadas, por razón de que los tratamientos y terapias para prevenir dichas muertes se conocen y manejan en todo el mundo desde los años

1950. La mortalidad materna es un evento centinela que vigila la calidad de los sistemas de salud en los estados y países del mundo (Gutiérrez, Quincose, & Suárez, 2017).

Entre 1990 y 2010 la Razón de Mortalidad Materna (RMM) en América Latina descendió de 130 a 72 y en el Caribe de 280 a 190. Esta disminución todavía deja a ambas regiones lejos de la meta, que sería una tasa de 32 y 70, respectivamente, para el 2015. La razón de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 240 por 100000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 16 por 100000 (WHO, 2010).

En Ecuador la Reducción de Muerte Materna (RMM): en 1990 estuvo en 153,5. A partir de 2008 se realiza un proceso de búsqueda activa de las muertes maternas entre el MSP, el INEC y el Registro Civil; esto mejora el registro de datos. Desde agosto 2013 el Ecuador realiza la auditoría de todas sus muertes maternas y se implementa el Sistema Informático de Vigilancia SIVE–Muertes Evitables en agosto 2014, factores que han contribuido a la mejora en la identificación y registro de casos de muerte materna con el fin de reforzar la calidad de los datos estadísticos y plantear planes de acción en busca de la mejora continua de la calidad.

En Suecia los datos de una comisión de salud determinaron que la mayoría de las muertes maternas se podían evitar con atención profesional durante el parto. Se expandió la capacitación profesional (a mediados del siglo XIX el 40% de los partos eran ya atendidos por personal cualificado; el 78% en 1900), el uso de técnicas efectivas (como la asepsia) y mecanismos de derivación y de rendición de cuentas entre los distintos niveles asistenciales. Suecia alcanzó los índices más bajos de mortalidad materna en Europa a principios del siglo XX (Vincent, 2014).

En general, la mayor parte de muertes maternas tiene lugar durante su parto, generalmente durante las primeras 24 a 72 horas siguientes o después de sus primeros 4 a 41 (Yinger & Ransom, 2002) días. Aproximadamente la cuarta parte de las muertes ocurre durante el embarazo y alrededor del 15% durante el parto.

En Colombia, entre los años 1990 y 2013, la tasa de mortalidad materna evidencia un comportamiento de descenso, según datos reportados por la OMS, que inicia con una medición de 100 por 100.000 nacidos vivos en 1990 y hasta alcanzar una tasa de 83 por cada 100.000 nacidos vivos para el año 2013 (Yuen, 2015) Aproximadamente un 15% de las gestantes presentan riesgos para el parto y en un 20% riesgos biopsicosociales para la gestación.

En Colombia, el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, son las pautas en el cual se debe comprender como mínimo los siguientes procesos: evaluación propia del proceso de atención de salud, mediante el cual determinará prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de la oportunidad, accesibilidad, continuidad, seguridad y pertinencia, las cuales son características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad; y atención al usuario, para evaluar la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos (Zeithaml, Parasuraman, & Berry, 2013).

En Argentina la tasa fue de 43/100.000 nacidos vivos, con enormes variaciones regionales, que fluctuaron entre 166/100.000 y 14/100.000 (Ramos 2004). Esta tasa de mortalidad es considerada elevada en relación el nivel de educación de la población y con los recursos monetarios destinados a la salud, que comprende el 9,7% del PBI (Sonnys, 2014).

En Honduras se estima que anualmente quedan embarazadas 200,000 mujeres, de las cuales 30,000 pueden padecer complicaciones relacionadas con el embarazo y que pueden provocar enfermedad, discapacidad prolongada o muerte, tanto de la madre como del niño. Los estudios realizados en 1990 y 1997 estimaron que ocurrieron 313 y 207 muertes maternas, respectivamente. De otro lado, el sistema de vigilancia de la mortalidad materna de la Secretaría de Salud notificó en total 303 muertes maternas entre los años 2004-2006 (123, 97 y 83, respectivamente). El último estudio realizado registro una razón de mortalidad materna de 73 por 100.000 nacidos vivos (Lizardo, 2010).

En Chile la tasa en la mortalidad materna fue de 91.1 muertes por 100.000 nacidos vivos en 2016, fluctuando entre 17.3 defunciones en Chile y 523 defunciones en Haití. El 20% de la región más pobre concentra 50% de muertes maternas, mientras que el 20% más rico solo tiene el 5% de esas defunciones (Índice de concentración de la desigualdad = -0.43) (Donoso, 2018).

Alicia Yamín escribió en su reciente publicación que la muerte materna representa una enorme discriminación de género en el Perú y en el mundo. "Hoy en día, la maternidad segura se debe enfocar como un problema de salud pública y de derechos humanos, aceptando que todas las mujeres son sujetos de derechos e individuos con dignidad" (Berger, 1999, p. 15).

Por décadas el Perú se ubicó entre los tres primeros países con mayor tasa de mortalidad materna en América Latina (185 por cada 100 mil nacidos vivos) por lo que ese problema de salud pública ha sido considerado como una prioridad sanitaria. Sin embargo, en la actualidad, la mortalidad materna en el país ha bajado a 93 por cada 100 mil nacidos vivos, según los resultados de la Encuesta

Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), lo que representa un importante descenso (Rodríguez, Saavedra, Galindo, & Ybaseta, 2013).

Medina en su investigación, conoció las principales causas de MM en México Baja California durante el periodo 2009 -2013, identifico que la mayor proporción de MM ocurrían en 23 pacientes (77%) durante el puerperio, con mayor frecuencia en mujeres jóvenes y la causa principal de MM era la hemorragia secundaria a embarazo ectópico (Medina, Anaya, Aguilera, & Leyva, 2015).

Nájera y Tuesca (2017) en su investigación: Desigualdades y características sociodemográficas de la mortalidad materna en La Guajira, Colombia, 2010-2012, su objetivo fue determinar las desigualdades y las características sociodemográficas que de manera negativa transgreden en la MM en La Guajira- Colombia. Métodos. El estudio fue descriptivo, donde se analizaron los casos de Muertes Maternas ocurridos en La Guajira desde el año 2010 hasta el año 2012 en base a fuentes secundarias. Para ello, calcularon la razón de tasas, diferencia de tasas e incluso el riesgo porcentual atribuible de la poblacional, también los índices de concentración y de Gini.

En lo que corresponde a la parte de resultados: 54 MM fueron registradas, donde el 61,1% correspondía a población indígena y el 16,7% restante a la población afrocolombiana. El mayor porcentaje poblacional (33,3%) no cursaba con algún tipo de estudio, seguido del 29,6% que cursaba con escolaridad nivel primario. Se evidenciaron disparidades en la razón de tasas, diferencia de tasas e incluso el riesgo porcentual atribuible de la poblacional entre La Guajira y otros departamentos del país. No obstante, en los índices concentración y Gini no se evidenció lo mismo. Finalmente se llega a la conclusión que la MM fue

significativamente más elevada en la población indígena en relación con la población afrocolombiana (Nájera & Tuesca, 2017).

Donoso (2014) en su investigación: La edad materna como factor de riesgo de muerte materna, fetal, neonatal e infantil realizada en Chile, tuvo como objetivo determinar rango de edades en mujeres con el riesgo reproductivo más bajo, se llevó a cabo el análisis datos en bruto de estadísticas chilenas anuales vitales del Instituto de Estadísticas del país en mención. El rango de edad de la madre con menor riesgo es entre 20-29 años. Este hallazgo se debe considerar en futuros estudios de riesgo reproductivo y para un asesoramiento adecuado acerca de la concepción.

Saleem en su investigación: Un estudio prospectivo de las muertes maternas, fetales y neonatales en bajos y medios países de ingresos medios. Básicamente el objetivo fue cuantificar la muerte materna (MM), neonatal e incluso fetal en los países de escasos y medianos ingresos, para determinar cuando ocurren muertes e identificar la relación existente entre la MM, mortinatos y muertes neonatales.

Este estudio fue realizado en las comunidades en Zambia, Guatemala, Pakistán, La India, Kenya, e incluso 7 sitios de Argentina. La tasa de MM fue de 168 por 100 mil nacidos vivos, que van desde 69 por 100 mil de Argentina hasta 316 por 100 mil de Pakistán. En términos generales, alrededor del 30% de la MM (98/336) se produjeron en todo el momento del parto; la mayoría fueron atribuidos a la hemorragia (86/336), pre- eclampsia o eclampsia (55/336) o sepsis (39/336). Se llega a la conclusión de que la mayor parte de MM, eran prevenibles. Además, se evidenció que la muerte incrementó el riesgo de muerte neonatal e incluso perinatal. Al momento de nacer, se evidencia que el hecho de contar con la mejor

atención obstétrica y neonatal contribuye a que se disminuya la mortalidad (Saleem, 2014).

En una investigación sobre la Mortalidad Materna: Factores de Riesgo en Venezuela, tuvo por objetivo identificar los factores de riesgo de la MM para ser estudiado posteriormente; con la finalidad de disminuir en lo posible este catastrófico evento de salud que afecta a las féminas y por ende colaborar en la disminución de las altas tasas de muerte que fueron registradas en Táchira desde el 2002 hasta el año 2006. En lo que respecta a resultados del estudio, se evidencia que el estado antes mencionado presenta altas tasas de MM que supera el promedio nacional, haciéndose una excepción en el año 2004 donde se evidenció 45,64 por 100mil NVR, siendo esta última cifra inferior en relación a la tasa nacional que fue de 45,9 por 100 mil NVR, relacionadas estrechamente al déficit de controles prenatales durante gestación, complicaciones en los tres momentos e incluso se hace mención al impacto generado por presencia de diversos factores de riesgo (Calderón, 2013).

En el estudio de investigación: Análisis de Muerte materna directa, indirecta y otras, en México, tuvo por objetivo contar con resultados de estas muertes en mujeres de entre diez y cincuenta años de edad, ocurridas desde el primer día del año 2013 hasta el último día del año en mención en el municipio de San Luis Potosí, y en los municipios de la MRHC. La cual se basó en la recolección de datos que se concentraron en la autopsia verbal del encuestado tomando como base una razón de MM (número de muertes maternas por 100 mil nacidos vivos) de 31.8 con 17 MM en el Estado; de las cuales 5 MM para el Municipio de San Luís Potosí; cuatro muertes maternas de tipo directo y una muerte materna de tipo indirecta, cuyos informes clínicos hacen evidente la gravedad de los casos con su

inevitable desenlace. Se identificaron 10 muertes violentas de mujeres de esas edades, dos de ellas se encontraban embarazadas; 14 fueron muertes accidentales, en 13 se desconoce si había embarazo, una de las fallecidas estaba en la etapa de puerperio. El estudio concluye que tanto la descripción como el análisis de MM indirecta, directa y otras ocurridas en el Centro Huasteca Microrregión Centro y en San Luis Potosí en el año 2013 y realizada al siguiente año, resultó ser un estudio relevante, de gran interés público que permiten conocer la clasificación de MM y sus registros ya sean accidentales o violentos aun estando gestando sin ser consideradas como MM indirecta (Segovia, 2013).

Orihuela en su investigación Mortalidad materna más allá de la mirada biomédica, tuvo por objetivo determinar qué otras causas más allá de las causas directas, han influenciado en las 11 defunciones de féminas en la Región Ayacucho durante el año 2012. Material y Métodos; en 14 establecimientos de salud FONP y FONB y 30 entrevistados/as (familiares directos, jefes de establecimientos de salud, autoridades locales y mujeres líderes de organizaciones de base. El 63.7% entre 19 a 35 años de edad y 18.2% adolescentes (15 a 18 años), 91% eran de zonas rurales. (La mayoría se trasladaba entre 1 a 2h30m y a pie), el 82% de ellas eran amas de casa. Alto porcentaje de madres solteras 36.4%, el 73% de ellas hablaban tanto quechua-castellano; el 27% sólo hablaban su lengua materna (quechua o ashaninka). El 100% de estas mujeres no habían concluido sus estudios básicos. El 36% del total de las muertes maternas tenían riesgo obstétrico por paridad, de éstas el 27% tenían más de 5 hijos. Concluye que existe deficiente capacidad resolutive de los puestos de salud (FONP y FONB 62.1% y 71.3%). Los indicadores de la calidad de atención sólo llegan a la quinta

parte en atención prenatal, 100% de las emergencias no registran atención según protocolo de Londres (Orihuela, 2014).

Referentes Empíricos Nacionales

Estudios y análisis epidemiológicos en Ecuador, la Reducción de Muerte Materna (RMM): en 1990 estuvo en 153,5. A partir de 2008 se realiza un proceso de búsqueda activa de las muertes maternas entre el MSP, el INEC y el Registro Civil; mejorando el registro de datos. Desde agosto 2013 el Ecuador realiza la auditoría de todas sus muertes maternas y se implementa el Sistema Informático de Vigilancia SIVE–Muertes Evitables en agosto 2014, factores que han contribuido a la mejora en la identificación y registro de casos de muerte materna con el fin de reforzar la calidad de los datos estadísticos y plantear planes de acción en busca de la mejora continua de la calidad.

En el 2015, el Ecuador cerró su año con 150 muertes maternas, lo cual corresponde a una RMM de 44,58, esto significa un descenso de 71% de la RMM con respecto a la que se presentó en 1990. Del total de los casos de muerte materna, se registraron cero muertes en el grupo de 10 a 14 años. Las principales causas de muerte materna siguen siendo: hemorragias, trastornos hipertensivos del embarazo, infecciones, abortos en condiciones inseguras, enfermedades preexistentes que complican el embarazo (cáncer, diabetes, insuficiencia renal, HIV, SIDA) o condiciones preexistentes que agravan el embarazo (adolescencia o embarazos a edad avanzada), entre otras. Las dos primeras causas (hemorragias y trastornos hipertensivos) abarcan el 60% de los casos. La muerte en el posparto es más frecuente, con un 74% de los casos en el año 2015. Al comparar la ocurrencia de MM en el último quinquenio se puede observar que desde 2012 las MM ha ido

en disminución progresiva. Entre 2012 y 2016 la disminución en número de MM es de 82 casos esto corresponde a una disminución de 40% (MSP, 2017).

En el Ecuador, durante la semana epidemiológica 50 del año 2017 se notificaron 152 casos de muertes maternas siendo los más relevantes en la provincia del Guayas y Pichincha. El mayor porcentaje de MM por zona de fallecimiento es la zona 8 con el 32,89% (50 casos); la zona 9 con el 16,45% (25 casos); la zona 6 con el 10,53% (16 casos); la zona 1 con el 9,87% (15 casos) la zona 3 con el 8,55% (13 casos); la zona 5 con el 7,89% (12 casos); la zona 4 con el 6,58% (10 casos); la zona 7 con el 5,92% (9 casos) y la zona 2 con el 1,32% (2 casos) (MSP, 2017).

Como Coordinación Zonal 8 Salud, según las investigaciones epidemiológicas de casos presentados por muertes maternas realizadas por la Gestión Interna de Calidad, existieron 34 casos de muerte materna en los diferentes establecimientos de salud de la red pública y complementaria. Dentro de los establecimientos de salud de la ciudad de Guayaquil en la Coordinación Zonal 8 Salud, los establecimientos en los más se presentaron muertes maternas en el 2017 fueron: Hospital Abel Gilbert (6 casos), Hospital General Guasmo Sur (10 casos), Hospital Universitario (2 casos) (MSP, 2017).

Basado en toda la evidencia a nivel mundial, Sur América, Ecuador y Coordinación Zonal 8 Salud; El Hospital Guasmo Sur fue quien más presentó muertes maternas de todos los establecimientos de la zonal 8 salud, motivo por el cual es la muestra de este estudio para analizar la casuística y que lo desencadenan estos eventos.

Hospital Guasmo Sur

El Hospital Guasmo Sur es una de las instituciones hospitalarias más grandes del Ecuador, el mismo fue inaugurado el 17 de enero del 2017 y su sede se encuentra ubicada en la ciudad de Guayaquil, la inversión que se hizo para construir este hospital fue de 187.2 millones de dólares, el Gobierno del ex presidente de la República del Ecuador Rafael Correa fue partícipe de este levantamiento por medio del MSP y el Servicio de Contratación de Obras (Secob).

El hospital abrió sus puertas contando con un total de 474 camas, en ese entonces esta institución sanitaria se trató del primer hospital del MSP el cual fue inaugurado por cerca de 30 años en la ciudad de Guayaquil, su alcance es de 57,900 m² de construcción, y la superficie es de 46,300 m² de terreno; su ubicación es estratégica, puede localizarse en un sector muy popular de la ciudad, por lo tanto la demanda de sus servicios es muy alta (MSP, 2019b).

El Hospital Guasmo Sur beneficia a todas las personas que habitan en la ciudad de Guayaquil y también fue constituido como una referencia a nivel de provincia y a nivel nacional. Entre los servicios que esta oferta a los usuarios está la consulta externa, unidad de cuidados intensivos, unidad de quemados, hospitalización, clínica odontológica, farmacia, unidad de hemodiálisis, centro quirúrgico y obstétrico. Adicionalmente el hospital dispone de un área de emergencias con unidad de choque y sala de observación para la estabilización de los usuarios. Cada uno de los quirófanos con los que cuenta tienen tecnología de punta, por lo que son clasificados como quirófanos inteligentes, en cada uno de ellos se puede llevar a cabo la telemedicina; en lo que respecta a los recursos (instrumentos), el hospital dispone de equipos de rayos x, ecografía y tomografía (MSP, 2019b).

Es relevante destacar el impacto que tiene dentro de los establecimientos de salud con respecto al personal de salud, el entorno de los demás pacientes que presencian este escenario, la familia, comunidad y trasfondos políticos, sociales y culturales que enmarcan una sociedad.

Actualmente evaluar la calidad de atención ginecológica desde la perspectiva del médico y usuario es cada vez más problemática, ya que por medio de su percepción es posible obtener una serie de conceptos, juicios de valores, temores y actitudes relacionados con la atención recibida; además de obtener información en beneficio de la organización que brinda dicho establecimiento de salud.

Existen tres factores que contribuyen en la muerte materna, estos son la desigualdad de género, la poca educación y la pobreza. Existe el error de la no accesibilidad a la salud, lo cual es provocada muchas veces por la desigualdad de género, en muchas ocasiones no existe equidad dentro del entorno hospitalario, por lo que produce que muchas mujeres sean perjudicadas por no tener el trato que se merecen y o ser atendidas de una manera correcta y adecuada. Se ha establecido que la falta de solidez en los registros de estadísticas demográficas también participa como uno de los aspectos que no permiten el adecuado desarrollo hospitalario direccionado hacia la mejora en la salud de las madres y bebés. Las investigaciones han sido claras y por lo tanto han dado constancia que otro de los aspectos que no permite el progreso de la salud es la carencia de información acerca de la calidad sobre la mortalidad y morbilidad materna (Menéndez & Lucas, 2019).

Marco Legal

Constitución de la República del Ecuador

Este estudio se fundamenta en el artículo 32 de la Constitución del Ecuador que establece que la salud es un derecho que debe garantizar el Estado a través del establecimiento de diversos tipos de políticas. Su acceso se deberá dar de manera oportuna, permanente y sin exclusión al acceso de programas de salud integral.

Además del artículo 363 literal 6; Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.

Plan Nacional de Desarrollo

En la política 1.5 del Plan nacional de Desarrollo se garantiza el derecho a la salud bajo criterio de calidad, y se establece como meta para el año 2021 Reducir la razón de mortalidad materna de 44,6 a 36,2 fallecimientos por cada 100,000 nacidos vivos a 2021.

Ley Orgánica de Salud

En la Ley Orgánica de Salud se establece el derecho a la salud y su protección, en el artículo 1 se establece el objetivo de esta Ley y menciona que está regida por varios principios, entre los cuales se tienen la calidad y la eficiencia. El artículo dos establece que todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud deben sujetarse a esta Ley.

El artículo tres expresa que la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (MSP, 2012).

Referente a los servicios de salud, en el artículo 21 establece que El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en

condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (MSP, 2012).

Ley de Maternidad gratuita y Atención a la infancia

En la Ley de Maternidad gratuita y Atención a la infancia decreta en su artículo uno que todas las mujeres tienen derecho al acceso a atención de salud de manera gratuita y con calidad durante todo su embarazo, en el parto y post parto; además de poder formar parte de los programas de salud reproductiva y salud sexual, así como la atención gratuita a los recién nacidos hasta niños menores de cinco años de edad, considerada como responsabilidad del Estado. En el artículo dos de esta ley se menciona que a las mujeres se les asegura la oportuna y necesaria atención de control prenatal en sus distintos niveles de complejidad y en las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo exámenes, insumos, medicinas. Asimismo, tendrán los mismos beneficios los recién nacidos y niños menores de cinco años donde se asegura la oportuna atención en los diversos niveles de complejidad, en los prematuros con patologías y bajo peso, a los niños menores de cinco años que tengan enfermedades y complicaciones (Asamblea Nacional del Ecuador, 2014).

Ley de Seguridad Social

En la Ley de Seguridad Social en su capítulo cuatro, en el artículo 125 indica que es obligatorio realizar la auditoría médica a los prestadores de servicios de salud, por lo tanto la administración se encargará de contratar empresas especializadas en auditoría médica y que estarán sujetas a las resoluciones que indica la Superintendencia de Bancos y Seguros (Asamblea Nacional del Ecuador, 2016).

Código Orgánico Integral Penal

El Código Orgánico Integral Penal establece en el artículo 146 que, las personas que incumplan un deber de cuidado al efectuar la práctica de su profesión y llegue a ocasionar la muerte de otra persona, se generará la pena privativa de libertad por un periodo entre uno a tres años. Después de cumplida la pena, la ley determinará el proceso de habilitación para que pueda volver a ejercer su profesión. En caso que la muerte sea producida por acciones ilegítimas, peligrosas e innecesarias se otorgará una pena de tres a cinco años (Asamblea Nacional del Ecuador, 2014).

Reglamento de información confidencial en Sistema Nacional de Salud

En el reglamento de información confidencial se estipula en su artículo 10 que los documentos que mantengan información que es considerada confidencial estarán abiertos, mientras se estén usando para la prestación de servicio, como parte de una auditoría de calidad de la atención de servicio de salud, estudio epidemiológico y otros establecidos en el reglamento (Asamblea Nacional de Salud, 2015).

Capítulo 3

Metodología y Resultados

En el presente capítulo se consideran temas acerca del diseño metodológico, dentro de esta sección se habla acerca de la investigación no experimental, seguido del enfoque de la investigación en donde se cuenta la definición de lo cualitativo, en cuanto al alcance se desarrolló el descriptivo y exploratorio.

Posteriormente, se visualizan los tipos de datos, la técnica de investigación, el instrumento, el método y para culminar se analizan los resultados y se los interpreta como última fase.

Diseño Metodológico

El diseño metodológico de una investigación es una parte estructural sobre la cual se cimienta la recopilación de datos y análisis de resultados, estos diseños pueden ser experimentales y no experimentales (Díaz & Calzadilla, 2016). Las investigaciones experimentales son aquellas en donde el objeto de estudio es analizado desde una perspectiva evolutiva, es decir se interesa conocer el comportamiento del fenómeno, luego de un estímulo proporcionado; en tanto que las investigaciones no experimentales, son aquellas que se enfocan en describir el fenómeno de estudio en su ambiente natural, sin incurrir en estímulos o modificaciones que alteren la unidad de análisis (Dzul, 2018). En este trabajo de investigación se utiliza el diseño no experimental debido a que se pretende conocer la aplicación del protocolo de Londres en las auditorías de muerte materna en el Hospital General Guasmo Sur, para lo cual se pretende evaluar el conocimiento y características del personal con relación al protocolo y así conocer si los colaboradores están aptos para aplicar el mismo.

Enfoque de la Investigación

El enfoque cualitativo se enfoca más en la realidad subjetiva del fenómeno de estudio que en la objetiva, es decir busca estudiarlo desde adentro y es sensible a las percepciones del investigador, este enfoque es subjetivo (Malagón et al., 2014). Otra de las características de este enfoque es que ofrece una mayor riqueza interpretativa, debido a que estudia el fenómeno desde adentro, analizando sus particularidades para llegar a una interpretación general de los resultados (Torres, 2016).

La investigación de tipo cualitativa tiene que ver con la forma de estudiar a los fenómenos partiendo de lo que comunican las personas acerca de una situación desarrollada en el ámbito socio cultural, se ha establecido que lo cualitativo permite que se conozca de una forma clara la información del problema de investigación partiendo de la experiencia, expectativas y percepciones de las personas (Mantilla, 2015).

Alcance

Los alcances investigativos permiten conocer hasta donde se piensa llegar con el trabajo, estos pueden tener un alcance exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo; es importante destacar que pueden combinarse algunos alcances (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). El alcance exploratorio se utiliza debido a que se busca determinar las causas de muerte materna de una manera inicial, es decir las causas naturales o imprevistas antes de que se realice la investigación. Este trabajo de investigación utiliza el alcance exploratorio, debido a que el protocolo de Londres no ha sido analizado a profundidad en el país, a pesar de contar con investigaciones de auditorías de muertes maternas, el protocolo es relativamente nuevo en su aplicación en el sistema de salud.

El alcance descriptivo es el que se encarga de caracterizar o describir factores que contribuyen al problema que está siendo estudiado, en este alcance es muy común el uso de la estadística descriptiva y medidas de tendencia central (Hernández et al., 2014). Se utiliza el alcance descriptivo, ya que por medio de frecuencias y gráficos estadísticos se busca detectar características de su aplicación de parte de los colaboradores con respecto a este tema.

Tipo de Datos

En el campo de la investigación existe el tipo transversal que se encarga de estudiar el fenómeno en un instante de tiempo predeterminado, es decir recopilan los datos de la muestra por una sola vez, mientras que los longitudinales recopilan los datos por periodos o cohortes, con el fin de verificar cambios dentro de la población, en ese tipo se puede recopilar datos de distintas muestras a través del tiempo (Hernández et al., 2014). En este trabajo de investigación se utiliza el tipo transversal debido a que se necesita conocer detalles la aplicación del protocolo de Londres en un tiempo predeterminado, no obstante, no se desea conocer la evolución de esta aplicación.

Técnica de la Investigación

Dentro de las diferentes técnicas de investigación se destaca a la entrevista con preguntas cerradas; esta se define como un procedimiento que ayuda a la elaboración u obtención de datos, en el campo sanitario es muy utilizada; es importante destacar que la entrevista incluye la recopilación y análisis de datos, para esto se realizan interrogantes a la población objeto de estudio (Casa, Repullo & Donado, 2003). En este trabajo se utilizó la entrevista, debido a que sólo existieron 11 auditores, por lo que no se considera una cantidad aceptable para una encuesta; en consecuencia, no puede ser clasificada como una muestra para

realizar el proceso de la técnica de la encuesta. Por medio de la entrevista se desea conocer la aplicación del protocolo de Londres. Las preguntas tuvieron opciones cerradas para no sesgar información y obtener resultados en base a las opciones presentadas por medio de preguntas cerradas; una limitación es que no da la oportunidad para ofrecer un punto de vista acerca de un tema en particular.

Además, también se desarrolló la entrevista a profundidad, esta fue orientada a una especialista en Ginecología la Dra. Lorena Herrera, la entrevista a profundidad a diferencia de la mencionada anteriormente, brinda la oportunidad para que las personas puedan extenderse en lo que piensan acerca de un aspecto en particular, esta técnica ofrece la oportunidad para conocer la realidad de un suceso a través de la percepción de las personas.

Instrumento

Como instrumento investigación se va a utilizar una guía de entrevista, la cual se define como un conjunto de preguntas que tiene la finalidad de conocer particularidades de la población estudiada. En este caso, se elaboró una guía compuesta por 10 preguntas, las cuales buscan identificar el conocimiento y percepciones del personal encargado de realizar las auditorías maternas, con esto se pretende conocer la aplicación realizada actualmente del protocolo dentro del Hospital General Guasmo Sur.

En esta guía se busca conocer si los colaboradores conocen ciertos detalles del protocolo, la percepción de barreras que no actuaron para que se presentara el caso, las fallas activas principales, los factores contributivos en el evento, evento adverso, cultura de la seguridad, casos de eventos centinelas y consideración sobre el protocolo de Londres como herramienta esencial.

La guía presentada en este trabajo de investigación fue adaptada del instrumento desarrollado por Aibar, Aranz, García y Franco (2018), quienes cuentan con el aval de la OMS, por tanto se considera esta guía como validada por expertos y el organismo rector en salud, disponiendo de un alfa de Cronbach superior a 8. El instrumento original se enfoca en la seguridad del paciente y hace una evaluación del conocimiento mediante el protocolo de Londres.

El cuestionario para la entrevista a profundidad estuvo conformado por siete preguntas, por medio de su aplicación se buscó conocer las fortalezas del protocolo Londres, los aspectos que los auditores consideran de mayor relevancia para que se genere la mortalidad materna, cuáles son las debilidades que se han presentado al momento de aplicar el protocolo, las fallas que se han constatado al momento de auditar el trabajo de los profesionales de la salud, entre otros. Las preguntas pueden ser visualizadas en los Apéndices.

Método

Los métodos de la investigación se dividen en deductivo e inductivo. El método inductivo es el que busca generar conocimiento general a partir de hechos específicos (Abreu, 2014). En este caso se utiliza el método inductivo debido a que por medio del conocimiento específico de los auditores se sabrá acerca del protocolo de Londres, lo que estudia, además de saber si es correcta la forma de trabajar de los profesionales de la salud.

Procesamiento de los Datos

En este trabajo investigativo se utiliza el programa Microsoft Excel para el ingreso y tabulación de datos. De igual forma, se utiliza el programa IBM SPSS 22 para el procesamiento de las variables nominales y ordinales. La presentación

de resultados se realiza en diagramas de frecuencia, además se muestran las tablas con las cantidades de respuestas para cada opción.

Población y Muestra

La población objeto de estudio son todos aquellos colaboradores sanitarios que son parte de la auditoría de muerte materna dentro del Hospital General Guasmo Sur, a los cuales se los quiere evaluar para identificar si están aplicando correctamente el protocolo de Londres. El total de profesionales que realizan la auditoría de muerte materna es de 11 personas, a las cuales se les aplicará la guía de entrevista a profundidad para conocer sus percepciones y conocimientos sobre el protocolo de Londres.

Análisis de Resultados

1.- Usted es parte del equipo investigador aplicando protocolo de Londres. ¿Cuáles serían los pasos que daría en el desarrollo de la misma?

1) Entrevista con los familiares de la paciente, entrevista con los profesionales implicados, evaluación de la historia clínica por pares, verificación de los equipos de guardia, listado de llamados de los especialistas, interconsultas a los especialistas, evaluación a los profesionales sobre los conocimientos de las guías.

2) Análisis de los registros clínicos, entrevista con el personal de salud tratante, verificación del seguimiento a la adherencia de las normativas, inspección del área, verificación de aspectos administrativos y las entrevistas con los encargados, entrevista cualitativa.

3) Análisis de los registros clínicos, inspección locativa en cumplimiento de habilitación, entrevistas con personal de salud, entrevistas con el personal

administrativo de la organización y entrevista con otros funcionarios del establecimiento de salud.

4) Verificación de las condiciones del área, revisión de los registros clínicos, verificación de la tecnología existente y la programación del personal, entrevista al auxiliar, entrevista a los familiares, evaluación realizada de adherencia a guías.

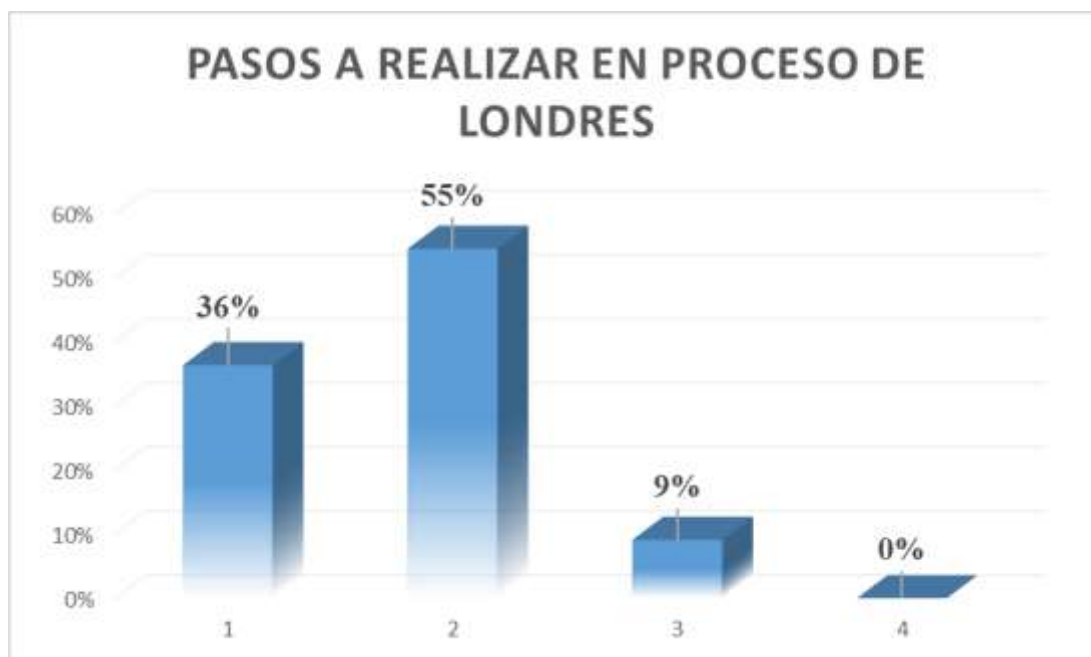


Figura 3. Pasos a realizar en proceso de Londres

Tomado de las entrevistas a colaboradores sanitarios que son parte de la auditoría de muerte materna dentro del Hospital General Guasmo Sur.

A través de los resultados de las encuestas se pudo determinar que el 55% de los encuestados contestaron correctamente indicando que los pasos que realizarían en el Protocolo de Londres sería la opción b, el 36% eligió la opción del literal a, el 27% optaron por la opción d y el 9% afirmaron que los pasos eran los del literal c, demostrando que el 45% de los encuestados contestó de forma incorrecta sobre los pasos para dicho protocolo, ya que la opción b era acertada según el protocolo.

2.- En el proceso de elaboración del informe de investigación de una muerte materna, se da la discusión sobre las barreras que actuaron para que se presentara el caso, usted podría relacionar las siguientes variables entre las columnas A y B, siendo la columna A la de las barreras y la B la de las justificaciones. Anote al frente de la columna (A) el número de la justificación correspondiente.

1. Física - A
2. Natural
3. Humana - G
4. Humana - H
5. Administrativa - B
6. Tecnológica - F
7. Gerencial

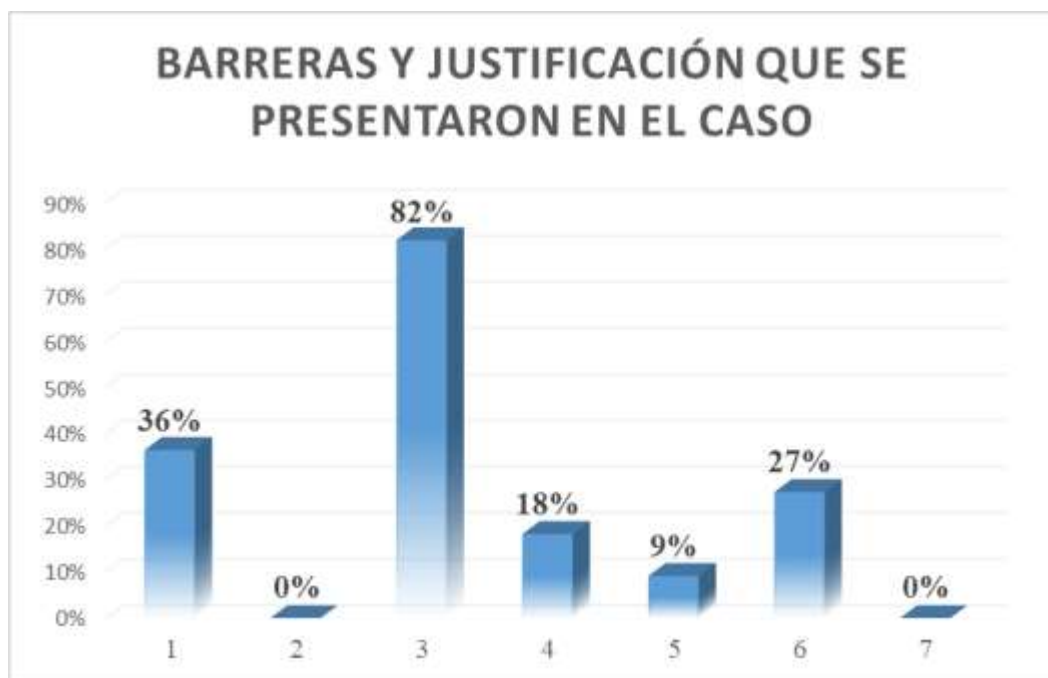


Figura 4. Barreras y justificación del caso

Tomado de las entrevistas a colaboradores sanitarios que son parte de la auditoría de muerte materna dentro del Hospital General Guasmo Sur.

Según los resultados de la encuesta se pudo observar que el 36% de los encuestados considera que existieron barreras físicas debido a la opción del literal

A, es decir que no cuenta con las áreas para atención de la madre y recién nacido que estén juntas para poder seguir un control adecuado de ellos durante su estancia en el establecimiento de salud; el 82% de los encuestados opinaron que existió barrera humana con relación a la opción G, es decir que la falta de personal en las horas de guardia del establecimiento de salud no permiten brindar a los pacientes una adecuada atención y además con esta barrera en cambio el 18% consideró que se debió a la opción del literal H, esta minoría piensa que la falta de especialistas en el área o el deficiente conocimiento para brindar la atención y estabilización apropiada de los pacientes; asimismo el 9% de los encuestados se refirió a las barreras administrativas que consideran que se debió a la opción B, es decir que señalan que la falta de respuesta de los directivos sobre los daños de equipos y la falta de insumos por parte de las enfermeras; un 27% de los encuestados indicó que existió barreras tecnológicas por la relación con la opción F, esto quiere decir que el no contar con equipos que puedan reemplazar a otros ya con fallas presentadas y el retiro de equipos que son del área; también se debe agregar que no existió porcentaje para la barrera natural y gerencial.

3. - Determine la falla activa principal que se evidenció en el caso mencionado.

1) La ausencia de comunicación entre la enfermera y el médico con relación a los equipos disponibles.

2) La sobrecarga laboral de los trabajadores de salud con relación a la cantidad de pacientes en los establecimientos de salud.

3) Inoportunidad en la evolución de la historia clínica

4) La deficiente capacitación al personal en la identificación de las alertas y clasificación del riesgo en la atención en cada área.

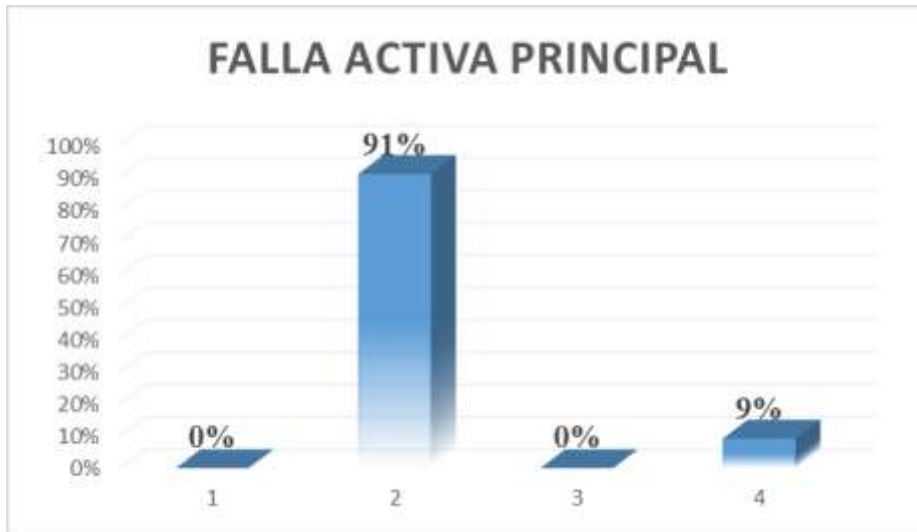


Figura 5. Falla activa principal

Tomado de las entrevistas a colaboradores sanitarios que son parte de la auditoría de muerte materna dentro del Hospital General Guasmo Sur.

Con relación a los resultados de la encuesta, se pudo verificar que el 91% de los encuestados afirmó que la falla principal que se evidenció en el caso de estudio fue la sobrecarga laboral que se otorgó a los trabajadores de la salud en relación a la cantidad de pacientes que se disponía en ese momento en el establecimiento, en cambio el 9% comentó que la falla principal que se detectó fue la deficiente capacitación que se brinda al personal de salud sobre la identificación de alertas y clasificación del riesgo en la atención que se brinda en cada área.

4. - Luego de establecer las fallas activas, usted dentro del equipo de investigadores propone analizar los factores contributivos en el evento. Califique como falsas o verdaderas las siguientes conclusiones que se enunciaron durante el debate.

a) El cansancio del personal es un factor contributivo en este caso relacionado con la tarea y tecnología al no estar en condiciones apropiadas para cumplir con la misma.

b) El daño del monitor fetal es un factor contributivo correspondiente al individuo por no haber verificado su disponibilidad al inicio del turno.

c) La falta de información de la paciente es un factor contributivo del individuo por el desconocimiento del servicio que le deberían prestar.

d) La falta de comunicación del equipo de trabajo en salud corresponde a un factor contributivo del ambiente por la dificultad que genera en la coordinación de las actividades.



Figura 6. Conclusiones de los factores contributivos

Tomado de las entrevistas a colaboradores sanitarios que son parte de la auditoría de muerte materna dentro del Hospital General Guasmo Sur.

En relación a los resultados de la encuesta se pudo revisar que el 100% de los encuestados indicaron que la opción A y D eran verdaderas, es decir que todos consideran que el cansancio del personal es un factor contributivo en este caso debido a que no se encuentra con las condiciones apropiadas para poder cumplir con sus tareas, asimismo mencionaron que la falta de comunicación que existe

dentro del equipo de trabajo en el área de salud también es un factor contributivo del ambiente laboral, porque se dificulta la coordinación de las tareas y actividades que se deben desempeñar diariamente; con relación a la opción B y C el 100% de los encuestados se refirieron como falsas debido a que no consideran que el daño del monitor fetal y la falta de información del paciente sean un factor contributivo sobre el tema en relación que se discute.

5 ¿Es lo mismo error que evento adverso?



Figura 7. Error es igual que evento adverso

Tomado de las entrevistas a colaboradores sanitarios que son parte de la auditoría de muerte materna dentro del Hospital General Guasmo Sur.

En los resultados que se analizaron en la encuesta sobre si un error es similar a un evento adverso, el 100% de los encuestados determinó que no es lo mismo, por lo que asegura que el personal de salud conoce muy bien que son diferentes estos dos términos.

6 ¿Cómo se puede mejorar dicha cultura y evitar la cultura de la culpabilidad?

La cultura de la seguridad integra varios elementos tales como información, confianza, aprendizaje, organización flexible y trabajo en equipo. Lograr que estos elementos actúen de forma sinérgica requiere:

1) Tener conciencia: saber que está pasando a través de sistemas de notificación, indicadores de seguridad, rondas de seguridad y otras fuentes de datos.

2) Mejorar la comunicación entre profesionales, servicios y turnos de trabajo. Debemos hablar y escribir más, con precisión, de forma estructurada y considerando la información que es útil y necesaria para mejorar la seguridad del paciente.

3) Analizar retrospectivamente los incidentes y eventos adversos, revisando sistemáticamente los factores contribuyentes.

4) Supervisar y normalizar tareas y procedimientos.

5) Inclusión de la seguridad en la agenda institucional de directivos y profesionales, incorporando la seguridad en la misión, visión y valores de los centros asistenciales.

6) Asumir el principio de que pequeños pasos son necesarios para lograr grandes cambios. La mejora de la cultura de la seguridad se cambia poco a poco y a medio y largo plazo. La perseverancia es determinante en este sentido.

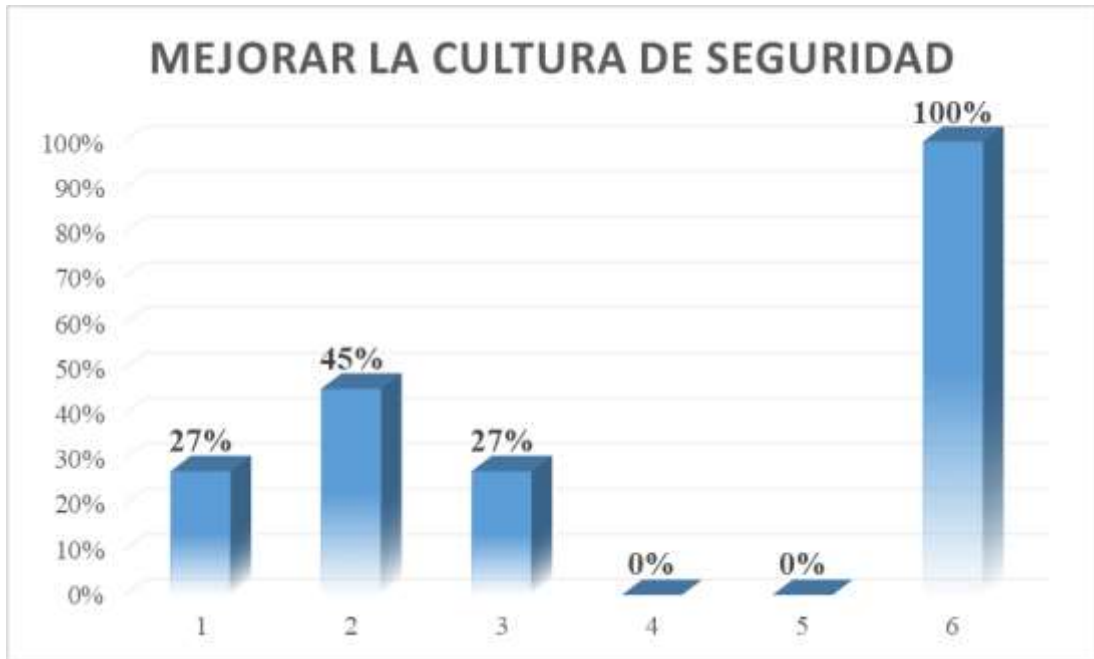


Figura 8. Mejorar la cultura de seguridad

Tomado de las entrevistas a colaboradores sanitarios que son parte de la auditoría de muerte materna dentro del Hospital General Guasmo Sur.

Según los resultados obtenidos a través de las encuestas se pudo determinar que el 100% de los encuestados considera que la opción F es la que permite que la cultura de seguridad se mejore en el establecimiento de salud, es decir que es importante recordar que los pequeños pasos que se dan son necesarios para poder lograr grandes cambios en el futuro, la mejora de la cultura de seguridad se cambia de poco a poco y a medio y largo plazo, además que la perseverancia es importante para poder cumplir lo que se propone; el 45% de los encuestados aseguró que la opción B es la indicada, debido a que sostienen que la mejora de la comunicación entre los profesionales de la salud, servicio y los de turno, deben tener un diálogo más abierto y escribir la información de mayor importancia sobre los casos de los pacientes para de esta manera poder brindar una mejor seguridad a los pacientes.

Continuando con el análisis de los resultados de la encuesta también se obtuvo que el 27% de los encuestados que opinaron que la opción A y C eran

necesarias para mejorar la cultura de la seguridad, es decir que consideran que es importante tener conciencia al momento de realizar sus actividades mediante la verificación de los sistemas de notificación, a través de las rondas que se realizan y otras fuentes de datos para cumplir correctamente sus tareas con los diferentes pacientes que se atienden en dicha institución de salud, además mencionaron que ayuda el analizar retrospectivamente los incidentes y eventos que se presentan, además de revisar los factores contribuyentes de manera sistemática. Por otro lado se debe indicar que las opciones D y E no tuvieron porcentaje, es decir que los encuestaron no las consideraron como una opción para mejorar la cultura de seguridad del establecimiento de salud.

7. ¿En qué consiste el protocolo de Londres para el estudio de los eventos adversos?

- a) Es una metodología de análisis multicausal.
- b) Investiga los eventos adversos centinela.
- c) Permite identificar en cada caso cuáles han sido los factores contribuyentes a la ocurrencia del evento adverso.
- d) Permite identificar acciones inseguras.
- e) Permite encontrar las acciones que deben ser implementadas para favorecer el aprendizaje organizacional.
- f) Mejora el proceso de investigación y análisis de lo que sucedió.

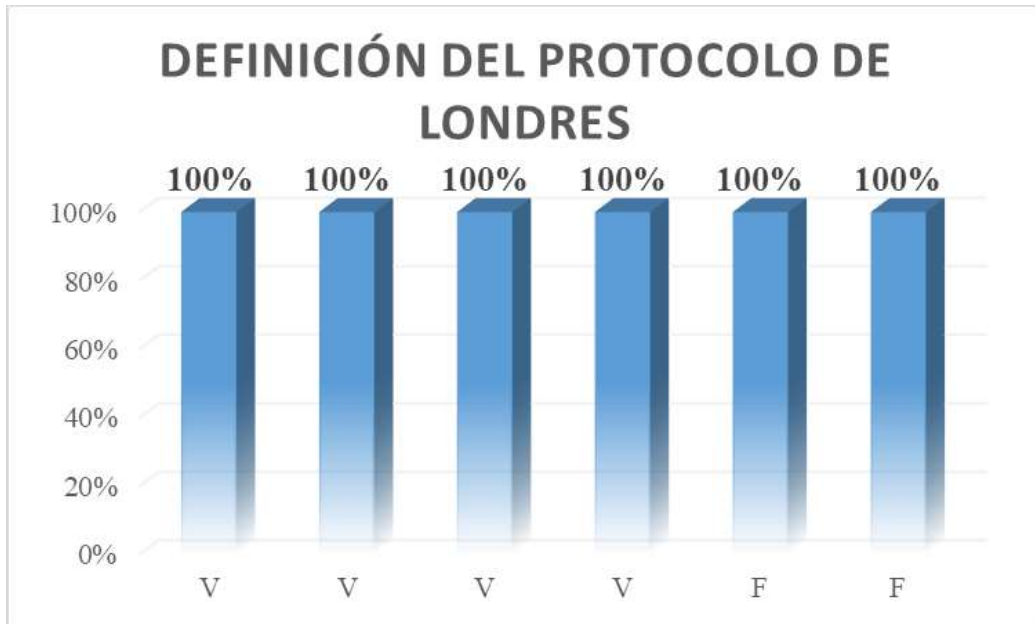


Figura 9. Definición del protocolo de Londres
 Tomado de las entrevistas a colaboradores sanitarios que son parte de la auditoría de muerte materna dentro del Hospital General Guasmo Sur.

Se puede mencionar que el 100% de los encuestados respondieron como verdadero las opciones A, B, C y D, es decir que consideran que el protocolo de Londres es una metodología de análisis multicausal, que investiga los eventos adversos centinela, que permite identificar los factores contribuyentes que se presentan en cada caso y la identificación de acciones inseguras; por lo contrario asimismo el 100% contestó que las opciones E y F son falsas, en otras palabras se puede decir que es incorrecto decir que el protocolo de Londres permite encontrar acciones para implementar en el aprendizaje organizacional, ni decir que mejora el proceso de investigación y análisis de lo que ya sucedió.

8.- Dentro de una auditoría de evento centinela, cómo logra saber que los hallazgos pueden ser posibles factores contributivos:

- 1) Omisión de la acción (aplicación de normativa).
- 2) Demoras en los procesos de atención (barreras administrativas).

- 3) Falla en el sistema de salud (referencias y contra referencias).
- 4) Falta de conocimiento por parte del personal de salud.

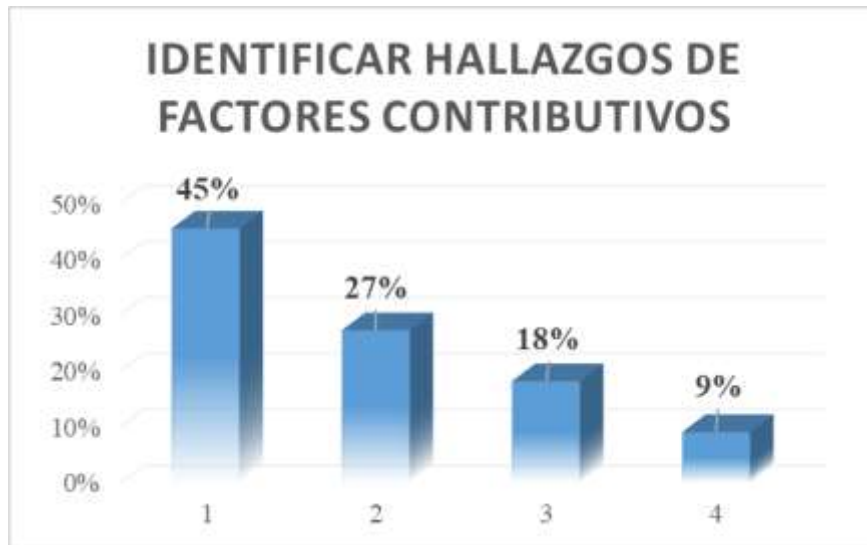


Figura 10. Identificar hallazgos de factores contributivos

Tomado de las entrevistas a colaboradores sanitarios que son parte de la auditoría de muerte materna dentro del Hospital General Guasmo Sur.

Al analizar los resultados de las encuestas se pudo determinar que el 45% de los encuestados mencionaron que logran saber que los hallazgos pueden ser factores contributivos mediante la omisión de la acción, es decir la aplicación de normativa; el 27% indicó que sería posible a través de las demoras en los procesos de atención, en otras palabras se refiere a las barreras administrativas; el 18% en cambio considera que son las fallas en el sistema de salud, se refiere a las referencias y contra referencias; el 9% afirmó que era la falta de conocimiento por parte del personal de salud.

9.- Como equipo investigador al realizar las investigaciones de muerte materna, ¿considera usted que el protocolo de Londres es la herramienta esencial para proceder con la investigación?



Figura 11. Protocolo de Londres es herramienta esencial para investigación Tomado de las entrevistas a colaboradores sanitarios que son parte de la auditoría de muerte materna dentro del Hospital General Guasmo Sur.

En relación a los resultados que se conocieron mediante las encuestas se pudo observar que el 91% de los encuestados aseguraron que el protocolo de Londres es la herramienta esencial para poder realizar la investigación del caso, en cambio el 9% indicó que no, debido a que probablemente no conozca el protocolo de Londres como tal.

10.- ¿Dentro de las actividades de auditoría interna y plan de trabajo incluye usted la actividad de análisis de casos de eventos centinelas?

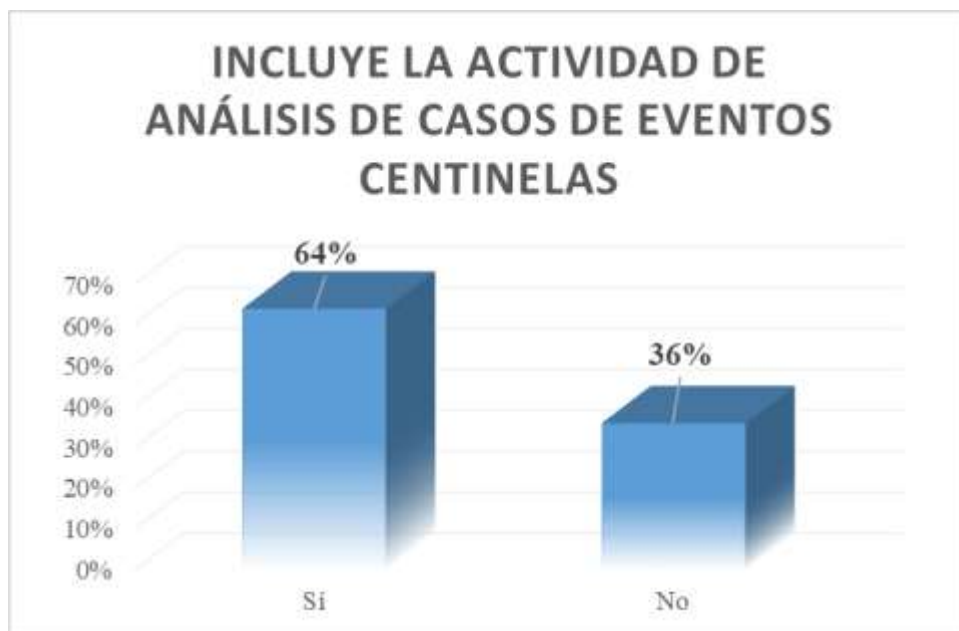


Figura 12. Incluye la actividad de análisis de casos de eventos centinelas Tomado de las entrevistas a colaboradores sanitarios que son parte de la auditoría de muerte materna dentro del Hospital General Guasmo Sur.

Con relación al resultado obtenido mediante las encuestas, se pudo determinar que el 64% de los encuestados indicaron que sí agregan el análisis de casos de eventos centinelas en las actividades de auditoría interna y plan de trabajo; por lo contrario el 36% afirmó que no lo incluye dentro de los mismos; es decir que la mayor parte de los encuestados ya realizan este proceso dentro de sus labores, sin embargo existe una parte del personal que no lo realiza, esto se considera negativo para la institución de salud.

Entrevista a profundidad

1. ¿Conoce usted las fortalezas del protocolo de Londres?

- Señalar la necesidad de distinguir entre factores de riesgo de base y fallas activas.
- Resalta la necesidad de implementar planes de mejoramiento y verifica su cumplimiento para asegurar que se esté cumpliendo.

- Señala la necesidad de que sean los comités de infecciones los responsables de analizar la casuística de mortalidad.

- Señala la pertinencia del análisis multidisciplinario (epidemiólogo, auditor y especialistas por servicio).

2. ¿Cuáles considera que son las debilidades que se han presentado al implementar el protocolo de Londres?

- Método deductivo, es muy ambiguo para validez de las conclusiones.
- Ser parte de la presencia de factores de riesgo para “deducir” oportunidades de mejoramiento, desconociendo el modelo de causalidad estándar que explica la generación de eventos adversos.

- Hace énfasis en las causas próximas y no ahonda en factores estructurales que pueden estar precipitando los eventos adversos.

- No precisa responsabilidades en el ciclo de acción.

3. ¿Qué le impide poner en práctica el protocolo de Londres? (Barreras)

El no tener muchas veces el equipo multidisciplinario para el análisis.

4. ¿Cuáles son las principales fallas que ha encontrado en la auditoría de muerte materna?

- Violaciones a guías de práctica clínicas.
- Ausencia de una estrategia institucional de “Bacteriemia Zero”.
- Error diagnóstico.
- La paciente había sido expuesta a cursos de antibiótico no justificados y repetidos lo que conllevó a la colonización entérica por flora resistente.

- Desconocimiento de conducta de cuidado ante incidente.

- No hay personal operativo en diferentes especialidades.

- Personal de enfermería en turnos nocturnos y fines de semana con menor entrenamiento.

- Falta de unidad en el manejo de la paciente, no se realizaron juntas de calidad ni de ética para empoderar las decisiones debidas en el manejo de la paciente.

- Sobrecarga de trabajo.

- Burnout, estrés.

5. ¿Qué medidas considera adecuadas para evitar que el personal entrevistado no identifique que se genera un juicio de valor en la entrevista?

- Realizar reuniones de trabajo multidisciplinaria con previa introducción del por qué se está investigando el evento centinela y que es para el mejoramiento continuo.

- Hacer que se cumplan esas mejoras propuestas durante la reunión.

- Cuando el proceso investigativo se aborda de manera sistemática el personal entrevistado se siente menos amenazado.

- Los métodos utilizados fueron diseñados pensando en promover un ambiente de apertura que contrastan con los tradicionales basados en señalamientos personales y asignación de culpa.

6. ¿Cuáles son las consideraciones que tiene para determinar si los hallazgos en una auditoría de evento centinela son posibles factores contributivos?

No siempre todos los hallazgos son factores contributivos, pero si es importante plasmarlos para evitar que se sigan produciendo.

7. ¿Considera que el protocolo de Londres es una herramienta esencial para la investigación de muertes maternas? ¿Por qué?

Sí, es muy importante porque su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa. Además es más fácil identificar acciones u omisiones como causa inmediata de un incidente; un análisis más cuidadoso usualmente descubre una serie de eventos concatenados que condujeron al resultado adverso o al evento centinela.

Interpretación de Resultados

Los resultados pudieron denotar que sólo el 27% de los encuestados acertaron con respecto a los pasos que se deben realizar al poner en práctica el protocolo de Londres eligiendo la opción sobre el análisis de los registros clínicos, entrevista con personal de salud tratante, verificación de seguimiento a la normativa, etc.; en relación a las barreras que existieron el 82% afirmó que existió barrera humana la cual se justificó con la opción en donde se indica que la cantidad de personal en los turnos de guardia del establecimiento de salud no fue idónea para poder brindar una mejor atención al paciente; también se evidenció que el 91% de los encuestados mencionó que la falla activa principal que se pudo observar en el caso se relaciona a la cantidad de trabajo que poseía el personal de salud con respecto al número de pacientes que acuden a dicho establecimiento de manera esporádica, referida y autoreferida; asimismo se pudo revisar que el 100% de los encuestados seleccionaron la opción A y D como correctas las cuales indican que el personal se consideró un poco agotado ante la falta de talento humano y de apoyo (enfermeras, auxiliares de enfermería, médicos y especialistas en área críticas), además de que se presentaron ciertos problemas comunicacionales con otras

especialidades como factores contributivos ante las que se evidenciaron, debido a la alta rotación de profesionales, demoras en la valoración multidisciplinaria, no aplicación de las normas entre otros factores que no les permiten cumplir sus actividades como por ejemplo el sistema informático que se aplica al llenado de la historia clínica única, así como también se dificulta la coordinación en sus tareas al no tener un correcto diálogo entre el equipo de trabajo que ingresa con el que sale (rotación de guardias).

En cuanto la consulta sobre si son similares los términos error y efecto adverso, se pudo denotar que el 100% de los encuestados conoce muy bien que son diferentes estos términos lo que se considera positivo; se pudo conocer que el 100% de los encuestados opina que para mejorar la cultura de seguridad es importante considerar que los pequeños pasos son necesarios para lograr grandes cambios, que la mejora de la cultura se cambia poco a poco y a medio y largo plazo así como la perseverancia es indispensable para poder cumplir lo que se propone.

Con relación al protocolo de Londres el 100% de los encuestados considera correcta las definiciones como que es una metodología de análisis multicausal, investiga eventos adversos centinela, identifica factores contribuyentes que se dan en cada caso e identificación de acciones inseguras; asimismo se pudo observar que el 45% de los encuestados señala que logran conocer que los hallazgos pueden ser factores contributivos a través de la omisión de la acción (aplicación de la normativa); también se pudo conocer que el 91% de los encuestados afirmaron que el protocolo de Londres sí es la herramienta esencial para poder efectuar la investigación de casos y por último el 64% de los encuestados señalaron que sí utilizan el análisis de caso de eventos centinela en sus actividades

de auditoría interna y plan de trabajo, lo que evidencia que esta herramienta es de gran utilidad en la concienciación de las actividades que se deben mejorar para la calidad de atención de los pacientes.

Por medio de la entrevista a profundidad se puede concluir que una de las fortalezas del protocolo Londres es que por medio de su uso se puede indicar la necesidad de distinguir entre factores de riesgo de base y fallas activas; por otra parte una de las debilidades que se han presentado al momento de haber implementado esta herramienta fue que hizo énfasis en las causas próximas y no ahondó en factores estructurales que pueden tener la oportunidad de estar precipitando los eventos adversos. Una de las barreras que hacen dificultoso la práctica del protocolo de Londres es no contar con el equipo adecuado para el análisis.

Se comprueba además que existe asociación entre los factores contributivos que conllevan a una muerte materna con la calidad de atención de las gestantes de acuerdo al protocolo de Londres.

Capítulo 4

Propuesta

Entre los resultados hallados en la encuesta se evidenció que un gran porcentaje de encuestados mencionó que los turnos de guardia no fueron adecuados para ofrecer una atención al paciente de calidad; se notó que han existido fallas activas por la gran cantidad de trabajo que ha tenido que cubrir el personal de la institución, esto se puede generar por la gran demanda que existe en el hospital diariamente. El personal por lo general siente agotamiento porque existe falta de colaboración de los compañeros y a su vez el hospital no cuenta con el suficiente factor humano para cubrir la demanda. Por estos y otros hallazgos más se ha decidido realizar la siguiente propuesta.

Justificación

El estudio de la muerte materna es de gran importancia para la sociedad debido a que existe una alta tasa de muertes por este concepto en el país, razón por lo cual es indispensable buscar alternativas y estrategias que ayuden a disminuir considerablemente esta situación. Mediante la investigación basada en el protocolo de Londres, se pudo conocer los factores contributivos a este problema, para de esta manera formular estrategias que ayuden a reducir dicha tasa, entre los problemas que se presentan se pudo evidenciar la demora en la atención en casos de emergencia, por lo que se propone priorizar la atención a las pacientes que acuden a dicho hospital con signos de alerta; no obstante, esta atención debe realizarse a dicha paciente aunque no pueda ser ingresada al hospital sea cual sea el inconveniente, para de esta manera evitar complicaciones que puedan dar como resultado el fallecimiento de la paciente o del infante.

Es importante recordar que las relaciones dentro del hospital por parte de los profesionales es indispensable que sean buenas para garantizar que se mantenga una comunicación adecuada de los procesos y cuidados que cada uno realiza a una paciente, con esto se espera que exista un registro y control apropiado para que cada profesional que atienda a la paciente tenga claro los procesos ya realizados y los diagnósticos que se evidenciaron, con el fin de que pueda continuar con el tratamiento el profesional de turno, de esta manera se espera evitar complicaciones de las pacientes por la omisión de procesos o de información por parte de los profesionales de la salud.

Objetivos

Objetivo general

Diseñar estrategias para reducir la muerte materna por parte de los profesionales de la salud del Hospital General Guasmo Sur.

Objetivos específicos

- Proponer un manual de procesos para ejecutar el registro adecuado de la atención de cada paciente durante el turno de trabajo del profesional de salud.
- Evaluar de manera continua a todos los profesionales de la salud en temas de identificación de alarmas en las pacientes gestantes y puérperas que acudan al establecimiento de salud.
- Analizar de manera multidisciplinaria casos de pacientes Near Miss para la toma de decisiones oportuna.
- Generar un sistema de monitoreo y seguimiento de pacientes puérperas que son referidas al primer nivel de atención atendidas en el Hospital Guasmo Sur, para evitar complicaciones y muertes.

- Priorizar el cuidado especializado intensivo dentro y fuera del hospital en caso de existir demora en el ingreso del paciente.
- Generar un proceso de pasantías para los profesionales del primer nivel de atención en establecimientos de salud de mayor complejidad para fortalecer las buenas prácticas y procesos de gestantes con alto riesgo obstétrico y puérperas con complicaciones.

Beneficiarios

Los beneficiarios directos del presente trabajo son las futuras madres, puesto que mediante el refuerzo de conocimientos a los profesionales de la salud se evitará el riesgo de muerte en las mujeres, mientras que el implantar un manual de procesos para cambios de turno ayudará a prever las distintas alertas que hayan observado durante un turno e informar al turno de relevo, para así seguir el adecuado tratamiento o tomar mejor las decisiones oportunas en cuanto a su terapéutica o procedimiento a realizar.

Unidad de Análisis y Consecución del Proyecto

El Hospital General Guasmo Sur se encuentra ubicado en la República del Ecuador, Provincia del Guayas, Ciudad de Guayaquil, Parroquia Ximena en la dirección Av. Cacique Tomalá y Callejón Eloy Alfaro.

Este emblemático Hospital atiende las 24 horas del día y brinda atención de diversos servicios como: Consulta externa: Cirugía Maxilofacial, Ginecología, Urología, Psicología, Neumología, Psiquiatría, Cirugía General, Odontología, Medicina Interna, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Dermatología, Nefrología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría, Hematología, Traumatología, Neurología, Gastroenterología y Cardiología (MSP, 2018).

Cuenta con un equipo multidisciplinario en todas las áreas asistenciales además de docencia, fortaleciendo la calidad de atención realizada en un establecimiento de salud de segundo nivel con cuarto nivel de complejidad. Cuenta con áreas de laboratorio clínico, apoyo diagnóstico terapéutico (radiología, ecografía, tomografía, laparoscopia, entre otros).

Específicamente en el área de Ginecología cuenta con áreas totalmente equipadas en hospitalización, centro obstétrico, centro quirúrgico, emergencias ginecológicas recuperación y observación de nuestras gestantes. Como el binomio madre-hijo es considerado una prioridad nacional, el establecimiento cuenta con la infraestructura adecuada para dichos pacientes garantizando el bienestar y confort de los mismo.



Figura 13. Ubicación del Hospital General Guasmo Sur
Fuente: Google Maps.

Factibilidad

Realizar la presente propuesta es factible debido a que se reforzará los conocimientos a todos los profesionales de la salud sobre la identificación de alarmas en las pacientes que acuden al hospital mencionado en el presente estudio, además que se concientizará sobre la importancia de atender a las pacientes con casos de emergencia obstétrica brindando cuidados intensivos fuera y dentro de la sala de hospitalización hasta que pueda ser ingresada correctamente al establecimiento de salud, causando una mejora de la atención y evitando que surjan problemas adicionales en las pacientes.

Factibilidad técnica

La propuesta es factible en el área técnica debido a que el hospital cuenta con un auditorio para poder realizar las capacitaciones de identificación de alarmas y la importancia de brindar cuidados profesionales intensivos fuera de la sala de hospitalización, en casos de demora de ingreso u otro factor externo que se presente.

También cuenta con docentes, equipo capacitado en auditorías de eventos centinelas, lo cual va a permitir que los profesionales se sientan seguros de realizar y cumplir con todos los procesos de calidad de atención de las pacientes.

Cuenta con una infraestructura que permitirá iniciar un sistema de fortalecimiento y buenas prácticas para con otras profesiones que atienden en los establecimientos de salud de menor complejidad ayudado a que nuestras pacientes se les brinde una atención oportuna y estable antes de ser referida, además de prevenir que las pacientes lleguen en condiciones no idóneas al establecimiento de salud y esto genere la muerte de la misma.

Factibilidad humana

La factibilidad es de carácter humano porque existe personal profesional con mucha experiencia que puede brindar las charlas para reforzar los conocimientos de los profesionales de salud del hospital, por lo que se podrán realizar las capacitaciones con autogestión.

Factibilidad financiera

Para poder poner en funcionamiento la propuesta del presente proyecto se necesita enlistar los diferentes aspectos que se requieren para su elaboración por lo que se requiere del financiero y disposición de itinerancia para poder ejecutar la preparación de la propuesta mediante los materiales que se usarán para brindar los trípticos a los profesionales de la salud y así llevar a cabo los objetivos que se plantearon.

Descripción de la Propuesta

Actividades

Estrategia 1: Elaboración de diagramas de procesos para el relevo de turno

La entrega de turno es importante para el presente trabajo debido a que se pudo detectar que la falta de comunicación apropiada de los profesionales es un factor contributivo que influye en la práctica clínica de este caso, es por eso que se ha tomado como parte de la propuesta realizar un diagrama de procesos que facilite la ejecución de las actividades de cada turno, para que se emitan procesos y así poder brindar un mejor servicio a los pacientes que acuden al Hospital General Guasmo Sur.

Para poder determinar los procesos para las tareas de los profesionales, primero es indispensable tener conocimiento sobre lo que implica un cambio de turno, es por eso que se necesita conocer su significado, el cual se refiere al relevo

de turno que se realiza en el momento en el que se entrega información sobre las funciones que se realizaron en la asistencia médica y administrativa que son parte del quehacer de la residencia.

Por lo antes mencionado se ha vuelto indispensable analizar e implementar un diagrama de procesos con las funciones que se realizan al momento que se entrega turno para de esta manera poder brindar a las pacientes una mejor atención y evitar riesgos por una mala coordinación por parte del personal de la salud, es por ese motivo que se propone el siguiente diagrama para realizar las actividades de una forma más adecuada dentro del Hospital.

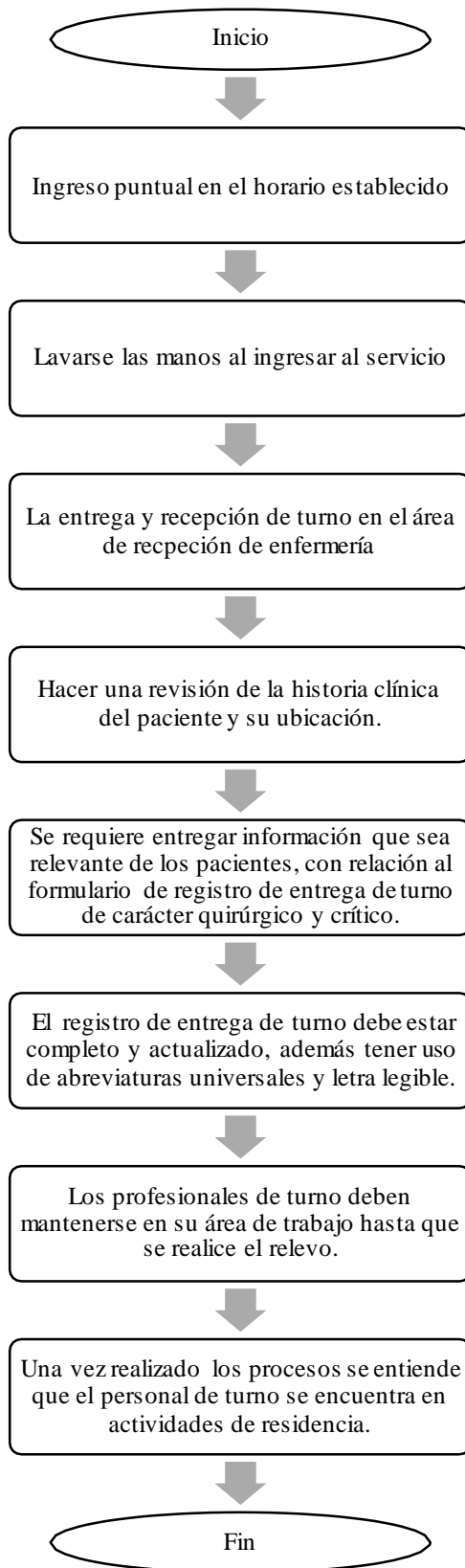


Figura 14. Diagrama de proceso de cambio de turno

Es importante indicar que se requiere tener en cuenta cierta información al momento de realizar el cambio de turno para que no se suscite ningún problema adicional o complicación la cual se indica a continuación:

Tabla 2
Información a considerar en el cambio de turno

| Descripción | Definición |
|--|---|
| Diagnóstico principal | Se debe indicar las patologías que generaron la hospitalización del paciente. |
| Actividad motora, comportamiento y estado de conciencia. | Se debe hacer una descripción del estado de conciencia del paciente e informar sobre escala de Glasgow si se requiere. Indicar riesgo de caídas y las medidas de prevención que se deben realizar. |
| Examen físico | Hacer una descripción de alteraciones que se presenten o mejoras de su condición. |
| Parámetros Hemodinámicos | Se debe indicar las alteraciones y tendencias que se observan. |
| Parámetros respiratorios | Las alteraciones y tendencias que se hayan dado. Las terapias respiratorias que se efectúen. |
| Ayuno y nutrición | Se debe indicar el tipo de régimen que debe tener el paciente y tolerancia. |
| Medicamentos | Se debe describir la administración de medicamentos o tratamientos que se realizan o deben efectuarse. |
| Exámenes de laboratorio, interconsultas e imagenología | Indicar exámenes pendientes por realizar o mencionar, tendencia y evolución del paciente, casos de exámenes alterados u otro inconveniente que se suscite. Indicar información o estado de las interconsultas con los especialistas ya sean pendientes, por tramitar o realizadas. |
| Accesos venosos | Indicar el número de días que posee el dispositivo venoso, arterial, etc. |
| Preparación preoperatoria | Los pacientes se deben entregar con preparación preoperatoria por enfermería, consentimiento firmado e informado y solicitud de visita preanestésica. |
| Información a familiares | Indicar información que se brinda a la familia directa del paciente. |

Además, se recomienda que el libro de residencia debe permanecer siempre en residencia médica, para que pueda ser revisado a diario por los médicos y pueda cada profesional de turno registrar estrategias o acciones a seguir según la información expuesta en el registro.

Estrategia 2: Capacitar a los profesionales de la salud en temas de identificación de alarmas en las pacientes.

La capacitación que se brindará a los profesionales de la salud en relación al tema de cómo identificar las alarmas en las pacientes que ingresan al hospital es de gran importancia porque permite reforzar dichos síntomas que pueden evitar el riesgo que tienen dichas pacientes, la capacitación se la llevará a cabo en el Auditorio del Hospital General Guasmo Sur, se realizará la charla en un tiempo de 2 horas, la cual se llevará a cabo en el mes de octubre y se efectuará en horario de la tarde, se seleccionará la mitad de profesionales de cada área y la otra al día siguiente para de esta manera poder cumplir con la capacitación de todo el personal. La persona que dictará la charla de identificación de alarmas obstétricas cobrará un total de \$1,340.

Tabla 3
Capacitación sobre identificación de alarmas obstétricas

| Objetivos específicos | Contenido | Estrategias metodológicas | Recursos |
|---------------------------------------|--------------|----------------------------|---|
| Identificación de alarmas obstétricas | ¿Qué son? | Exposición del profesional | Profesional, computadora, proyector y material de apoyo |
| | ¿Cuáles son? | | |

Elaboración de material didáctico: impreso

Se procederá a seleccionar la información que se requerirá para la capacitación a los profesionales de la salud, en la cual se aplicará el uso de una

computadora y un proyector, mesas de trabajo, además se brindará a los profesionales material impreso con la información más relevante para que puedan tener a la mano en caso de alguna duda. El material impreso se realizará con dos modelos distintos, el primero sobre el tema de identificación de alarmas obstétricas y el segundo sobre los eventos adversos y centinela, para de esta manera brindar un material de apoyo sobre los temas que se tratarán en la capacitación y charla al personal de la salud del hospital; de esta manera se busca garantizar a los pacientes una mejor atención médica y disminuir los factores que contribuyentes al problema de muerte materna. Impresión de pre y post test con evaluaciones acorde al programa de capacitaciones a realizarse.

En cuanto al costo del material impreso será de \$ 99.99, lo que incluye 1000 trípticos a full color, tamaño A4, papel couche de 115 g, según precios de mercado. El material didáctico será entregado a los profesionales de la salud el día de la capacitación que se efectuará en el Auditorio del Hospital General Guasmo Sur.



Figura 15. Tríptico parte externa



Figura 16. Tríptico parte interna

Selección de información para realizar las charlas al personal de salud

La selección de la información para impartir a los profesionales de la salud será sobre la identificación de casos clínicos de las pacientes embarazadas que ingresan al hospital, en esta charla se seleccionaron los criterios con las que se presentaron las pacientes near miss, además se consideró brindar información sobre los eventos adversos y centinelas para concientizar a los profesionales de

seguir acorde cada uno de los procesos, procedimientos y protocolos, además de incentivar a los profesionales a mantener lazos más fuertes entre sus compañeros, para de esta manera evitar la omisión de alguna información que pueda propiciar algún problema adicional a la paciente.

- Identificación de alarmas obstétricas, definición, cuáles son.
- Eventos adversos y centinela, definición, cuáles son y recomendaciones para prevenirlas.

Estrategia 3: Staff Médicos sobre los eventos adversos y centinela para la toma de decisiones oportunas.

Los análisis sobre los eventos adversos y centinelas, será un programa muy importante para la institución de salud, ya que se espera mejorar y empoderar a los profesionales en los procesos en la calidad de atención, mejorar la comunicación que es uno de los factores contribuyentes de la muerte materna, con lo que se espera cambiar las prácticas habituales del personal de salud para de esa forma mejorar la atención de los usuarios.

Es indispensable seguir un procedimiento para cada caso que se presenta en el hospital, porque es así como se puede determinar el tratamiento y medicación adecuada para dicho paciente, además que se requiere mejorar el ingreso de información por cada profesional de turno para evitar errores médicos por poca información de los procesos que se realizan durante el turno anterior, dicha estrategia se llevará a cabo en el mes de noviembre del 2019, se tomarán dos horas para tratar dicho tema y poder socializarlos con los profesionales, lo cual permitirá una mejor relación entre el personal de la salud, además que brindará propuestas de soluciones adicionales y un mejor ambiente laboral en el futuro.

Para poder realizar estos conversatorios como propuesta para ayudar a reducir la tasa de muerte materna en el hospital mencionado en el trabajo de estudio, se requiere conocer las definiciones de los eventos adversos así como el de centinela, el evento adverso se puede indicar que se trata de un daño que es imprevisto el cual se ocasiona al paciente como consecuencia del proceso de atención médica que se brinda al mismo, en cambio el centinela se trata de un hecho que es inesperado, el cual no se relaciona con la evolución natural de la enfermedad, pudiendo producir la muerte del paciente, o poniendo en riesgo la vida del mismo, este puede dejar secuelas o generar lesiones físicas, psicológicas o tener el riesgo de sufrirlas de forma grave en un futuro.

Esta información también se la podrá obtener en las historias clínicas únicas de casos Near miss que requieran ser analizados multidisciplinariamente, modalidad que permitirá mantener una cultura organizacional dentro de la institución. La persona que se encargará de dictar la charla sobre eventos adversos y centinelas cobrará un total de \$1,000.

Tabla 4
Charlas sobre eventos adversos y centinela

| Objetivos específicos | Contenido | Estrategias metodológicas | Recursos |
|------------------------------|---|----------------------------|---|
| Eventos adversos y centinela | ¿Qué son? ¿Cuáles son los más comunes? ¿Cómo prevenirlos? | Exposición del profesional | Profesional, computadora, proyector y material de apoyo |

Estrategia 4: Priorizar el cuidado especializado intensivo fuera del Hospital en caso de existir demora en el ingreso del paciente.

En el planteamiento del problema del presente trabajo se pudo identificar que otro de los problemas que se presentan en el tema de muerte materna es la demora

en la atención que se brinda a las pacientes por distintos factores externos como transporte, economía del paciente, entre otros, por lo cual se tomó en cuenta una propuesta que ayude a disminuir los riesgos de las pacientes que llegan al hospital con síntomas o signos de riesgo y que por distintos motivos no pueden ser ingresadas a la entidad médica, lo que perjudica el cuadro clínico del paciente. Por ese motivo se propone brindar una atención especializada intensiva fuera de la sala de hospitalización por los profesionales para ayudar a mitigar el riesgo de complicaciones en el paciente hasta que pueda ser ingresada para proseguir su revisión y en caso de necesitar hospitalización inmediata pueda ser atendida con la mayor brevedad del caso.

Es importante mencionar que para poder realizar esta propuesta se requiere además de la cooperación del personal de la salud y su voluntad de ayudar a los usuarios, la reestructuración de los turnos de los profesionales para evitar la sobrecarga de trabajo que tiene el personal de salud, esto permitirá que puedan trabajar adecuadamente durante su jornada, ya que si una persona no se encuentra bien físicamente, no va a poder dar el 100% de su capacidad, por eso se requiere de trabajo conjunto del área administrativa y del de operación del servicio. Se sugiere que los jefes encargados analicen los horarios de todos los colaboradores para identificar si existe sobrecarga laboral, este informe deberá ser entregado al área de recursos humanos, para que en base a este se logre armonizar de una manera óptima la carga laboral del personal y verificar si se necesita la contratación de uno o más profesionales para alivianar la carga y evitar en lo posible este factor contributivo a la muerte materna.

Tabla 5
Matriz de riesgos

| Categorización del riesgo obstétrico | Consecuencias | | | | |
|---|----------------------|-----------|--------------|-----------|------------------|
| | Significante (1) | Menor (2) | Moderada (3) | Mayor (4) | Catastrófica (5) |
| Sin riesgos (1) | | | | | |
| Riesgo leve (2) | | | | | |
| Riesgo moderado (3) | | | | | |
| Alto riesgo (4) | | | | | |
| Muy alto riesgo (5) | | | | | |

Valores ponderados combinados entre: 1y 3 muy bajo; 4 y 5 bajo; 6 y 8 moderado; 9 y 14 alto; 15 y 25 extremo

Recursos financieros

Los recursos que se utilizarán para la propuesta del presente trabajo se darán a conocer a continuación:

Tabla 6
Recursos Humanos

| Profesionales | Cantidad |
|---------------|----------|
| Obstetra | 1 |
| Enfermera | 1 |
| Ginecóloga | 1 |
| Total | 3 |

Tabla 7
Materiales

| Profesionales | Cantidad |
|---------------|----------|
| Trípticos | 1000 |

Tabla 8
Recursos Financieros

| Descripción | Cantidad | Precio unitario | Precio Total |
|---|----------|-----------------|--------------------|
| Trípticos | 1000 | \$ 0.099 | \$ 99.99 |
| Computadora | 1 | Autogestión | |
| Proyector | 1 | Autogestión | |
| Sillas | 110 | Autogestión | |
| Recursos Humanos | 3 | Autogestión | |
| Charla de identificación de alarmas obstétricas | 1 | | \$ 1,340.00 |
| Charla sobre eventos adversos y centinelas | 1 | | \$ 1,000.00 |
| Total | | | \$ 2,439.99 |

Cronograma de actividades

Tabla 9
Cronograma de actividades

| Cronograma de Actividades | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Actividades | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
| Reunión con los profesionales para seleccionar al personal que impartirá las charlas. | | | | | | | | X | | | | |
| Selección de información que se brindará en las capacitaciones. | | | | | | | | X | | | | |
| Realizar el diagrama de procesos para los cambios de turno. | | | | | | | | | X | | | |
| Enviar a imprimir los trípticos para entregar en la capacitación. | | | | | | | | | X | | | |
| Capacitación de identificación de alarmas obstétricas. | | | | | | | | | | X | | |
| Charlas sobre eventos adversos y centinela teóricos - prácticos. | | | | | | | | | | | X | |
| Socializar el tema de cuidados intensivos especializados fuera de la sala de hospitalización para disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad en las pacientes. | | | | | | | | | X | | | |

En este capítulo se presentó la propuesta, la cual consistió en capacitar al personal, mejorar la comunicación entre colaboradores y desarrollar procesos que

ayuden a reducir la muerte materna, esto bajo los lineamientos del protocolo de Londres. La propuesta que se brinda deberá ser evaluada mediante indicadores de gestión para de esta manera asegurar que todas acciones establecidas en el presente proyecto se puedan desarrollar de una manera adecuada.

Conclusiones

Este proyecto identificó que al analizar los fundamentos teóricos de la auditoría de calidad en salud y auditoría de calidad de muerte materna mediante el protocolo de Londres en el Hospital General Guasmo Sur, se concluyó que la auditoría de calidad en salud es un proceso multidisciplinario en donde se revisan y evalúan las historias clínicas, para poder aplicar los correctivos que correspondan en base a estándares que han sido validados con anterioridad; esta tiene como funciones mejorar la práctica médica, capacitar al personal médico, comparar actos quirúrgicos y alcanzar la calidad total en la atención sanitaria; otro concepto identificado fue el que es un análisis sistemático y crítico que evalúa la calidad del cuidado médico, esto incluye, diagnósticos, procedimientos, tratamiento, uso de recursos y resultados que contribuyan a mejorar la calidad de vida.

La auditoría de calidad de muerte materna es aquella que se realiza en aquellas situaciones donde la mujer muere en el embarazo, parto o puerperio hasta 42 días luego del parto. El protocolo de Londres se definió como un proceso que sirve para analizar e investigar los eventos adversos y centinelas que se encuentren en las instituciones de salud.

También se identificó que los factores contributivos que conllevaron a la muerte materna en el embarazo, parto y puerperio a través del protocolo de Londres en las auditorías del Hospital General Guasmo Sur de la ciudad de Guayaquil, fueron la falta de comunicación, carga laboral por deficiente talento humano y demoras en la toma de decisiones por parte del equipo de profesionales y especialistas es un factor contributivo, en este caso relacionado con la tarea y tecnología, al no estar en condiciones apropiadas para cumplir con la misma, esta

situación refleja que el personal puede tener problemas de sobrecarga laboral por lo que se percibe que el cansancio afecta en sus labores y a la aplicación de las normativas.

El otro factor contributivo que fue identificado es la falta de comunicación del equipo de trabajo en salud, lo que corresponde a un factor contributivo del ambiente laboral por la dificultad que se genera en la coordinación de las actividades; por tanto, las organizaciones de salud deben trabajar en la comunicación interinstitucional de sus colaboradores, tanto a nivel tecnológico como humano para que toda la cadena de atención médica sea claramente registrada y comunicada.

Otro de los objetivos fue determinar la aplicación de los parámetros que indica el protocolo de Londres en las auditorías internas y externas en casos de muerte materna suscitados en el Hospital General Guasmo Sur de la coordinación zonal 8, en el que se concluyó que el 55% aplica el protocolo de Londres de la manera adecuada, para lo cual deben de realizar un análisis de los registros clínicos, entrevista con el personal de salud tratante, verificación del seguimiento a la adherencia de las normativas, inspección del área, verificación de aspectos administrativos y las entrevistas con los encargados, entrevista cualitativa. En este aspecto se evidenció que un segundo grupo de profesionales tuvo como procedimiento la entrevista con los familiares de la paciente, entrevista con los profesionales implicados, evaluación de la historia clínica por pares, verificación de los equipos de guardia, listado de llamados de los especialistas, interconsultas a los especialistas, evaluación a los profesionales sobre los conocimientos de las guías; estos pasos no son los que determina el protocolo de Londres, por lo que existen ciertas deficiencia en la correcta aplicación del mismo. La omisión de la

acción, aplicación de normativa, se identificó como factor contributivo dentro de una auditoría de evento centinela.

En la valoración de los nudos críticos por parte de los equipos auditores de calidad para aplicar el protocolo de Londres en las muertes maternas del hospital y de otros establecimientos de salud involucrados en la atención de la paciente de la ciudad Guayaquil, se concluyó que existieron barreras físicas y administrativas como el no contar con las áreas adecuadas para atención de la madre y recién nacido, para poder seguir un control adecuado de ellos durante su estancia en el establecimiento de salud, así mismo se evidenciaron barreras humanas como la falta de personal apropiado en las horas de guardia del establecimiento de salud que no permiten brindar a los pacientes una adecuada atención, o la falta de especialistas en el área o el deficiente conocimiento para brindar la atención y estabilización apropiada de los pacientes. Otras barreras identificadas fueron la administrativa debido a la falta de respuesta de los directivos sobre los daños de equipos y la falta de insumos y medicamentos; la tecnológica, por no contar con equipos que puedan reemplazar a otros ya con fallas presentadas y el retiro de equipos que son del área, aperturas de áreas que permitan brindar una mejor atención cumpliendo con los estándares de calidad de atención. Se logró identificar que la falla activa principal fue la sobrecarga laboral de los trabajadores de salud con relación a la cantidad de pacientes que llegan al establecimiento de salud en relación a las áreas que están operativas.

Por último al proponer una Metodología en la Auditoría de Muerte Materna (MAMA) basados en los elementos constitutivos que fortalezcan los establecimientos de salud de la Coordinación Zonal 8, se concluyó que la propuesta debe estar enfocada en los dos factores contributivos más importantes

que se identificaron los cuales responden a la sobrecarga laboral por falta de talento humano reflejado y la deficiente comunicación existente dentro del personal del hospital; de igual forma se tomaron en cuenta las alarmas obstétricas que en ocasiones no son atendidas con rapidez y la no inclusión de los análisis de casos de eventos centinelas dentro de las actividades de auditoría interna y plan de trabajo.

Para esto se propusieron charlas a los colaboradores responsables, diagrama de procesos para los cambios de turno, verificación de horarios y carga laboral de los trabajadores, atención multidisciplinaria de alarmas obstétricas antes del ingreso de pacientes Near miss, sistema de monitoreo y seguimiento de pacientes puérperas que son referidas del hospital, cuidados especiales y categorización de pacientes con criterios con complejidad, y pasantías en el hospital para que médicos y especialistas de establecimientos de menor complejidad sepan manejar y derivar de manera oportuna a los establecimientos evitando muertes maternas.

Recomendaciones

Desarrollar un análisis sobre la sobrecarga laboral y falta de talento humano al que están expuestos los colaboradores por sus largas jornadas de trabajo. Se recomienda aplicar un estudio sobre el síndrome de burnout en la institución para identificar posibles fuentes de desgaste al que son sometidos los empleados. De igual forma se sugiere realizar un análisis completo sobre la comunicación interna de la organización, a fin de detectar problemas en la misma que pueden derivar en complicaciones con las pacientes.

Capacitar y evaluar al personal sobre el protocolo de Londres, ya que se han identificado ciertos vacíos que no permiten una aplicación adecuada del procedimiento. Asimismo, se propone socializar al personal médico el objetivo de la auditoría materna, ya que por miedo en ocasiones no se obtienen datos completamente fiables, se sugiere enfatizar que la auditoría pretende mejorar la calidad de atención en los servicios de salud, más no es aplicada con el fin de perjudicar al personal médico.

Establecer un estudio más profundo sobre las barreras que presenta la institución con respecto a la maternidad, con el fin de ejecutar acciones que mitiguen las mismas y ayuden a la meta general que es el disminuir considerablemente la muerte materna. Asimismo, se sugiere reforzar los controles con respecto a las reparaciones de los equipos y abastecimiento de insumos médicos.

Se sugiere que se apliquen las acciones propuestas con el fin de reducir la muerte materna dentro del Hospital General Guasmo Sur de la coordinación zonal 8, para esto se necesita del apoyo institucional, debido a que la mayoría de las actividades son autogestionadas con la finalidad de que se puedan llevar a cabo

sin mayor inconveniente. Se recomienda que este trabajo de investigación sea tomado como referente en cuanto al estudio de la auditoría materna, especialmente en lo concerniente al protocolo de Londres.

Se sugiere que el Ministerio Salud Pública, realice un proceso de reclutamiento de profesionales que generen auditorías con la aplicación del Protocolo de Londres, analizando factores que conllevan a eventos centinelas y que ocasionan un impacto en la sociedad, en la familia y en el profesional de la salud; investigaciones que permitirán generar estrategias gerenciales en los establecimientos de salud que apertura o que repotencian con la finalidad de brindar una atención segura.

A las instituciones Internacionales que realizan estudios y vigilancia epidemiológica de la morbi-mortalidad materna, se sugiere continuar con lazos de apoyo y fortalecimiento en el tema de muerte materna para instar a los profesionales en la importancia de la educación continua e investigación que formará parte de los procesos de formación continua de estos.

Referencias

- Abreu, J. (2014). El método de la investigación. *International Journal of Good Conscience*, 9(3), 195-204.
- Asamblea Nacional de Salud. (2015). *Reglamento de información confidencial en Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de <http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/Enero2015/Acuerdo%20Ministerial%205216.pdf>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2014). *Código Orgánico Integral Penal*. Obtenido de https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ECU/INT_CEDAW_ARL_ECU_18950_S.pdf
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2014). *Ley de Maternidad gratuita y Atención a la infancia*. Obtenido de https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/ley_maternidad_gratuita_atencion_infancia.pdf
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2016). *Ley de Seguridad Social*. Obtenido de <http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/LEY-DE-SEGURIDAD-SOCIAL.pdf>
- Berger M. (1999). Maine D. What's so special about maternal mortality. *Safe Motherhood initiatives: critical issues.*, 175-82.
- Calderón, N. (2013). Mortalidad Materna: Factores de Riesgo. 22.
- Casa, J., Repullo, J., & Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria*, 31(8), 469-558.

- Castejón, E. (2018). *Seguridad clínica en los servicios de emergencia prehospitalarios*. España: Elsevier.
- Congreso Nacional. (2012). *Ley orgánica de Salud*. Quito: Registro Oficial.
- Constituyente, A. (2018). *CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR*. Quito.
- CZ8S, G. I. (2017). *Informe de investigación de Muerte Materna*. Guayquil.
- Díaz, V., & Calzadilla, A. (2016). Artículos científicos, tipos de investigación y productividad científica en las Ciencias de la Salud. *Revista Ciencias de la Salud*, 14(1), 115-121. doi:dx.doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.10
- Donoso, C. (2018). Mayor mortalidad materna por aborto en Cuba que en Chile, 2000-2015. *REV CHIL OBSTET GINECOL 2018*, 240-249.
- Donoso, E. (2014). “La edad materna como factor de riesgo de muerte materna, fetal, neonatal e infantil”. 23-35.
- Dzul, M. (2018). *Aplicación básica de los métodos científicos: Diseño no experimental*. Obtenido de https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_meradiotecnica/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES38.pdf
- Ecuador, M. d. (2017). *GACETA EPIDEMIOLOGICA DE MORTALIDAD EVITABLE*. Quito.
- Geraldine Vazques, J. P. (2018). *FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y OBSTETRICOS COMO FACTORES DE RIESGOS PARA MUERTES MATERNAS EN LIMA-PERU*. LIMA-PERU.
- Gleason, C., & Juul, S. (2018). *Avery. Enfermedades del recién nacido*. Barcelona: Elsevier.

- Gutiérrez, M., Quincose, M., & Suárez, J. (2017). Caracterización de la mortalidad materna en Villa Clara. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 43.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación. 6a. Ed.* Mexico D.F.: McGraw-Hill.
- Hoyert. (2012). system on near miss and maternal death: shifting from USA.
- Lizardo, D. R. (2010). *CARACTERIZACION DE LAS MUERTES MATERNAS INSTITUCIONALES AÑO 2009 Y 2010, HONDURAS C.A.*
- Mantilla, F. (2015). *Técnicas de muestreo. Un enfoque a la investigación de mercados.* Sangolquí: Universidad de las Fuerzas Armadas.
- Medina, M., Anaya, P., Aguilera, T., & Leyva, E. (2015). Principales causas de mortalidad materna en Mexicali, Baja California. 34-36.
- Menéndez, C., & Lucas, A. (2019). *Analizando la mortalidad materna desde un enfoque de equidad: la importancia de contar con datos de calidad.*
- Obtenido de <https://www.isglobal.org/documents/10179/25254/Mortalidad+materna+desde+un+enfoque+de+equidad/9952a822-72b7-4144-8a74-c90a10d892b5>
- Ministerio de Salud Pública Social. (2019). *Protocolo de Londres.* Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf
- MSP. (2012). *Ley Orgánica de Salud.* Obtenido de http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf

- MSP. (2018). *Hospital General Guasmo Sur*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/hospital-general-guasmo-sur/>
- MSP. (2019a). *Por segundo año consecutivo se redujo la mortalidad materna*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/por-segundo-ano-consecutivo-se-redujo-la-mortalidad-materna/>
- MSP. (2019b). *Se inaugurará hospital de 474 camas en el Guasmo Sur de Guayaquil*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/se-inaugurara-hospital-de-474-camas-en-el-guasmo-sur-de-guayaquil/>
- MSP, D. N. (2017). *Gaseta epidemiologica d ela Mortalidad Materna en el Ecuador*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Nájera, S., & TUESCA, R. (2017). Desigualdades y características sociodemográficas de la mortalidad materna en La Guajira, Colombia, 2010-2012. 56-61.
- OMS. (2019). *Mortalidad materna*. Obtenido de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/
- OMS, P. (2013). *countries-latin-america-caribbean-reduced-maternal-mortality, Muerte Materna*.
- Orihuela, H. (2014). *Mortalidad materna más allá de la mirada biomédica*.
- Pavón, L., & García, M. (2017). *La auditoría médica como herramienta de control en la administración hospitalaria en el Ecuador*. Quito: Calderón.
- Paz, A. C. (2016). "CARACTERIZACIÓN DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA". *Universidad de Trujillo*, 25.
- Paz, A. C. (2016). *CARACTERIZACIÓN DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA*. 25.

- PAZ, M. J. (2006). "CARACTERIZACIÓN DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. peru.
- Pedro, R. -L. (2015). Analisisi de Causa Raiz de la Calidad de atencion .
- Piscoya Arbañil Jose L, E., & Piscoya. (2016). Auditoria de Calidad. *revista Medica del IPSS*, 12.
- Rodríguez, V., Saavedra, G., Galindo, J., & Ybaseta, J. (2013). Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna. *Rev méd panacea*. 2013;, 75-78.
- Sabino, C. (2014). *El proceso de investigación*. Barcelona: Editorial Episteme.
- Saleem, S. (2014). "Un estudio prospectivo de las muertes maternas, fetales y neonatales en bajos y medios países de ingresos medios". 72.
- Salud, L. O. (2012).
- Salud, L. O. (2012).
- Segovia, S. (2013). Análisis de Muerte materna directa, indirecta y otras, en San Luis Potosí, y la microrregión huasteca centro (MRHC), según registros de certificados y actas de defunción en 2013. 76.
- Sesmero, J. (2018). *Principios de medicina materno fetal*. España: Editorial Universidad Cantabria.
- Sonnys, N. (2014). tasa de Muerte Materna Argentina. 21-32.
- Sotelo, J. (2018). La planeación de la auditoría en un sistema de gestión de calidad tomando como base la norma ISO 19011:2011. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 8(16), 1-33. Obtenido de <http://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/329/1569>

- Torres, P. (2016). Acerca de los enfoques cuantitativo y cualitativo en la investigación educativa cubana actual. *Atenas*, 2(34), 1-15. Obtenido de <https://atenas.reduniv.edu.cu/index.php/atenas/article/view/194/364>
- Tsu, H. (2016). Muertes maternas por sepsis puerperal. 2-6.
- Verdu, R. (2013). Muerte Materna factor impactante en la sociedad. 52-54.
- Vincent, S. T.-A. (2014). Traducción con modificaciones del documento System Analysis of clinical incidents: the London. (*Clinical Safety Research Unit, Imperial College*).
- WHO. (2010). Direccion de Estadisticas.
- Yinger, E., & Ransom, N. (2002). Por una maternidad sin riesgos, cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna.
- Yuen, M. (2015). Herramientas para promover la Estrategia de la Seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud. *Colombia*.
- Zeithaml, V., Parasuraman, A., & Berry, L. (2013). Calidad total en la gestión de los servicios. *Revista Médica*, 20.

Apéndices

Apéndice A. Cuestionario de Evaluación sobre la aplicación del Protocolo de Londres en las investigaciones de Muertes Maternas

Buenos días / tardes el objetivo del presente cuestionario es analizar la aplicación del protocolo de Londres en las auditorías de muerte materna en los establecimientos de salud de la coordinación zonal 8 para mejoras de la atención a gestante evitando más muertes maternas.

Lea con atención y no dude en preguntar cualquier duda mientras realice el cuestionario

1. Usted es parte del equipo investigador aplicando protocolo de Londres.

¿Cuáles serían los pasos que daría en el desarrollo de la misma?:

a. Entrevista con los familiares de la paciente, entrevista con los profesionales implicados, evaluación de la historia clínica por pares, verificación de los equipos de guardia, listado de llamados de los especialistas, interconsultas a los especialistas, evaluación a los profesionales sobre los conocimientos de las guías

b. Análisis de los registros clínicos, entrevista con el personal de salud tratante, verificación del seguimiento a la adherencia de las normativas, inspección del área, verificación de aspectos administrativos y las entrevistas con los encargados

c. Análisis de los registros clínicos, inspección locativa en cumplimiento de habilitación, entrevistas con personal de salud, entrevistas con el personal administrativo de la organización y entrevista con otros funcionarios del establecimiento de salud

d. Verificación de las condiciones del área, revisión de los registros clínicos, verificación de la tecnología existente y la programación del personal, entrevista al auxiliar, entrevista a los familiares, evaluación realizada de adherencia a guías.

2. En el proceso de elaboración del informe de investigación de una muerte materna, se da la discusión sobre las barreras que no actuaron para que se presentara el caso, usted podría relacionar las siguientes variables entre las columnas A y B, siendo la columna A la de las barreras y la B la de las justificaciones.

Anote al frente de la columna A el número de la justificación correspondiente.

| # | BARRERA | RTA |
|---|--------------------|-----|
| 1 | FISICA | |
| 2 | NATURAL | |
| 3 | HUMANA | |
| 4 | ADMINISTRATI VA | |
| 5 | TECNOLOGICA | |
| 6 | GERENCIAL | |

3. Determine la falla activa principal que se evidenció en el caso mencionado y argumente la respuesta

a. La ausencia de comunicación entre la enfermera y el médico con relación a los equipos disponibles

b. La sobrecarga laboral de los trabajadores de salud con relación a la cantidad de pacientes en los establecimientos de salud

c. Inoportunidad en la evolución de la historia clínica

d. La deficiente capacitación al personal en la identificación de las alertas y clasificación del riesgo en la atención en cada área.

4. Luego de establecer las fallas activas, usted dentro del equipo de investigadores propone analizar los factores contributivos en el evento. Califique como falsas o verdaderas las siguientes conclusiones que se enunciaron durante el debate

| # | JUSTIFICACION |
|---|--|
| A | El contar con un establecimiento de salud que no cuenta con áreas de atención para la madre y al recién nacido en las mismas instalaciones. |
| B | El no contar con respuesta de los directivos ante las comunicaciones del daño de los equipos y falta de insumos por la enfermera |
| C | El no contar con el formulario 051 como herramienta de seguimiento de la evolución del trabajo de parto |
| D | El deficiente mecanismo de alertas generadas por el programa de software o protocolos establecidos en de los registros clínicos electrónicos y manuales del establecimiento de salud |
| E | El no llenado de las notas de evolución para el seguimiento de las condiciones de salud de la madre y el niño según lo establece la guía |
| F | La falta de contar con equipos de reemplazo ante las fallas presentadas y retiro del equipo propio del área |

| | | |
|---|----------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • El cansancio del personal es un factor contributivo en este caso relacionado con la tarea y tecnología al no estar en condiciones apropiadas para cumplir con la misma () • El daño del monitor fetal es un factor contributivo correspondiente al individuo por no haber verificado su disponibilidad al inicio del turno () • La falta de información de la paciente es un factor | G | La falta de talento humano en las guardias para brindar la atención adecuada de un paciente |
| | H | El no contar con el especialista y/o deficiente conocimiento para atención y estabilización de los pacientes |
| | I | El contar con los chequeos deficientes en el PNA que permita comprobar que se realizan todos los procedimientos en la atención de una embarazada o puérpera. |
| | J | El contar con cultura del autocontrol que genere una evaluación del proceso de parto más oportuno y continuo |

contributivo del individuo por el desconocimiento del servicio que le deberían prestar ()

• La falta de comunicación del equipo de trabajo en salud corresponde a un factor contributivo del ambiente por la dificultad que genera en la coordinación de las actividades ()

5 ¿Es lo mismo error que evento adverso?

Si **No**

6 ¿Cómo se puede mejorar dicha cultura y evitar la cultura de la culpabilidad?

La cultura de la seguridad integra varios elementos tales como información, confianza, aprendizaje, organización flexible y trabajo en equipo. Lograr que estos elementos actúen de forma sinérgica requiere:

- Tener conciencia: saber que está pasando a través de sistemas de notificación, indicadores de seguridad, rondas de seguridad y otras fuentes de datos.
- Mejorar la comunicación entre profesionales, servicios y turnos de trabajo. Debemos hablar y escribir más, con precisión, de forma estructurada y considerando la información que es útil y necesaria para mejorar la seguridad del paciente.
- Analizar retrospectivamente los incidentes y eventos adversos, revisando sistemáticamente los factores contribuyentes.
- Supervisar y normalizar tareas y procedimientos.
- Inclusión de la seguridad en la agenda institucional de directivos y profesionales, incorporando la seguridad en la misión, visión y valores de los centros asistenciales.
- Asumir el principio de que pequeños pasos son necesarios para lograr grandes cambios. La mejora de la cultura de la seguridad se cambia poco a poco y a medio y largo plazo. La perseverancia es determinante en este sentido.

7 ¿En qué consiste el protocolo de Londres para el estudio de los eventos adversos?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Es una metodología de análisis multicausal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Investiga los eventos adversos centinela | | | | | |
| Permite identificar en cada caso cuales han sido los factores contribuyentes a la ocurrencia del evento adverso | | | | | |
| Permite identificar acciones inseguras | | | | | |
| Permite encontrar las acciones que deben ser implementadas para favorecer el aprendizaje organizacional. | | | | | |
| Mejora el proceso de investigación y análisis de lo que sucedió | | | | | |

8.- Dentro de una auditoría de evento centinela, como logra saber que los hallazgos pueden ser posibles factores contributivos:

- a) Omisión de la acción (aplicación de normativa)
- b) Demoras en los procesos de atención (barreras administrativas)
- c) Falla en el sistema de salud (referencias y contra referencias)
- d) Falta de conocimiento por parte del personal de salud

9.- ¿Cómo equipo investigador al realizar las investigaciones de muerte materna, considera usted que el protocolo de Londres es la herramienta esencial para proceder con la investigación?

SI

NO

10.- ¿Dentro de las actividades de auditoría interna y plan de trabajo incluye usted la actividad de análisis de casos de eventos centinelas?

SI

NO

Autor: Carlos Aibar Remón- Astolfo Franco.

Guía de entrevista a profundidad

¿Conoce usted las fortalezas del protocolo de Londres?

¿Cuáles considera que son las debilidades que se han presentado al implementar el protocolo de Londres?

¿Qué le impide poner en práctica el protocolo de Londres? (Barreras)

¿Cuáles son las principales fallas que ha encontrado en la auditoría de muerte materna?

¿Qué medidas considera adecuadas para evitar que el personal entrevistado no identifique que se genera un juicio de valor en la entrevista?

¿Cuáles son las consideraciones que tiene para determinar si los hallazgos en una auditoría de evento centinela son posibles factores contributivos?

¿Considera que el protocolo de Londres es una herramienta esencial para la investigación de muertes maternas? ¿Por qué?



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Macías Carreño Patricia Janeth, con C.C: # 1309667754 autora del trabajo de titulación: **Evaluación de las Auditorías de Calidad de Muerte Materna a través del protocolo de Londres en el Hospital Guasmo Sur**, previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 26 de Junio del 2019

f. _____
Nombre: Macías Carreño Patricia Janeth
C.C: 1309667754



| REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA | | |
|---|--|------------------------------------|
| FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN | | |
| TÍTULO Y SUBTÍTULO: | Evaluación de las Auditorías de Calidad de Muerte Materna a través del protocolo de Londres en el Hospital Guasmo Sur. | |
| AUTOR(ES) (apellidos/nombres): | Macías Carreño Patricia Janeth | |
| REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres): | Eco. Laura Zambrano Chumo, MBA Dr. Francisco Obando Freire, Ph D. | |
| INSTITUCIÓN: | Universidad Católica de Santiago de Guayaquil | |
| UNIDAD/FACULTAD: | Sistema de Posgrado | |
| MAESTRÍA/ESPECIALIDAD: | Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud | |
| GRADO OBTENIDO: | Magister en Gerencia en Servicios de la Salud | |
| FECHA DE PUBLICACIÓN: | 26/06/2019 | No. DE PÁGINAS: 110 |
| ÁREAS TEMÁTICAS: | Calidad de atención en salud | |
| PALABRAS CLAVES/ EYWORDS: | Muerte materna, auditoría, gestión, salud, embarazo, protocolo. | |
| RESUMEN/ABSTRACT: | <p>La muerte materna es un problema de salud pública, ocasionado durante el embarazo, parto o puerperio hasta 42 días posparto, sus causas están dadas por complicaciones del embarazo, a excepción de accidentes o incidentes externos. El objetivo de este trabajo de investigación es el analizar la aplicación del protocolo de Londres en las auditorías de muertes maternas en el hospital General Guasmo Sur de la coordinación zonal ocho para mejoras en la atención continua de la calidad de atención. La metodología de la investigación utilizó un diseño no experimental, con un enfoque cualitativo, los alcances investigativos utilizados fueron el exploratorio y descriptivo, el tipo de investigación se clasificó como de campo y transversal, se usó como técnica la entrevista, con una guía de entrevista de 10 preguntas como instrumento de evaluación. La población objeto de estudio fue de 11 profesionales auditores de eventos centinelas (muertes maternas). Los resultados mostraron que un 55% ejecuta de manera adecuada el protocolo de Londres, las principales barreras identificadas fueron las humanas, la falla activa principal fue la sobrecarga laboral a la que están expuestos los colaboradores de la salud. Se propuso capacitar al personal en temas de identificación de alarmas obstétricas y eventos adversos y centinelas. Se concluye que el protocolo de Londres se considera como una herramienta esencial para proceder con la investigación de una muerte materna.</p> | |
| ADJUNTO PDF: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SI |
| CONTACTO CON AUTOR/ES: | Teléfono: 0984703863 | E-mail: starcariv@gmail.com |
| CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN: | Nombre: Lapo Maza, María del Carmen | |
| | Teléfono: +593-9-42206950 / 0999617854 | |
| | E-mail: maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec | |