

**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POS GRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

**PROPUESTA DE MEJORAMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD DEL
ÁREA DE TOCO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE
PROCEL**

AUTORA:

LCDA. MARTHA ISABEL HARO T.

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO
MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TUTOR:

Dr. FRANCISCO OBANDO FREIRE

Guayaquil, Ecuador

2016



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POS GRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN.

Certificamos que la presente Proyecto de investigación fue realizada en su totalidad, por la Lcda. Martha Isabel Haro T. como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de Magister en Gerencia en Servicios de la salud.

DIRECTOR DE PROYECTO DE INVESTIGACION

Dr. Francisco Obando Freire

REVISORAS:

Econ. Glenda Gutiérrez Candela, Mgs

Ing. Elsie Zerda Barreno

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María del Carmen Lapo Maza. Mgs.

Guayaquil a los 02 días del mes de Julio del año 2016



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POS GRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD.

YO, Lcda. MARTHA ISABEL HARO T.

DECLARO QUE:

El proyecto de investigación “Propuesta de Mejoramiento de los Estándares de Calidad del Área de Toco Quirúrgico del Hospital Matilde Hidalgo de Procel en el año 2014 - 2015 en la ciudad de Guayaquil” previa a la obtención del Grado de Magister, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan 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 en mención.

Guayaquil, 02 de Julio 2016

AUTORA

Lcda. Martha Haro Tucunango



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN.

Yo, Martha Isabel Haro Tucunango

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del proyecto de investigación “Propuesta de Mejoramiento de los Estándares de Calidad del Área de Toco Quirúrgico del Hospital Matilde Hidalgo de Procel” cuyo contenido, ideas, criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil 02 Julio 2016.

AUTORA:

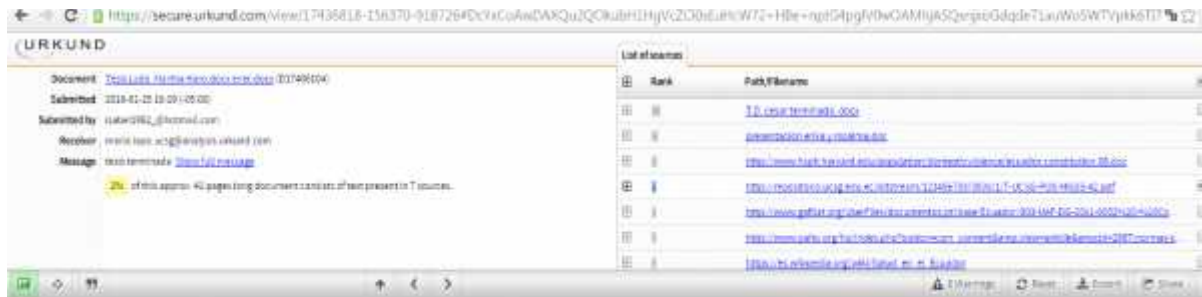
Lic. Martha Isabel Haro Tucunango



UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POS GRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

INFORME URKUN



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL, SISTEMA DE POS GRADO TESIS FINAL Previa a la Otorgación del grado de MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD Procedimiento de Mejoramiento de los Estándares de Calidad del Área de Tesis Quirúrgica del Hospital Mártir Hidalgo de Procel (Luz). Versión: Vers. 1. Diciembre 2020.

Resumen El presente proyecto de tesis tiene como intención de estudiar el servicio de Tesis quirúrgica del Hospital Mártir Hidalgo de Procel con la finalidad de comprender a detalle los estándares de calidad que existen en dicho departamento y la parte regulatoria de dicha entidad. En conjunto con la información proporcionada por la entidad y la investigación de estándares de referencia, se analizará y se presentará un informe de mejora para el mismo.

El presente proyecto de tesis sugiere que las mejoras pueden venir de parte de las mejoras en los estándares de calidad, la metodología de medición y el análisis de los mismos. El presente trabajo permite generar esta conclusión mediante a una comparación estructural de diferentes estándares referenciados para el sector de salud y específicamente para el área de Tesis quirúrgica. El proyecto presenta una propuesta tangible de nuevos y mejorados, en opinión del autor, estándares de calidad para esta área de servicio y brinda recomendaciones para la mejora continua de las mismas. Palabras clave: Tesis quirúrgica, estándares, mejora continua, calidad, servicios de salud pública.

Abstract This degree project intends to study the hospital surgical Tesis service Mártir Hidalgo de Procel in order to understand in detail the quality standards proposed by the Department and the part of the entity regulatory. In conjunction with the information provided by the Institution and developed research is user service and opportunities for improvement to the same. The present project of qualification suggests that improvements can come from part of the improvements in the standards of quality, its measurement methodology and scope thereof. This work allows you to generate this conclusion through a structural comparison of different relevant standards for health sector and specifically the area of surgical Tesis. The project presents a tangible new and improved proposal, in the author's opinion, quality standards for this area of interest and provides recommendations. This degree project intends to study the hospital surgical Tesis service Mártir Hidalgo de Procel in order to understand in detail the quality standards proposed to the Department and the part of the entity regulatory, in conjunction with the

DEDICATORIA.

Dedico este proyecto a Dios por ser el inspirador para cada uno de mis pasos dados en mi convivir diario; a mi esposo por ser la persona que siempre estuvo pendiente de mi proyecto, mis hijos, Jorge y Edison, a mis nietos Sebastián, Pauleth por ser incentivo para seguir adelante con este objetivo y a mis hermanas por ser un apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por guiarme en el sendero correcto de la vida, darme vida, salud, fuerza, día a día para poder seguir adelante y no desmayar.

A mis padres, que desde cielo que me han bendecido para seguir terminar mi meta trazada en mi vida profesional., gracias por eso y por muchos más.

A mis hermanos por apoyarme en cada decisión que tomo, y por estar a mi lado en cada momento hoy, mañana y siempre.

A mi director de tesis el Dr. Francisco Obando por tenerme paciencia y por guiarme en cada paso de este proyecto.

A mis maestros de la Universidad Católica que me impartieron sus conocimientos y experiencias en el transcurso de mi vida estudiantil y que me ayudaron de una u otra forma para hacer posible la realización del proyecto de investigación.

A el Hospital Matilde Hidalgo de Procel que me apoyó para realizar las encuestas y entrevistas y realizar el proyecto de investigación

A mis amigos y amigas y a todas las personas que me incentivaron y me motivaron para seguir adelante con los objetivos de este propósito

Índice

| | |
|--|------|
| Índice..... | IV |
| Tablas de Contenido..... | VII |
| Tabla de Figuras..... | VIII |
| Resumen..... | IX |
| Abstract..... | X |
| Introducción..... | 1 |
| Planteamiento de Problema..... | 7 |
| Objetivos de la Investigación..... | 11 |
| 1.1 Gestión de Calidad..... | 12 |
| 1.1.1 La calidad..... | 12 |
| 1.1.2 La calidad de Servicios..... | 13 |
| 1.1.3 La calidad del servicio de salud..... | 15 |
| 1.1.4 Estándares..... | 17 |
| 1.1.5 Estándares aplicados a la Salud..... | 18 |
| 1.1.6 Componentes de los Estándares de Calidad..... | 19 |
| 1.1.7 Indicadores de Calidad..... | 20 |
| 1.1.8 Proceso de Elaboración de Estándares de Calidad..... | 21 |
| 1.2. Gestión de Calidad de los Servicios de Salud..... | 22 |
| 1.2.1 Marco Referencial: Internacional..... | 22 |
| 1.2.2 Marco Referencial: En Colombia..... | 25 |
| 1.2.3 Marco Referencial: En Chile..... | 25 |
| 1.2.4 Marco Referencial: en Ecuador..... | 27 |
| 1.2.5 Característica del Proceso de Atención del personal profesional de salud de la mujer cesareada. | 28 |
| 1.3.1 Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Salud..... | 29 |
| 1.3.3 Eficiencia en uso de recursos..... | 30 |
| 1.3.4 Consideraciones adicionales..... | 30 |
| 1.3.5 Salud Intercultural..... | 31 |
| 1.4. Marco Conceptual..... | 33 |
| Capítulo II..... | 36 |
| 2.1. Diagnóstico general del Hospital..... | 36 |
| 2.1.1 Antecedentes..... | 36 |
| 2.1.2 Misión, Visión y Valores..... | 37 |

| | |
|---|----|
| 2.1.3 Estructura Organizacional..... | 39 |
| 2.1.4 Políticas de la Institución..... | 40 |
| 2.1.5 Sistemas de Control..... | 44 |
| 2.1.6. Análisis FODA..... | 45 |
| 2.1.7 Cartera De Servicios del Hospital Matilde Hidalgo de Procel..... | 47 |
| 2.1.8 Infraestructura..... | 48 |
| 2.2. Diagnóstico del Servicio del Área de Toco-quirúrgico..... | 48 |
| 2.2.1 Reseña Histórica..... | 48 |
| 2.2.2 Misión y Visión..... | 49 |
| 2.2.3 Personal del Área de Toco-quirúrgico..... | 50 |
| 2.2.4 Cartera De Servicios del Área de Toco-quirúrgico..... | 51 |
| 2.2.5 Infraestructura..... | 51 |
| 2.2.6 Funciones del Personal del Área de Toco-Quirúrgico..... | 52 |
| 2.2.7 Estándares de Calidad del Área de Toco-Quirúrgico..... | 54 |
| Capítulo III..... | 60 |
| Diseño Metodológico..... | 60 |
| 3.1. Tipo de Estudio..... | 60 |
| 3.2. Técnica de Investigación..... | 61 |
| 3.3. Muestra..... | 62 |
| 3.4. Población..... | 62 |
| 3.5. Proceso metodológico seguido para la verificación de resultados..... | 62 |
| Capitulo IV..... | 93 |
| 4.1. Introducción..... | 93 |
| 4.2. Objetivo..... | 94 |
| 4.3. Enfoque metodológico..... | 94 |
| 4.4. Pasos del mejoramiento continuo..... | 94 |
| 4.4.1 Identificar..... | 94 |
| 4.4.2. Analizar..... | 95 |
| 4.4.3. Desarrollar:..... | 95 |
| 4.4.4. Probar e implementar..... | 97 |
| 4.4.5. Planificar:..... | 97 |
| 4.4.6. Hacer..... | 98 |
| 4.4.7. Verificar:..... | 98 |
| 4.4.8. Actuar:..... | 99 |

| | |
|--|-----|
| MATRIZ DE PLANIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS NORMATIVAS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD | 104 |
| APENDICIS | 129 |
| Bibliografía..... | 163 |

Tablas de Contenido

| | | |
|----------|--|----|
| Tabla 1 | <i>PROCESO, ESTÁNDAR E INDICADORES DEL ÁREA DE TOCO-QUIRÚRGICO</i> | 55 |
| Tabla 3 | <i>FORMATO EJEMPLO DEL CUERPO DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</i> | 59 |
| Tabla 4 | <i>Estándar 8. toda mujer post-aborto debe recibir consejería en pf</i> | 65 |
| Tabla 5 | <i>Estándar 9. toda mujer con riesgo de parto entre las 24 y menos de 34 sem de gestación</i> | 66 |
| Tabla 6 | <i>Estándar 10. toda mujer en post parto previo al alta recibe una evaluación clínica y referencia según 9 criterios</i> | 66 |
| Tabla 7 | <i>Estándar 11. toda mujer en trabajo de parto tendrá su partograma llenado, interpretado y aplicado correctamente según condición obstétrica</i> | 67 |
| Tabla 8 | <i>Toma de decisiones de acuerdo al partograma según caso clínico</i> | 68 |
| Tabla 9 | <i>Estándar 12 toda mujer con parto institucional recibirá uterotónicos como parte del manejo activo del tercer período</i> | 69 |
| Tabla 10 | <i>Estándar 13. toda mujer en el cuarto período del parto es vigilada en las primeras 2 horas, con base a 3 criterios, según guía</i> | 69 |
| Tabla 11 | <i>Estándar 14. sala de partos y reanimación cuenta con el 100% de insumos, equipo y medicamentos básicos para la atención de materna, recién nacidos sanos y con complicaciones</i> | 70 |
| Tabla 12 | <i>Estándar 15. toda mujer con infección puerperal debe ser manejada según guía</i> | 71 |
| Tabla 13 | <i>Estándar 16. toda mujer con hemorragia obstétrica debe ser manejada según guía</i> | 74 |
| Tabla 14 | <i>Estándar 17. toda mujer con pre-eclampsia grave/eclampsia debe ser manejada según guía</i> | 75 |
| Tabla 15 | <i>Estándar 18. todo neonato normal recibe atención inmediata al nacer según guía</i> | 80 |
| Tabla 16 | <i>Estándar 25. a todo paciente hospitalizado en riesgo prevenible de desarrollar iaas, se le cumplen las medidas de prevención</i> | 81 |
| Tabla 17 | <i>Estándar.- 28 toda paciente a la que se le realizó cirugía electiva se le aplicó lista de verificación del programa de cirugía segura</i> | 85 |

Tabla de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1 Teoría de brechas de calidad de servicios (parasuraman, zeithaml, y berry, 1985) | 14 |
| Figura 2 Modelo donabedian de la calidad de la atención sanitaria (donabedian, 1966) | 16 |
| Figura 3. .Organigrama del hospital matilde hidalgo de procel | 39 |
| Figura4. Organigrama funcional del área de toco quirúrgico | 50 |
| Figura 5 Edad | 86 |
| Figura 6 El tiempo que esperó para su ingreso a hospitalización | 87 |
| Figura 7 Como fue la información que recibió.- le comunicaron sobre sus deberes, derechos y procedimientos que le realizarían | 88 |
| Figura 8 Conoce el nombre de su médico | 89 |
| Figura 9 Le informaron los cuidados a seguir en casa | 90 |
| Figura 10 Resultados grado de satisfacción de las mujeres embarazas sobre la calidad del servicio brindado por médicos | 91 |
| Figura 11 Resultados grado de satisfacción de las mujeres embarazas sobre la calidad del servicio brindado por enfermeros(as). | 92 |

Resumen

Antecedentes: El presente trabajo se realizó en la ciudad de Guayaquil del sector Guasmo con el **objetivo:** de Elaborar una propuesta de mejoramiento de los estándares de calidad al nivel de atención de madres embarazadas que acuden a la atención en el área de toco quirúrgico del Hospital Matilde Hidalgo de Procel, en los últimos años se ha venido analizando la atención que se brinda al estado materno-neonatal, se ha transformado en una prioridad para el Ministerio de Salud Pública con el fin de comprometerse y hacer cumplir los objetivos del milenio en reducir la morbi-mortalidad materno-neonatal, mediante los estándares de calidad se podrá analizar las teorías, identificar los estándares, determinar la satisfacción de las usuarias y capacitar al personal salud para implementar los estándares. **La metodología:** planteada define las características del tipo de estudio transversal con los análisis de los estándares de calidad del MSP, se refiere a aquella que se realiza en un tiempo específico mediante las historias clínicas, se verifico los resultados detallando la revisión de los expedientes clínicos del área de toco quirúrgico del hospital tomando los expedientes de 162 pacientes que han sido atendidas, donde se observó que las madres que acuden a esta institución son madres de 21 a 30 años con el 40% y de 11 a 20 años con el 24%, para su ingreso el tiempo de esperar es más de 60 minutos. **Conclusión** Es importante recalcar lo encontrado con la realización del proyecto del marco teórico, el mismo que tuvo como principal hallazgo las oportunidades de mejorar para poder emplear los estándares de calidad, y brindarles un trato más eficaz y con mayor rapidez en el tiempo de atención tanto en las madres como en los recién nacidos por parte de los profesionales en el área con el manejo de la matriz materno neonatal y la supervisión

Palabras clave: Toco quirúrgico, estándares, mejora continua, calidad, servicios de salud pública.

Abstract

Antecedents: The present work was carried out in the city of Guayaquil of the sector Guasmo with the objective: of Elaborating a proposal of improvement from the standards of quality to the level of pregnant mothers' attention that you/they go to the attention in the area of surgical of the Hospital Matilde Hidalgo of Procel, in the last years it has been come analyzing the attention that you toasts to the state maternal-neonatal, he/she has become a priority for the Ministry of Public Health with the purpose of to commit and to make complete the objectives of the millennium in reducing the morbi-mortality maternal-neonatal, by means of the standards of quality one will be able to analyze the theories, to identify the standards, to determine the satisfaction of the users and to qualify to the personal health to implement the standards. The methodology: outlined it defines the characteristics of the type of traverse study with the analyses of the standards of quality of the MSP, he/she refers to that that is carried out at one time specific by means of the clinical histories, you verifies the results detailing the revision of the clinical files of the area of surgical of the hospital taking the files of 162 patients that have been assisted, where it was observed that the mothers that go to this institution are mothers from 21 to 30 years with 40% and of 11 to 20 years with 24%, for their entrance the time of waiting is more than 60 minutes. Conclusion is important to emphasize that found with the realization of the project of the theoretical mark, the same one that had as main discovery the opportunities to improve to be able to use the standards of quality, and to offer them a more effective treatment and with more speed in the so much time of attention in the mothers like in those recently born on the part of the professionals in the area with the handling of the womb maternal neonatal and the supervision

Words key: Toco surgical, standard, it improves continuous, quality, services of public health.

Introducción

La calidad de los Servicios de salud son apreciados dentro de un proceso como un producto mediante la aplicación de estándares e indicadores, que permiten valorar la calidad de la atención recibida por los usuarios, que además nos permite identificar la perfección profesional, el uso apropiado de los recursos humanos y materiales, que nos permite reducir los riesgos y futuras complicaciones, optimizando la satisfacción en la atención del paciente, familia y la comunidad.

La morbi-mortalidad materna y neonatal son indicadores, que evidencia el grado de la madre compromete el desarrollo de los hijos y la familia. Además, la muerte de un recién nacido afecta el futuro de la sociedad. La incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial por la desigualdad que refleja las diferencias entre ricos y pobres, la ubicación geográfica, el difícil acceso a los servicios de salud (Pública Ministerio de salud, 2008)

Con estas referencias es muy importante reconocer que tanto las políticas, programas normas y protocolos, son pasos importantes para garantizar el derecho a una atención de salud de calidad de la madre gestante y el recién nacido. Pero no son suficientes, por ello tenemos que fortalecerla vigilancia y control de su cumplimiento en las instituciones que conforman el sector salud. Sobre todo si se trata de crear el compromiso y la intervención de los trabajadores de la salud, aplicando las mejores prácticas científicas y humanas, que garanticen el embarazo, parto y nacimiento seguro para nuestra satisfacción profesional y el de la sociedad.

Esta problemática antes narrada justifica la realización del presente proyecto cuyo objetivo elemental consiste en mejorar la calidad de atención Materna-Neonatal, del Hospital

de Especialidad GinecoObstetricia Matilde Hidalgo de Procel, mediante el control y seguimiento de los estándares e indicadores de la calidad de atención, para disminuir la morbi-mortalidad Materna-Neonatal, la cual se operacionalizó a través de cuatro objetivos específicos:

Definir las características de estándares de calidad de la salud de acuerdo a la teoría actual y resultados comprobables de países líderes.

Identificar las deficiencias de los actuales estándares de calidad de la salud del área de toco quirúrgico Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Realizar un análisis comparativo a la luz de la investigación realizada de los estándares de calidad de salud del área de toco quirúrgico Hospital Matilde Hidalgo de Procel en comparación a casos de éxito internacional.

Proponer mejoras y cambios positivos en los estándares actuales del área de toco quirúrgico Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Antecedentes

En los últimos años la atención Materna-Neonatal se ha transformado en una de las prioridades del Ministerio de Salud Pública sobre todo compromiso con el cumplimiento de los objetivos del milenio en la reducción de la morbi-mortalidad materno-neonatal, en tres cuartas partes entre el 1990 y 2015 (Organización Mundial de la Salud, 2012). De igual manera el Art. 48 de la Constitución Política de la República del Ecuador. Establece que en “Ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños, adolescentes y mujeres embarazadas (Pública Ministerio de salud, 2008)

Es la razón por la cual la atención de la madre es un compromiso de los profesionales de la salud. Garantizando una atención de calidad tanto en la etapa pre concepción como en la etapa prenatal, ya que es la fase de formación del feto lo que garantizara el buen estado nutricional y vital del mismo hasta su nacimiento. La realización del siguiente trabajo tiene un aporte académico y científico para justificar la realización de este proyecto de acción. El mismo que ha sido llevado a cabo en razón de nuestra realidad institucional, como el requerimiento de profesionales especialistas, con los que no se cuentan en la actualidad por situaciones geográficas y económicas, lo que ha permitido que todo el equipo de salud se involucre en el cambio e implemente en la práctica diaria, las normativas de atención materna neonatal establecidas, como instrumento conceptual valioso.

Nuestra dirección gerencial busca el desarrollo organizacional, ordenado y planificado, orientado a la satisfacción de las necesidades de las usuarias y del cumplimiento de las normas técnicas organizado, identificado y mejorado todos los aspectos de los procesos de atención de los servicios de salud materna neonatales. Y esto se logra con la capacitación continua y permanente de todo el personal de salud, mejorando la toma de decisiones y evitando futuras complicaciones en la madre y el recién nacido.

El proyecto de gestiones ha caracterizado por ser accesible, debido a la gestión de los recursos disponibles, tanto en el área humana como técnica y económica lo que lo convierte en un programa sostenible a largo plazo con bases para mejorarlo.

El Centro Quirúrgico del Hospital Matilde Hidalgo de Procel, tiene una demanda de 3.748 pacientes quirúrgicos cesáreas y 3.121 partos normales, teniendo un promedio mensual de 312 cirugías. Diariamente se realizan de 10-11 cirugías en los 4 Quirófanos, con 6 camas para el Postoperatorio. El personal profesional de la salud juega un papel muy importante en el cuidado pre y post natal. Sin embargo, es importante levantar la información de la situación actual de la calidad del servicio, la percepción de los usuarios y la forma en que se está contralando dichos componentes para mejorarlo.

El presente estudio se centra en los cuidados que brinda el personal del área de Gineco-obstetricia en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel de la ciudad de Guayaquil a los usuarios y como cada uno de los componentes y su control exhaustivo y correcto influye en la percepción de la calidad del servicio de dicha institución.

Dentro de los pacientes de mayor incidencia para el área de toco quirúrgico son las embarazadas que requieren cesárea. Dichas pacientes podrían tener complicaciones y su recuperación podría ser más larga que la de una paciente con parto natural. En estos casos, los componentes que ayudan a brindar una salud de excelencia son observados por mayor cantidad de tiempo, lo que podría hacer vulnerable las fallas, la posible falta de preparación y la falta de infraestructura del área de toco quirúrgico del departamento.

El 60 % de muertes maternas se relaciona con enfermedades hipertensivas y hemorragia posparto y que el 30 % se da porque no pudieron llegar a tiempo a un hospital que la falta de controles prenatales oportunos inciden en los casos de muerte materna Sucumbíos, que en 2012 tuvo una de las tasas más altas de mortalidad (124,87) y en el 2013 se ubicó en

41,43. Hay madres que solo acuden a tres controles, cuando la norma mínima son cinco durante su estado de gestación también hay casos que no acuden a ninguno.

Las adolescentes, indica Miranda, enfrentan mayores riesgos debido a que su organismo no se ha terminado de desarrollar, por eso hay mayor índice de cesáreas en este grupo (34,7 % en las menores de 20 años) porque existen mayores complicaciones con el bebé y la madre. En el país la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años creció 11 puntos en el periodo 2007-2012 en relación con 1999-2004, según la Ensanut; es decir, de cada 1.000 mujeres en edad fértil 111 son adolescentes que se convierten en madres.

Según la Ensanut 2014, la mayoría de partos son normales en instancias del Ministerio de Salud (MSP), 70,7 %; las cesáreas predominan en clínicas y consultorios privados (69,9 %) y en FF.AA. (56,8 %).

Sin embargo, la mayoría de los nacimientos, un 49,9 %, se atienden en dependencias del MSP; un 22 % en entidades privadas; un 4,9 % en entidades de la Junta de Beneficencia y 4,7 % en casa con partera. Por otro lado La mortalidad fetal se asocia al estado de salud de las mujeres en edades reproductivas. La mayor proporción de defunciones fetales según la edad de la mujer se presenta en aquellas de 20 a 34 años de edad, con 61.7% del total de las mujeres de este grupo de edad, las cuales se encuentran en la etapa más fecunda de su periodo reproductivo. Destaca también una importante proporción de defunciones fetales que le suceden a las mujeres menores de 20 años, la cual representa 16.7% del total. Anualmente, a nivel mundial nacen aproximadamente 130 millones de niños; casi 3.3 millones nacen muertos y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida.

Para una buena atención, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa “La cirugía segura salva vidas” como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el fin de reducir en todo el mundo el número de muertes de

origen quirúrgico. La iniciativa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar cuestiones de seguridad importantes, tales como, las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas. (Organización Mundial de la Salud)

Se considera que los indicadores de salud Materna Infantil son el reflejo de la calidad de vida de un país y en el Ecuador no son muy alentadores. En el año 2004 el MSP decide institucionalización del mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de atención de salud reproductiva y la niñez en todo el país, con el presente documento define la calidad de atención esperada de acuerdo a un conjunto de estándares que han sido revisados acogiendo las observaciones y sugerencias nacionales, provinciales y locales además ha diseñado instrumentos para los equipos de mejoramiento continuo de la calidad recoja la información necesaria y puedan construir indicadores. Cada instrumento tiene su respectivo instructivo en el que se indica cómo obtener los datos y el procesamiento de los mismos. (Leon, 200)

Planteamiento de Problema

El Hospital Matilde Hidalgo de Procel categorizado como hospital de especialidad Ginecológica que está situado al Sur de la ciudad de Guayaquil (bibliografía), con una problemática de administración en el departamento de Toco quirúrgico por la falta de procedimientos y actividades debidamente documentados que responsabilicen a cada uno de los trabajadores, lo que origina una clara inconformidad entre el personal que labora y la atención que reciben los usuarios.

Uno de los indicadores sanitarios que más claramente evidencia la inequidad y la exclusión social el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y limitado acceso a los servicios sociales (Pública Ministerio de salud, 2008).

La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que más claramente evidencia la inequidad y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la inequidad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales

En los últimos años se ha venido dando un incremento de las complicaciones maternas según los datos estadísticos de la institución en el año 2014. Son 32 complicaciones las mismas que deben ser derivadas a una unidad de mayor complejidad porque el hospital Matilde Hidalgo de Procel no cuenta con especialistas y sala de cuidados intensivos.

En el año 2014 el servicio de estadística registra muertes maternas (0) pero registra muertes neonatales de Marzo a Mayo con 12 muertes neonatales por hipertensión pulmonar permanente, asfixia perinatal severa, coagulación intravascular diseminada, sepsis bacteriana, prematuro.

Los aspectos críticos que se identificaron en la atención de salud a las usuarias del área de tóco quirúrgico del Hospital Matilde hidalgo de Procel.

- Falta de calidad en la atención brindada a las madres gestantes
- Falta de capacitación al personal de salud
- Poca capacidad resolutiva frente a problemas y emergencias obstétricas por no contar con especialistas las 24 horas
- Falta de control y monitoreo del cumplimiento de los estándares e indicadores Materno-Neonatales establecidos por MSP.
- Falta de guías educativas para los usuarios con información básica sobre los cuidados durante el parto y post-parto.

Con todo este argumento lleva a que la morbi-mortalidad materna y neonatal sigue siendo un indicador negativo de salud, que muestra persuasivamente la deficiente calidad de atención de salud que recibe la mujer gestante durante todo el periodo del embarazo.

Justificación

En los últimos años la atención materna – neonatal se ha convertido en una de las prioridades del Ministerio de Salud Pública sobre todo comprometido con el cumplimiento de los objetivos del milenio en la reducción de la morbi-mortalidad materna-neonatal en las tres cuartas entre 1990 y 2015 (Organización Mundial de la Salud, 2012)

En el Art. 48 de la Constitución Política de la República del Ecuador establece que en el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria preferente y especializada los niños, adolescentes y mujeres embarazadas (Pública Ministerio de salud, 2008).

Es la razón por la cual la atención de la madre es una responsabilidad de los profesionales de salud garantizando una atención de calidad tanto en la etapa preconcepción como en la etapa prenatal ya que es la fase de formación del feto, lo que garantiza el buen estado nutricional y vital del mismo hasta su nacimiento.

El siguiente proyecto tiene como aporte académico, que se ha realizado en nuestra realidad local e institucional, como el requerimiento de profesionales especialistas que no se cuentan en la actualidad por situaciones geográficas económicas lo que ha permitido que todo el equipo de salud se involucre en el cambio e implementen en la práctica diaria, la normativa de atención de materno neonatal creadas como un instrumento conceptual valioso.

El enfoque gerencial busca el desarrollo organizacional ordenado y planificado orientando a la satisfacción de las necesidades de las usuarias y del cumplimiento de normas técnicas, organizando, identificando y mejorando todos los aspectos de los procesos de atención en los servicios de salud materna-neonatales. Y esto se logra con la capacitación continua y permanente de todo el personal de salud, mejorando la toma de decisiones y evitando las futuras complicaciones en la madre y el recién nacido.

El proyecto de acción se ha caracterizado por ser accesible, debido a la gestión de los recursos disponibles, tanto en el área humana como la técnica y económica, lo que lo convierte en un programa sostenible a largo plazo con bases para mejorarlo.

Objetivos de la Investigación.

Los objetivos se detallan a continuación:

Objetivo general.

Analizar los indicadores de calidad del servicio a madres embarazadas en el área de toco quirúrgico para elaborar una propuesta de mejora del Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Objetivos Específicos.

- Analizar los referentes teorías de gestión calidad y estándares de acreditación
- Determinar los estándares críticos de calidad materno-neonatal dentro del área de Toco-quirúrgico en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel.
- Determinar el grado de satisfacción de las usuarias de conformidad en los estándares de calidad.
- Preparar una propuesta de mejoramiento del ciclo rápido para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención materno-neonatal en el área de toco quirúrgico del Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Capítulo I

El presente capítulo detalla las teorías fundamentales de la investigación desarrollada. Primero, dentro del marco teórico se detalla la base teórica y conceptos que utiliza la investigación. Luego, en el marco conceptual se menciona términos técnicos utilizados. Tercero, se desarrolla un marco referencial de los antecedentes de estándares de calidad aplicados a la salud a nivel internacional, latinoamericano y nacional. Finalmente, se desarrolla un marco legal con las normativas y artículos con los cuales el presente estudio se alinea.

1.1 Gestión de Calidad

A continuación se describen las bases teóricas que se utilizaron para el desarrollo de la investigación.

1.1.1 La calidad.

Existen varias definiciones formales de la “calidad” desarrolladas por gurús en el tema e instituciones respetadas en el área. Por ejemplo una definición desarrollada por la norma ISO 9000 se refiere al grado en el que un conjunto de características inherentes al producto, servicio o ambos, cumplen con los requisitos (Rothery, 1997). Philip Crosby (1990) también define la calidad como el cumplimiento de requisitos. Joseph Juran agrega que la calidad depende del cliente, por lo tanto define que es adecuación al uso del cliente (Juran, J. and Godfrey, A., 1999). Armand V. Feigenbaum (1994) también enfoca su definición al cliente y define que la calidad es la satisfacción de las expectativas del cliente. William Edwards Deming también define la calidad en función a la satisfacción del cliente (Deming y Medina, 1989). Por lo contrario, Walter A. Shewhart (1997) define a la calidad como resultado de la

interacción de dos dimensiones: dimensión subjetiva (lo que el cliente quiere) y dimensión objetiva (lo que se ofrece) y Genichi Taguchi agrega que en su definición de calidad el deterioro que se realiza a la sociedad de no cumplirla y la define la calidad como la pérdida (monetaria) que el producto o servicio ocasiona a la sociedad desde que es expedido (Ruiz, 2003).

Garvin (1996) define que las 8 dimensiones de la calidad del producto o servicio son: el rendimiento, sus características, la confiabilidad, la conformidad, la durabilidad, la capacidad de servicio, la estética y la calidad percibida.

El rendimiento se refiere al cumplimiento de las características principales de operación de un producto o servicio. Las características se refieren a las adiciones que un producto tiene. La confiabilidad se refiere a la probabilidad de que un producto sobreviva o siga funcionando como debe durante un periodo definido de tiempo, bajo condiciones de uso declaradas. La conformidad se refiere al grado en el cual las características típicas y de rendimiento de un producto coinciden con las normas preestablecidas. La durabilidad se refiere a la cantidad de uso que se obtiene de un producto antes que se deteriore físicamente. La capacidad de servicio se refiere a la rapidez, cortesía y competencia en los trabajos de reparación o post-venta. La estética se refiere a la apariencia del producto, su sensación, sus sonidos, sus gustos u olores. Finalmente, la calidad percibida es el juicio subjetivo de la calidad que resulta de la imagen, publicidad y nombres de marca (Garvin, 1996).

1.1.2 La calidad de Servicios.

El servicio puede ser definido como el conjunto de actividades que buscan satisfacer las necesidades de un cliente (Albrecht, 1990), y se lo puede diferenciar de un producto por sus características de intangibilidad, heterogeneidad (no servicios idénticos), percibibilidad (no

puede ser almacenado), la inseparabilidad (dar el servicio y consumo del servicio ocurren al mismo tiempo), la ausencia de propiedad (no se puede poseer como se lo realiza con un bien o producto) y tiene un alto contenido de trabajo del personal (Anderson, Fornell, y Rust, 1997).

En la literatura se encuentra que la medición de la calidad de servicio se realiza por medio de la identificación de brechas de calidad. La diferencia es entre los extremos de los cuales se mide la brecha. La teoría introducida por Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1985) se encuentra representada en la siguiente figura:

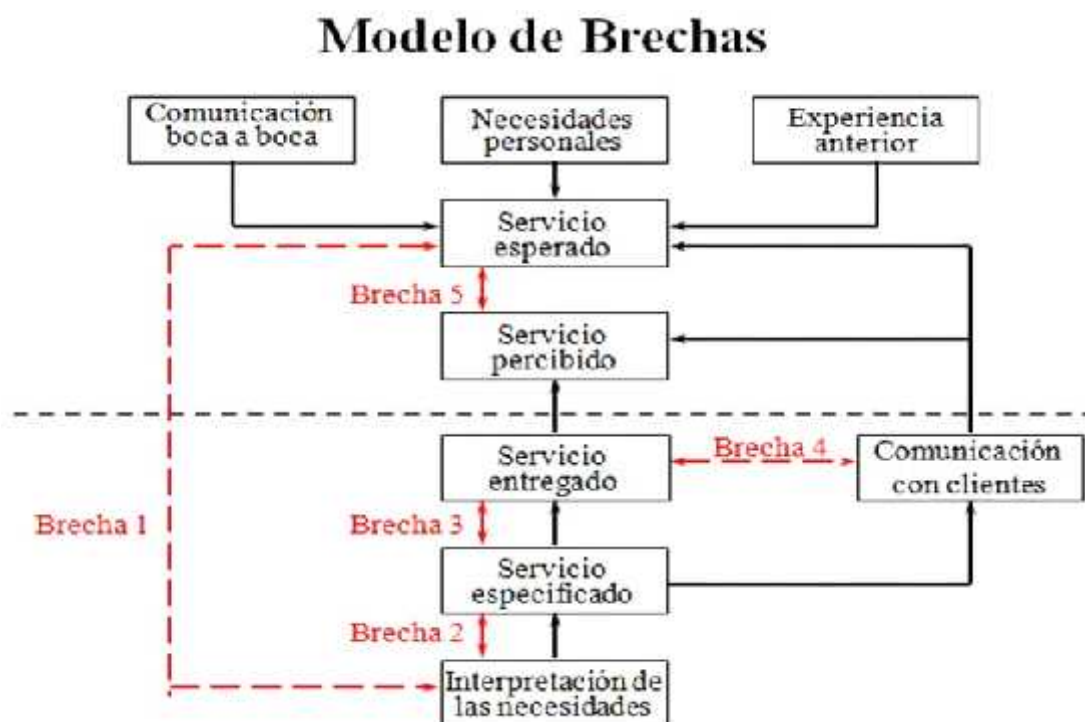


Figura 1. Teoría de Brechas de Calidad de Servicios (Parasuraman, Zeithaml, y Berry, 1985)

Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1988) añade que existen 5 dimensiones para la medición de la calidad de servicios, los cuales son: el aspecto tangible del servicio (las evidencias físicas del servicio), la fiabilidad (hacer las cosas bien la primera vez y honrando

las promesas pactadas), la capacidad de respuesta (la voluntad, disposición a prestar servicio), la Garantía del servicio y la Empatía. En concordancia con la calidad del servicio hospitalario, Sower, Duffy, Kilbourne, Kohers y Jones (2001) identifican 8 dimensiones de la calidad, las cuales son: Respeto y Cuidado, Información, Primera impresión, Diversidad personal, Eficacia y Continuidad, Comidas, Oportunidad y Eficiencia.

1.1.3 La calidad del servicio de salud.

El Instituto de Medicina define la calidad de la salud como: “el grado en que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud deseados” (Peerpt.com, 2014).

Donabedian (1966) propone un modelo conceptual como marco para la examinación de los servicios de salud y la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria. Este modelo se basa en una visualización de proceso o sistémica del servicio de salud, en donde, la “estructura” sumado a los “procesos” tienen un “resultado” en la calidad del servicio de salud.

El primer factor de este modelo es la “estructura” que incluye todos los factores que afectan el contexto dentro del cuidado de salud. Esto incluye las instalaciones físicas, el equipamiento y los recursos humanos. También incluye las características organizacionales, tales como la formación del personal y de los medios de pago. El segundo factor es el Proceso que se denomina a la suma de todas las acciones que componen la asistencia sanitaria. Estos pueden incluir el diagnóstico, el tratamiento, la atención preventiva y la educación del paciente, pero también podría incluir a las acciones tomadas por los pacientes o sus familias. Los procesos son clasificados como procesos técnicos y procesos interpersonales (la forma en que se entrega la atención) (Donabedian, 1966). Según Donabedian (1966), la medición de los

procesos es muy cercana a la medición de la calidad del servicio de salud debido a que este proceso involucra todos los actos de la asistencia sanitaria.

El tercer factor es el resultado, el cual contiene todos los efectos del servicio de salud en los pacientes o poblaciones, incluyendo cambios en el estado de salud, el comportamiento, o el conocimiento, y en especial se refiere a la satisfacción del paciente y la calidad del servicio de salud. Los resultados suelen ser los indicadores más importantes de la calidad del servicio porque la mejora del estado de salud del paciente es el objetivo principal del servicio de salud (Donabedian, 1966). Sin embargo, Donabedian (1966) indica que la precisión de la medición de los resultados del servicio de salud es muy difícil de lograr y pueden tomar un tiempo considerable para convertirse en observable. A continuación se presenta representación gráfica de lo detallado anteriormente:



Figura 2. Modelo Donabedian de la Calidad de la atención sanitaria (Donabedian, 1966)

1.1.4 Estándares.

El estándar puede ser definido como un nivel de calidad alcanzado. También puede ser definido como una idea o algo usado como medida, norma o modelo dentro evaluaciones comparativas. Adicional, puede ser definido como algo usado o aceptado como normal o como la media (Real Academia Española, 2015).

ETSI (2015) lo define como:

“Un documento, establecido por consenso y aprobado por un organismo reconocido, que proporciona, para uso común y repetido, reglas, directrices o características para actividades o sus resultados, a fin de alcanzar el grado óptimo de orden en un contexto dado.”

Es importante para los mercados abiertos, donde los usuarios, que son cada vez más móviles, pueden "mezclar y combinar" los productos y servicios sin inconveniente. Los estándares son igualmente importantes para garantizar la seguridad y la confiabilidad. Adicional, son frecuentemente referidos por los reguladores y legisladores con el fin de proteger los intereses de los usuarios y de negocios, y también apoyando las políticas impuestas por el gobierno. (ETSI, 2015)

Los estándares se desarrollan para infinidad de productos y servicios, y pueden ser creadas para su cumplimiento dentro de la empresa, de aplicación nacional, regional o mundial. También, estos estándares pueden ser usados de forma voluntaria u obligatoria. Si es de forma obligatoria es forzada por política impuesta por la empresa, la regulación nacional o internacional, o por ley (ETSI, 2015)

1.1.5 Estándares aplicados a la Salud.

NICE (2015) (Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y Atención, por sus siglas en inglés) define a los estándares de calidad como una descripción concisa de calidad que describe el nivel esperado de cuidado derivado de las recomendaciones de la mejor evidencia disponible. Se desarrollan de forma independiente, sin embargo, también cuentan con la colaboración de profesionales, sus socios y usuarios.

Según la legislación inglesa el estándar aplicado a una profesión es definido como el único grado de prudencia y cautela requerida de una persona que está bajo un deber de cuidado. La misma legislación amplía dicho concepto al indicar que se requiere que los proveedores de servicios profesional (incluyendo salud) iguallen la expectativa de servicio que usuario recibe (Gov.uk, 2014).

Más específicamente para el caso del profesional proveedor del servicio, los estándares aplicados a la salud se definen como una pauta de tratamiento médico o psicológico adecuado, y puede ser general o específica. En éste estándar se especifica el tratamiento adecuado basado en la evidencia científica y la colaboración entre los profesionales médicos y/o psicológicos implicados en el tratamiento de una condición dada (Nacional Cáncer Instituto, 2015).

Más específicamente, se define como el nivel de atención médica que un profesional razonablemente competente y calificado de la salud, con una preparación similar y en la misma comunidad médica, habría brindado bajo las circunstancias que habrían llevado a la mala práctica (Gov.uk, 2014).

La importancia de los estándares de la calidad del servicio de salud es descrito por el Ministerio de Salud Perú (2003) como:

“Garantizar al usuario de los hospitales e institutos especializados, su derecho a recibir una atención de calidad en términos de seguridad con los menores riesgos, obtención de los mayores beneficios para su salud y de satisfacción de sus expectativas en torno a la prestación de salud.”

Otro país vecino define los estándares para sus entidades gubernamentales como:

“Los estándares no son más que los niveles mínimo y máximo deseados, o aceptables de calidad que debe tener el resultado de una acción, una actividad, un programa, o un servicio. En otras palabras, el estándar es la norma técnica que se utilizará como parámetro de evaluación de la calidad.”

1.1.6 Componentes de los Estándares de Calidad.

NICE (2014) propone 2 componentes generales dentro de sus estándares de calidad: la declaración de calidad y la medida de la calidad. Ministerio de Salud Perú (2003) también considera 2 componentes generales, pero denomina a la declaración de calidad como “Estándares de la Calidad” y a la medida de la calidad como “Indicadores de la Calidad”. Este documento se regirá por el uso de NICE (2014). El organismo “Joint Commission International” (2011) define un tercer componente adicional, el cual es la intención del estándar y éste detalla lo que busca obtener como resultado luego de implementar el estándar.

NICE (2014) indica que la declaración de calidad debería ser clara, medible y concisa. Adicional, propone que la mayor parte de sus declaraciones de calidad describen "práctica mejoras", que es a la vez una aspiración y realizable. En contraste, solo una minoría de declaraciones de calidad debería describir “la práctica en desarrollo”. En busca de ser específicos, este organismo aconseja que cada declaración de calidad sea específica para 1 concepto o requisito de alta calidad atención o prestación de servicios.

Según lo que presenta NICE (2014), las medidas de calidad acompañan a cada declaración calidad, y se pueden utilizar para evaluar la calidad de la prestación de atención o servicio especificado en la declaración de calidad.

NICE (2014) formula que cada declaración está acompañada de una descripción de sus implicaciones para los diferentes lectores (proveedores de servicios, la salud pública y asistencia social practicantes, comisarios, personas que utilizan los servicios y profesionales de la salud), la orientación utilizada, la fuente de los datos para la medición, las definiciones de los términos utilizados y, donde sea necesario, consideraciones de igualdad y diversidad.

Ministerio de Salud Perú (2003) dentro de la construcción de sus estándares propone una estructura interna que incluye Descripción del estándar, Propósito (logro por alcanzar), Ámbito (Alcance del servicios y áreas del sistema), Pro actividad (de prevención o de mejora continua), Período de evaluación y mejoramiento, Impacto, Despliegue en la institución (Grado de implementación en la institución) y Despliegue hacia el usuario (Grado de implementación hacia los usuarios internos y/o externos).

1.1.7 Indicadores de Calidad.

Fadq.org. (2012) define los indicadores de calidad como instrumentos de medida con la finalidad de representar cuantitativamente los aspectos de la asistencia, la organización o la gestión, los mismos que sirven como guía para valorar la calidad de la actividad realizada.

La medida de la calidad se refiere a los elementos medibles de un estándar y son aquellos requisitos de la declaración del estándar y su declaración de intención y a los que se les asignará una calificación durante el proceso de revisión periódica. También pueden ser llamados Indicadores de Calidad (JointCommission International, 2011).

Algunos elementos medibles simplemente enumeran lo que es necesario a fin de cumplir en forma absoluta con el estándar, por ejemplo, en JointCommission International (2011). Otros elementos medibles proporcionan mayor cantidad de requisitos específicos para llevar a cabo la medición de la calidad deseada, tales como, fórmula (Numerador y Denominador), Tipo de medida, Umbral (nivel deseado), Fuente de datos (Fuente los datos del numerador y denominador), Técnica (metodología de recolección de los datos), Muestra y Periodicidad (frecuencia o períodos de medición) (Ministerio de Salud Perú, 2003).

1.1.8 Proceso de Elaboración de Estándares de Calidad.

El proceso puede variar de institución a institución. El caso del sector público es el mayor interés del presente proyecto, por lo que se presentan algunos casos de estudio de instituciones públicos.

Caso de Estudio de NICE en Inglaterra.

En el caso de NICE (2014) definen un proceso para el desarrollo de nuevos estándares de calidad para el sector salud, el cual comienza (1) priorización de los temas de calidad para su desarrollo, luego (2) un equipo predeterminado desarrolla y publica un abstracto del tema, (3) al pasar de 2 semanas, los profesionales o usuarios interesados y registrados identifican las áreas a mejorar, (4) en el transcurso de 30 semanas, “el comité de asesores de expertos en la salud y en mediciones de calidad” se reúne para priorizar las áreas de atención o servicio, para los cuales, declaraciones de calidad y medidas de calidad deben ser desarrollados, (5) el resultado de dichas reuniones es la publicación de un borrador de los estándares de calidad para ser consultado con los profesionales o usuarios interesados y registrados, quienes tiene 4 semanas para responder, (6) en el transcurso de 26 semanas, el comité considera los

comentarios de los profesionales o usuarios interesados y registrados, revisa los estándares de calidad e indicadores de calidad y NICE aprueba su publicación.

Caso de Estudio de Ministerio de Salud Perú.

En el caso del Ministerio de Salud Perú (2003), el proceso para el desarrollo de estándares no es claro ni metodológico. Indican que existe una priorización de necesidades hospitalarias y de servicios de salud, así también, existe un enfoque de mejora continua. Estos estándares se basan en un previo documento de Gestión de calidad específico para la salud y son aterrizados a las necesidades particulares por medio de reuniones de trabajo con los diferentes actores del servicio de salud. Sin embargo, no existe una participación del usuario final, de los funcionarios públicos que brindan el servicio ni tampoco se cuenta con la participación de expertos de establecimiento de indicadores de la calidad. La explicación del proceso tampoco indica el tiempo total de revisión, el número de borradores de las declaraciones de calidad o de los indicadores de calidad y tampoco se comenta acerca del proceso de socialización del resultado final.

1.2. Gestión de Calidad de los Servicios de Salud

En la siguiente sección se identifica el contexto actual y antecedentes de los estándares de calidad aplicados a la salud a nivel internacional, latinoamericano y nacional.

1.2.1 Marco Referencial: Internacional.

La calidad y seguridad de la atención es hoy en día prioridad mundial a todo nivel de atención. Para garantizar la atención a los usuarios y cumplan con los estándares internacionales de Calidad para Garantizar que la atención que se proporciona a los usuarios,

para prevenir los riesgos de salud y es un compromiso de todos los trabajadores en el área de salud. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

Entre los principales involucrados y responsables de la calidad y seguridad de la atención podemos destacar tres ámbitos fundamentales: el clínico, el formativo y el del usuario receptor de la atención. La sinergia entre estos tres ámbitos se considera el eje estructural para garantizar una atención libre de riesgo y que contribuya a mejorar los resultados en la salud de la población.

En relación con el ámbito clínico, integrado por las instituciones de salud y los proveedores de atención, se requiere:

- Contar con políticas institucionales donde se posicione la calidad y la seguridad del paciente como el eje central de la atención y establecer procesos de gestión dirigidos al cumplimiento de las políticas.
- Establecer un proceso de vigilancia continua de la calidad de la atención con mecanismos de control y monitoreo bien definidos, que permitan evaluar los resultados e implementar medidas de mejora y correctivas en caso necesario y,
- Desarrollar una cultura de calidad y seguridad, donde el hacer las cosas bien y libres de riesgo sea un compromiso que involucre a todos los niveles de la organización y permita transitar a un comportamiento consciente de la necesidad de asegurar un ambiente de calidad y seguridad, donde no exista temor a notificar los errores y el reporte se convierta en una oportunidad de aprendizaje a nivel individual y organizacional

Así mismo, se requiere que en todas las instituciones de salud se cuente con programas permanentes de educación continua, donde se mantenga actualizado al personal en los

procesos de atención con apego estricto a los estándares internacionales de calidad y seguridad. Estos programas deben ser dirigidos a todo el personal, con énfasis en los de nuevo ingreso, de tal forma que se garantice que al incorporarse a la atención, cuenten con las competencias adecuadas para brindar un servicio de calidad y libre de riesgos. (Organización Panamericana de la salud, sf)

En cuanto al ámbito formativo, las instituciones educativas formadoras de recursos humanos para el área de la salud requieren contar con planes de estudio que incorporen transversalmente la temática de calidad y seguridad, esto contribuye a que todo profesional en formación conozca su contribución y responsabilidad en el cumplimiento de los estándares internacionales de calidad y seguridad. En este sentido, la formación de los profesionales de enfermería se considera un factor clave, su presencia y permanencia en los servicios de salud sitúan a las enfermeras en una condición crítica, tanto por el riesgo de error como por su capacidad y potencialidad para promover la seguridad de los pacientes. Su participación en la mayoría de los procesos de atención, así como su involucramiento con todo el equipo de salud, demanda que su formación garantice su competencia para desarrollar un rol activo a favor de la calidad y la seguridad en la atención. (Covell, 2008)

Para lograr el reto de la calidad y la seguridad de la atención se requiere un compromiso institucional, multidisciplinario, interdisciplinario y a nivel individual tanto por parte de los proveedores como por el propio usuario receptor de la atención. La contribución de todos y cada uno de los actores sociales involucrados en el ámbito de la salud permitirá garantizar que la atención que se proporcione cumpla con los estándares de calidad y sea libre de riesgo para todos los usuarios; la corresponsabilidad de todos es fundamental. Existe evidencia de múltiples avances, a nivel local, nacional e internacional; sin embargo, las diferencias en la calidad y seguridad que se proporciona en las diversas instituciones siguen

siendo notorias, se requiere un mayor esfuerzo para afirmar que la atención que se proporciona a todo usuario independientemente del tipo de institución a la que acuda a solicitar atención, es de calidad y libre de riesgo. (Covell, 2008)

1.2.2 Marco Referencial: En Colombia.

Desde 2008 se activó el Comité de Estándares de Acreditación, el cual realizó siete reuniones, con la participación de 240 personas representantes de instituciones prestadoras de servicios de salud, aseguradoras, de la academia, sociedades científicas y profesionales independientes, de los sectores los hospitales con altos ratios paciente/enfermera/o, los pacientes quirúrgicos presentaron tasas más altas de mortalidad ajustada por riesgo mensual, y mayores tasas de mortalidad por complicaciones y que contar con profesionales mejor formados produce mejores resultados en los pacientes, incluido un menor riesgo ajustado de muerte. Sería importante lograr reducir los errores y los resultados negativos en salud mediante la inversión en recursos por parte de los hospitales para mejorar el entorno laboral, especialmente en la enfermería y en la gestión de servicios de enfermería. (Clarke, 2006)

1.2.3 Marco Referencial: En Chile.

El Ministerio de Salud de acuerdo al Decreto con Fuerza de Ley N°1 del 2005 tiene como función: Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios, centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Dichos estándares se fijarán de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado (Alcalá, 2007).

Deberá fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones. Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar (Alcalá, 2007).

Las políticas sanitarias en Chile eficaces incluyen el Instrumento y las políticas para seguridad al paciente. Las cuales son:

Instrumento.

- Alcanzar cohesión Sistema
- Garantizar Calidad, Equidad y Accesibilidad
- Garantizar Universalidad
- Profesionales: certificación.
- Formación del ciudadano
- Hábitos de vida saludables

La Seguridad del Paciente.

Es el principio fundamental de la atención sanitaria y un componente crítico de la gestión de calidad.

- Las intervenciones en atención de salud se realizan para beneficiar a los pacientes pero también pueden causar daño.

- La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas resultan en un porcentaje elevado en efectos adversos para el paciente.

1.2.4 Marco Referencial: en Ecuador.

El artículo 32 de la Constitución Política de la República del Ecuador 2008 consagra a la salud como un derecho garantizado por el estado mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. Además, el artículo 358 menciona que “el sistema nacional de salud tendrá como finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral.”; el artículo 359 enuncia que “El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud” y, en el artículo 360 que “el sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud. (Constitucion de la Republica del Ecuador, 2008)

Para esto el gobierno decidido en forma gubernamental de que la red pública de salud alcance estándares internacionales de calidad en atención y presentación de servicios a la ciudadanía.

Garantizar la calidad y mejora continua de los servicios de salud que presta el Ministerio de Salud Pública, mediante la definición de estándares de calidad, infraestructura y equipamiento sanitario, para ayudar a optimizar la salud de la localidad; en relación con las

políticas sectoriales, normativa vigente y modelos de atención aprobados. La Calidad asistencial consiste, básicamente en disponer y organizar los elementos y recursos de un sistema sanitario para lograr los mejores resultados posibles en el estado de salud y en la calidad de vida de pacientes y usuarios. (Ministerio de Salud Pública, Honduras Ecuador Nicaragua, 2008)

1.2.5 Característica del Proceso de Atención del personal profesional de salud de la mujer cesareada.

A nivel mundial la cesárea es realizada en un alto porcentaje de embarazadas; en Europa se reporta una incidencia de 21%, en Estados Unidos 26 %, en Australia 23% y en Latinoamérica (Chile, Argentina, Brasil, Paraguay y México) rebasa el 50%. En el Ecuador, en el año 2014 el índice de cesáreas solo del MSP fue de 41.2%.

La Organización Mundial de la Salud menciona que en ninguna región del mundo se justifica una incidencia de cesárea mayor del 10-15%. Varios factores han contribuido al aumento global de las tasas de cesáreas, entre ellos, mejores técnicas anestésicas y quirúrgicas, menor riesgo de complicaciones postoperatorias a corto plazo, factores demográficos y nutricionales, y la percepción de la seguridad del procedimiento por parte de los prestadores y las pacientes.

En particular, este último es un factor que influye en el incremento de la cesárea electiva sin indicación médica específica. Sin embargo, los resultados obtenidos en la Encuesta Global de Salud Materna y Perinatal de la OMS indican que el aumento de las tasas de cesáreas se relaciona con un mayor uso de tratamiento antibiótico en el periodo puerperal e incremento de la morbilidad materna severa. El aumento en la tasa de nacimiento por cesárea, está también asociado con un aumento en las tasas de morbi-mortalidad neonatal. Con el

consecuente incremento de estadía de los recién nacidos en unidades de cuidados intermedios o intensivos durante siete días.

La alta incidencia de cesáreas se considera un problema de salud pública. Se ha establecido que las causas son diversas, entre las que se pueden mencionar: valoración inadecuada del riesgo obstétrico, bajo índice de control prenatal, preferencias del médico y la embarazada, mala valoración del riesgo fetal, entre otras. (Ministerio de salud pública , 2015)

1.3 Marco Legal

A continuación se describen las bases que proporcionan el marco legal sobre las cuales las instituciones de salud pública construyen y determinan sus estándares de servicio.

1.3.1 Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Salud.

Las bases legales para la ejecución de este proyecto están contemplados en: La Constitución de la República del Ecuador: Derecho a la Salud. Ley Orgánica de Salud: Promoción, Prevención y Atención Integral de Salud. Sexual y Reproductiva. El Código de la Niñez y Adolescencia: Atención Integrada durante el Embarazo y el Parto. Acuerdo Ministerial N° 0000253 de 11 de Agosto de 2005: Plan Nacional de Reducción Mortalidad Materna.

1.3.2 Equidad en salud.

Así mismo, la Organización Panamericana de la Salud define dos conceptos básicos de equidad, la primera denominada Equidad en salud, la misma que hace referencia a la ausencia de diferencias sistemáticas en uno o más tópicos de la salud o sus determinantes y, la Equidad en servicios de salud, la cual es definida como la ausencia de diferencias en acceso a servicios

para iguales necesidades en salud. (Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, 2007)

En este contexto, explorar la inequidad en la asignación de recursos al Primer Nivel de Atención del MSP, resulta relevante y oportuno para comprender la situación del estado de salud-enfermedad de la población ecuatoriana.

1.3.3 Eficiencia en uso de recursos.

Esta mayor eficiencia debe alcanzarse a través de mejoras de gestión, que involucran tanto los ámbitos de recursos humanos y financieros, donde es necesario terminar con problemas de administración de personal y de deuda, entre otros; como a los propios beneficiarios, en lo referente a una mejor focalización y uso de los subsidios en salud.

- Participación social en salud.
- Implica reconocer a las personas como usuarios y ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe dar cuenta de la calidad, efectividad y oportunidad de servicio, así como del uso eficiente de los recursos.

El pilar fundamental para la calidad y Seguridad de la Atención de los pacientes es el sistema sanitario moderno que permite a los pacientes garantizar su atención tanto en el ámbito público y privado.

1.3.4 Consideraciones adicionales.

Un derecho por parte de los usuarios es que se les brinde la atención que se merecen. También un derecho de los trabajadores del Sector es sentirse reconocidos y gratificados por

prestar un adecuado servicio. Un deber del Estado es ser garante de la salud y de su recuperación para toda la ciudadanía.

Un deber de los usuarios es exigir y valorar la atención que se les brinda. Un deber de los Servicios de Salud es dar la respuesta que se les requieren. Un deber de los trabajadores es optimizar todo su accionar.

Para poder hacer viable esto, es necesario que cada instancia de este proceso asuma el rol que le corresponde, teniendo en cuenta el involucramiento de todos los actores.

Para la calidad se requiere que todos participen y tengan marcos conceptuales y normativas generales, cada organización construya su propio programa de garantía de calidad. Nadie va hacer por nosotros lo que corresponde que nosotros hagamos. (Organización Mundial de la Salud)

1.3.5 Salud Intercultural.

El concepto de salud intercultural surge en América Latina a lo largo de los años 90 y 2000 y ha alcanzado un verdadero auge en los últimos años. Muchas disciplinas sociales y médicas van a incorporar este concepto a su discurso y comienza a ser utilizado en la práctica sin claridad teórica sobre el mismo.

Su incorporación se fundamenta en supuestos que sirven de base para la implementación de programas, políticas e inclusive, en el caso boliviano, de un Vice ministerio de Medicina Tradicional que posteriormente cambio su nombre a Vice ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad.

El sector salud, con asesoramiento de algunos científicos sociales que trabajan en universidades y en el ámbito de la cooperación internacional, incorporó este término en un discurso básicamente político (Organización Mundial de la Salud, 2012)

En el que se comenzaba a revalorizar la medicina tradicional y a visualizar un gran cambio en la “supuesta aceptación” de otra medicina diferente a la científica dentro de los servicios de salud (Pública Ministerio de salud, 2008)

En Ecuador, el concepto de interculturalidad nació en el seno del movimiento indígena como oposición a la hegemonía política del conocimiento y como una propuesta hacia otras formas de pensar diferentes a la colonial, partidaria esta última de un Estado plurinacional.

La Confederación de Nacionalidades Indígenas de Ecuador (CONAIE) planteó el proyecto de interculturalidad como una propuesta alternativa de sociedad, como un principio ideológico.

En consecuencia, la interculturalidad no se restringe tan solo a las interrelaciones sino que también abarca el fortalecimiento de lo propio, aquello que consideran subalternizado por el colonialismo.

La interculturalidad pasa a formar parte del discurso asumido por el Estado o de instituciones como el Banco Mundial y el significado del proceso de cambio que promueven los grupos indígenas se debilita: “Cuando la palabra interculturalidad la emplea el Estado en el discurso oficial, el sentido es equivalente a “multiculturalidad”.

Posteriormente se relacionó a la “salud intercultural” como propuesta de reconocimiento de las medicinas indígenas tradicionales y como una manera de entender y revalorizar lo propio; esto unido al reconocimiento diferenciado en una determinada visión del mundo (Organización Panamericana de la salud, sf)

1.4. Marco Conceptual

Atributos de la Calidad.- establecidos para los hospitales e institutos especializados son los siguientes:

Atención.- Que ahora vamos a proceder a analizar en profundidad. Un vocablo aquel que se compone de tres partes: el prefijo *ad-* que es sinónimo de “hacia”, el verbo *tendere* que puede traducirse como “estirar” y finalmente el sufijo *-ción* que es equivalente a “acción y efecto”.

Acreditación en salud.- Es un instrumento que garantiza que las atenciones que brinda mejoramiento de la calidad continua.

Accesibilidad.- Condiciones de la organización y los servicios para facilitar el acceso de los usuarios a la atención que oferta.

Continuidad.- Proceso que garantiza la atención integral, sin interrupción y en forma permanente de los usuarios hasta la solución de su problema de salud.

Calidad.- Conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa. Superioridad en su línea.

Diagnostico.- medicina reconocimiento para una enfermedad por sus síntomas y signos. Por un especialista de la medicina.

Diversidad.- Por lo tanto este concepto es aplicable en muchos y de los más distintos casos, por ejemplo se puede aplicar a los diferentes organismos vivos, a los distintos modos de aplicación de técnicas, a la diversidad de elecciones individuales, etc.

Eficiencia.- Logro de objetivos y metas haciendo uso racional de recursos.

Eficacia.- Logro de las metas y actividades verificables de acuerdo a normas, planes y procedimientos.

Estándares.- Un estándar es un conjunto de reglas que deben cumplir los productos, procedimientos o investigaciones que afirmen ser compatibles con el mismo producto.

Estructura.- Distribución y orden de las partes de un órgano, cuerpo u otros elementos.

Información completa.- Provisión de contenidos veraces, oportunos y entendibles que permitan a las personas tomar decisiones sobre su salud.

Igualdad.- Por lo tanto este concepto es aplicable en muchos y de los más distintos casos, por ejemplo se puede aplicar a los diferentes organismos vivos, a los distintos modos de aplicación de técnicas, a la diversidad de elecciones individuales, etc.

Integralidad.- Atención de la persona considerando sus esferas biopsicosociales y espirituales mediante actividades de vigilancia, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Implementar.- Permite expresar la acción de poner en práctica, medidas y métodos, entre otros, para concretar alguna actividad, plan, o misión, en otras alternativas.

Impacto. Ambiental Efecto producido por cualquier tipo de perturbación sobre el medio ambiente, ecosistema o parte del mismo.

Organizacional.- Una organización es una creación social que implica la reunión de diversos individuos que deben ser, en la mayoría de los casos, superiores a uno.

Oportunidad.- Disponibilidad de los servicios en el momento que el usuario lo requiera de acuerdo con las características y severidad de cada caso.

Privacidad.- Respeto a la privacidad de los usuarios con ambientes que garanticen una atención personalizada y a la confidencialidad de su información médica.

Profesional.- Persona que realiza su trabajo con aplicación, seriedad, honradez y eficacia.

Respeto al usuario.- Consideración de la persona como sujeto de derecho, valorando su cultura y condiciones individuales.

Trabajo en equipo.- Personas con visión compartida que asumen responsabilidades y compromisos, complementan capacidades y desarrollan sus potencialidades para el logro de resultados.

Toco-quirúrgico.- El servicio de toco-quirúrgico en el hospital, es un servicio de urgencia donde se atienden a todas las pacientes que tienen un problema con su parto o puerperio, hay personas capacitadas o profesionales que actúan inmediatamente en las complicaciones, como preclampsia, hemorragia y sepsis.

Salud.-

Forma de ser en que el hombre está plenamente integrado en su ambiente, tanto a nivel físico y psicológicocomo social. Salud equivale a forma de vivir en equilibrio estable con el medio.

Satisfacción del usuario externo.- Es la percepción favorable del usuario externo acerca de la atención recibida.

Satisfacción del usuario interno.- Es la percepción favorable del usuario interno acerca de lo que recibe de la organización.

Seguridad social. Organismo público destinado a gestionar, principalmente, la sanidad, los subsidios de paro y pensiones de jubilación.

Capítulo II

Diagnóstico del Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”

El presente capítulo tiene como objetivo identificar la situación actual del Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” y específicamente, el capítulo busca brindar un diagnóstico del área de toco-quirúrgico del mismo hospital y situación de los actuales estándares de calidad del área.

2.1. Diagnóstico general del Hospital

La siguiente sección desarrolla un diagnóstico del Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel.”

2.1.1 Antecedentes.

El Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” es una institución del Ministerio de Salud Pública que pertenece a la zonal 8. Siendo un hospital de especialidad Gineco-obstétrico de nivel III y segundo de complejidad alta concurrencia de la ciudadanía y de la comunidad. Este Hospital está ubicado al sur de la ciudad de Guayaquil, en el Guasmo Sur Cooperativa “Causa Proletaria” de la parroquia Ximena en la calle 29 de mayo y Olfa de Bucaram, a dos cuadras de la calle principal. Dicha zona de la ciudad cuenta con una población de 30.0000 habitantes conformada por asentamientos de más de 26 años de existencia que ha migrado de todas las provincias.

Datos Socio Económicos de la Población.

Guasmo es un barrio marginal semi-informal que ocupa gran parte del sur de Guayaquil, Ecuador cuya extensión es de 19.761.287 metros cuadrados. Se estima que en

este sector guayaquileño viven casi 500.000 habitantes que incluye los sub-sectores Guayaquileños de Río Guayas, Floresta, Los Esteros, Guasmo Oeste (Fertisa, Santa Mónica, Viernes Santo), Guasmo Este (Stella Maris, La Péndola, Reina del Quinche, Florida Sur, Miami Beach, etc.) y Unión De Bananeros). La población está compuesta 45% mestizo, 35% negro, 15% de blancos, 5 % de indígenas, de bajos recursos económicos. Las viviendas en la actualidad son de construcción de cemento y pocas de construcción mixta.

Por la ubicación cercana a la calle principal, de momento las calles aledañas se encuentran asfaltadas y tienen una buena afluencia de los diferentes transportes, tales como, la metro vía, líneas de buses y automóviles particulares, así mismo, se puede observar una gran concurrencia de vendedores ambulantes sin organización alguna, lo que podría provocar contaminación ambiental y ruidos.

Por ser población marginal es una zona peligrosa existe delincuencia, alcoholismo, drogadicción donde hay evidencia de robos y centro de rehabilitación de drogas.

2.1.2 Misión, Visión y Valores.

La misión, visión y valores son extraídos de la información proporcionada por el área de toco quirúrgico. Los mismos se detallan a continuación:

Misión:

“Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en Red, en el marco de la justicia y equidad social”.

Visión:

“Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que presentan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos.”

Valores:

“Respeto, Honestidad, Confidencialidad, Humanismo y Responsabilidad.”

2.1.3 Estructura Organizacional.

A continuación se presenta la estructura organizacional del Hospital Matilde Hidalgo de Procel:

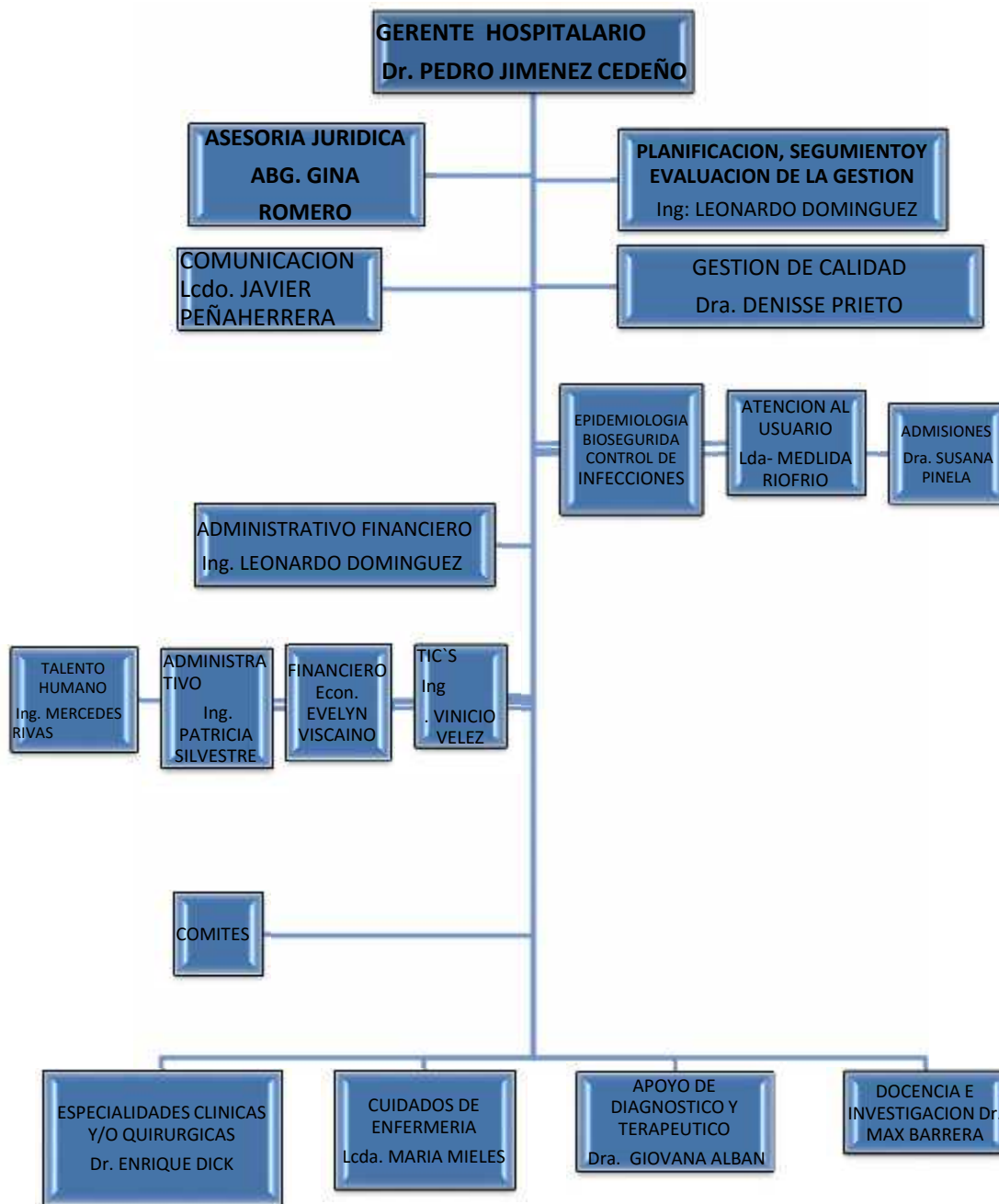


Figura 3. Organigrama del Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

2.1.4 Políticas de la Institución.

Las políticas de la institución son emitidas por la Gerencia Hospitalaria de esta Casa de Salud. Las cuales incluyen las políticas de calidad y del Sistema Integrado de Gestión, la Política de Seguridad del Paciente, la Política Ambiental, la Políticas de Talento Humano, la Política de Planeación Estratégica, la Política Financiera, la Política Uso y Re-uso, la Política de Gestión Documental y la Política para la Comunicación Organizacional.

Los grupos de prioridad en la atención los componen los siguientes grupos:

- La población materno – infantil (Gestantes y niños menores de 5 años)
- La población con discapacidad (Física, sensorial o cognoscitiva)
- Los adultos mayores (Usuarios con 65 o más años)

Política de Calidad y del Sistema Integrado de Gestión.

La política de calidad del Hospital “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” se compromete con el mejoramiento continuo de sus procesos, impulsando la creatividad e innovación, la seguridad, el espíritu de servicio, la capacidad técnica y el aprendizaje organizacional para responder a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios y lograr su satisfacción que es el objetivo central de todos nuestros propósitos.

Política de Seguridad del Paciente.

El paciente necesita una política de seguridad, en salud pública es un problema en todo el mundo y se calcula en los países desarrollados uno de cada diez pacientes sufren algún tipo de daño durante su estancia en el hospital De cada 100 pacientes hospitalizados en un momento dado, siete en los países desarrollados y 10 en los países en desarrollo contraerán

infecciones relacionadas con la atención de salud. Cientos de millones de pacientes se ven afectados por este problema cada año en todo el mundo. (Organización Mundial de Salud, 2008)

Para reducir la problemática actual de la inseguridad del paciente, revisado anteriormente, y para lograr “un hospital seguro” como característica fundamental de la calidad promoviendo acciones de gestión integral del riesgo, así también, fomentando la cultura de seguridad basada en el fortalecimiento de los procesos y del aprendizaje organizacional continuo que involucre a los usuarios, sus familias y los colaboradores de la institución, se ha dispuesto de lo siguiente:

- Qué departamento de calidad, elabore un Plan (Estándares Internacionales) de Seguridad del Paciente, que incluya un Formato de Reporte de Eventos Adversos y su socialización y estricto cumplimiento a todo nivel y en todos los servicios, permanentemente.
- Que la Dirección de Asistencia emita las disposiciones que prohíban el Uso de Abreviaciones Peligrosas (OMS, List of Error-Prone Abbreviations, Symbols, and Designations), tanto en la medicación (presentación y vía de aplicación), como en la prescripción y notas de evolución en las Historias Clínicas, para lo cual hará un programa de socialización y evaluación periódica trimestral.

Política Ambiental.

El Hospital Matilde Hidalgo de Procel, reconoce la misma política ambiental que la Constitución de la República del Ecuador, en donde se declara de interés público la preservación del medio ambiente, la conservación de los ecosistemas, la biodiversidad y la integridad del patrimonio genético del país. También reconoce la Ley N°37 del Ministerio de Medio Ambiente que establece los principios y directrices de política ambiental, determina

las obligaciones, responsabilidades, niveles de participación de los sectores público y privado en la gestión ambiental y señala los límites permisibles, controles y sanciones en esta materia. También reconoce el Hospital que la gestión ambiental se sujeta a coordinación, reciclaje y reutilización de desechos, utilización de tecnologías alternativas ambientalmente sustentables. (Ministerio de Ambiente , 1999)

Políticas de Talento Humano.

El Hospital. Matilde Hidalgo de Procel” dentro de la institución las políticas son orientadas administrativa para todos los trabajadores y serán implementadas con el fin que los trabajadores de la salud se desarrollen de mejor forma y alcanzar los objetivos estas políticas se basan de acuerdo a la filosofía y necesidades del hospital la administración y el factor económico ofrece a los empleados capacitados y entrenados.

Política de Planeación Estratégica.

EL Hospital Matilde Hidalgo de Procel elaborará y socializará el Plan Estratégico Institucional de forma tal que permita identificar de manera clara el punto de partida, hacia dónde vamos, a que objetivos queremos llegar y cómo hacerlo. Para ello se plantea establecer los resultados esperados en la ejecución de los programas, Procedimientos a desarrollar, los responsables de su ejecución y el seguimiento y control requeridos para lograr los objetivos propuestos, en cada una de sus instancias. (Vargas, 2007)

Política Uso y Re-uso.

El Hospital Matilde Hidalgo de Procel garantiza que no se rehúsan los dispositivos médicos, Si por disposición del fabricante se determina como de “un solo uso”. Si el fabricante tiene como recomendación o indicado ser reusados ciertos dispositivos se

procederá a realizar según ficha técnica y bajo el consentimiento del comité de control de Infecciones.

Política Financiera.

Existe una política financiera dentro de la institución que busca el cumplimiento de las políticas, normativa interna y procedimientos de gestión financiera. Además, elabora y coordina la ejecución de planes y programas de gestión financiera. También realiza el seguimiento y evaluación sobre las directrices, normativa interna y procedimientos de gestión financiera. Así mismo, se encarga de coordinar con el Ministerio de Finanzas la ejecución presupuestaria y sus modificaciones. Adicional, realiza un control de la documentación de soporte para la ejecución presupuestaria, así mismo, realiza un seguimiento de los pagos efectuados y realizar el pago de obligaciones económicas de la institución.

La política financiera delega la administración del presupuesto de la institución al departamento financiero correspondiente para que se realice conforme a los programas y proyectos de acuerdo con la misión institucional. Además, permite asegurar la capacidad técnica de los equipos hospital encargados del pago de prestaciones de salud, mediante capacitaciones, talleres y actualizaciones sobre el proceso. (Rodriguez, 2007)

Política de Gestión Documental.

El Hospital Matilde Hidalgo de Procel posee un sistema de ayuda soporte y capacitación, procedimientos, generación, envío, organización, conservación, recuperación y disposición final de los documentos, a través del sistema QUIPUX.

2.1.5 Sistemas de Control.

Los sistemas de control se refieren al sistema de control administrativo y a las normas y reglamentos y se presentan a continuación:

Control Administrativo.

Este control es realizado por Recursos Humanos, quien controla al personal que labora en el Hospital con un reloj biométrico para ingreso y salida. Adicional, comunica las novedades, en coordinación con los líderes, médicos, enfermería, administrativo, financiero y mantenimiento.

Normas y Reglamentos.

Cada una de las instituciones cuenta con las normas y reglamentos orgánicos y estructurales. Estos son dados por MSP, la Ley de servicio civil y carrera administrativa, código de trabajo y contrato colectivo. Esta cuenta con protocolos y procedimientos emitidos por cada uno de los hospitales y la ayuda del MSP.

Dentro de las normas y reglamentos relacionados para la salud exige el licenciamiento, acreditación y certificación de los prestadores de salud. Así mismo, da los lineamientos para desarrollar los procesos de organización, gestión y provisión de servicios de salud. Lo anterior también es acorde a lo establecido en el modelo de atención integral de salud. Adicional, ayuda a realizar estudios comparativos de las mejores prácticas nacionales e internacionales. También, da soporte para el diseño de sistemas que permitan el monitoreo y evaluación del grado de implementación de las normas generadas. (Ministerio de Salud Pública , 2014)

2.1.6. Análisis FODA

Es importante mencionar las diferencias entre las empresas que buscan remuneración económica, las empresas públicas o privadas y las de sin fines de lucro, que buscan obtener un impacto social como la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG). El hospital Matilde Hidalgo de Procel es parte de la Red de los hospitales y siendo un hospital Especializado en Gineco- Obstetricia cumple con los estándares más altos de calidad siempre encaminados a cumplir con la misión y visión sin alejarse de los valores y para análisis situacional es necesario realizar un análisis de FODA que se expone a continuación.

| Fortaleza | Oportunidades |
|--|--|
| Planta física ubicada en lugar fácil acceso Centro de referencia regional, cuenta con la especialidad de Gineco –Obstetricia Compromiso de los trabajadores Convenio Docente Asistencial Continua Capacitación mediante jornadas y seminarios Atención abierta Atención Cerrada. Hospitalización Unidad de UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal) Licencia Ambiental certificada Contamos con personal competente para la tarea asignada. Comités y comisiones activos Equipo médico de alta tecnología. Sistemas Informáticos de desarrollo MSP. Valores institucionales y humanísticos. Hospital en proceso de Acreditación y Hospital Seguro. | Aplicación de avances Médicos desarrollados por la Universidad y los Especialistas que trabajan en el hospital Nuevos modelos de atención integral para la población cada vez más demandante Establecer una mejor coordinación con la red de Salud del País Normativa del sector salud para la referencia y contra referencia – existencia de modelos de Atención integral para las madres embarazadas Modernizar la tecnología informática que permita tener información oportuna que sirva al profesional para los procesos de atención de los servicios hospitalarios Mejora continua de la Calidad y de la gestión gerencial. |

| Debilidades | Amenazas |
|--|--|
| <p>Ausencia de controles de calidad</p> <p>Falta de integración de personas a planes y programas</p> <p>Falta de compromiso de los empleados</p> <p>Falta de seguimiento de los programas y proyectos</p> <p>Falta de capacitación y desarrollo del personal</p> <p>Instalaciones insuficientes para ampliaciones</p> <p>Falta rotación de personal</p> <p>Falta de motivación del personal</p> <p>No contar con suficientes médicos especializados.</p> <p>La red de referencia y contra referencia es deficiente por falta de alianza y convenios</p> <p>No existe expediente clínico electrónico</p> <p>Insuficientes camillas para transporte de pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiente equipo médico quirúrgico - Deficiente monitoreo y supervisión de programas de salud. | <p>Crisis económicas y políticas del Gobierno Nacional que afecta la liquidez.</p> <p>Aumento explosivo de pacientes</p> <p>Disminución del presupuesto del hospital</p> <p>No actualización de programas académicos</p> <p>Aparición de enfermedades emergentes tales como el SIDA</p> <p>Incremento de los costos de operación</p> <p>Salarios e incentivos poco competitivos creciente</p> <p>Demanda creciente de servicios de la población usuaria y saturación de servicios.</p> <p>Oferta insuficiente de personal médico especializado, enfermeras, licenciados y técnicos para cubrir la demanda de servicio de Gineco- obstetricia</p> |

2.1.7 Cartera De Servicios del Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Los servicios prestados por el Hospital analizado, son los siguientes:

| | | |
|-----------------------------------|-------------------------|------------------------------|
| Consulta externa | Terapia respiratoria | Electrocardiograma |
| Servicio de Rx | Servicio de ecografía | Servicio colposcopia |
| Servicio de Odontología | Servicio de mamografía | Servicio de nutrición |
| Servicio de vacunación | Servicio de audiometría | Tamizaje metabólico |
| Estadística | Farmacia | Farmacia galénica |
| Citología | Laboratorio | Hospitalización ginecológica |
| Hospitalización pediátrica | Salud mental | Lactario |
| UCIN | Emergencia | Reanimación |
| Salud ocupacional | Trabajo social | Comité paritario |
| Gestión de calidad | Proceso docencia | Información |
| Centro de Adolescentes (CAFUS) | Triaje | Subrogado |

2.1.8 Infraestructura.

El hospital cuenta con los servicios de Emergencia, un consultorio de Ginecología, un cubículo con cuatro camas para observación de madres embarazadas (toco quirúrgico), hospitalización con 9 ambientes más una área de cuidados intermedios (48 camas), hospitalización Pediátrica con 18 camas, Neonatología UCIN con 18 termo cunas y 9 respiradores dentro del área esta Lactario, consulta externa, servicios de apoyos laboratorio, trabajo social, ecosonografía, Rx, farmacia, estadística, nutrición dietética, un departamento para la atención directa con el adolescente (CAFUPS). El Hospital también cuenta con servicios básicos que son: agua potable, luz eléctrica y servicio de teléfono, alcantarillado, recolección de basura e Internet.

2.2. Diagnóstico del Servicio del Área de Toco-quirúrgico

A continuación se detalla el diagnóstico de Área de Toco-quirúrgico del Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”

2.2.1 Reseña Histórica.

Este hospital fue creado como Hospital Materno Infantil en Abril de 1991 por el Dr. Rodrigo Borja Cevallos y en el mes de Septiembre del mismo año se realiza la primera cirugía una cesárea segmentaria, realizada por Dr. Carlos Jiménez. En el hospital se contaba con 14 camas de hospitalización con 1 sala de parto, 1sala de quirófano, una carencia de equipamiento y una mínima infraestructura.

Para la remodelación del Hospital se traslada en Agosto del 2009 al Guasmo Central al centro de Salud 9 con una cobertura de 7 camas. Para el año 2010 en Noviembre se

reinaugura con las nuevas áreas. Líder de Enfermería es Lcda. Olivia Zambrano, quién inició sus actividades en 1989, y hasta la actualidad ejerce su liderazgo.

Ubicación, límites y acceso.

El área de toco quirúrgico se encuentra en planta baja en un área restringida por ser una sala estéril que está bajo normas de higiene de la institución en donde no se puede ingresar personal ajeno o autorizado y debe utilizar barreras de protección universal.

Los límites del Área de Toco-quirúrgico son: al Norte delimitado por Neonatología, al Sur por Estimulación Temprana, al Este del Área se encuentra la Hospitalización Ginecología y al Oeste, el área de Esterilización.

2.2.2 Misión y Visión.

Misión:

“Servir eficientemente a los usuarios sin distinción racial, política, social, religiosa. Aplicando el método de atención de enfermería en todas las actividades realizadas, capacitando y desarrollando y potencializando estrategias de acción que permitan beneficiar ampliamente el servicio, y que el trabajo de parto, puerperio fisiológico o quirúrgico se desarrolle de manera normal sin complicaciones convirtiéndose en una gran experiencia.

Fomentando el vínculo de paternidad y concientizando la responsabilidad y el gran trabajo que lleva a cargo la familia en la sociedad.”

Visión:

“Para el 2015, la unidad de Toco quirúrgico contara con una infraestructura de alto nivel netamente funcional, mayor número de personal y equipos potencializados atención de alta calidad de manera individualizada de acuerdo a la necesidad de cada usuario.”

2.2.3 Personal del Área de Toco-quirúrgico.

El personal del Área de Toco-quirúrgico está conformado por 1 Licenciada Líder, 16 Licenciadas de Enfermería Cuidado Directo, 7 Cirujanos Ginecólogos, 7 Obstetras, 13 Anestesiólogos, 12 Médicos Residentes, 12 Residentes de Pediatría, 20 Internos de Obstetricia, 8 Internos de Enfermería, 20 Auxiliares de Enfermería y 7 Auxiliares de Servicios Varios. El grafico se muestra a continuación: medico

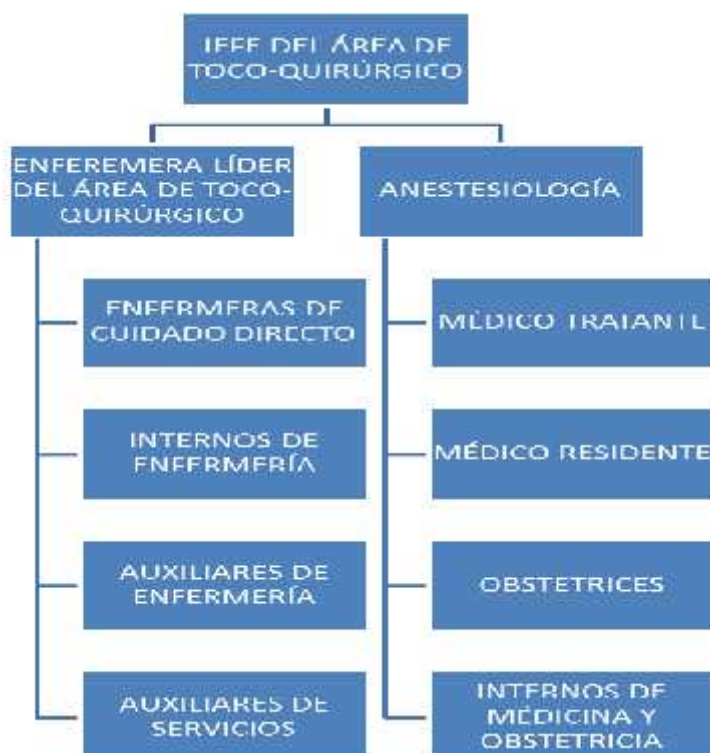


Figura4. Organigrama Funcional del área de Toco quirúrgico

2.2.4 Cartera De Servicios del Área de Toco-quirúrgico.

Se ofertan todos los servicios gratuitos del Ministerio de Salud Pública a nivel de Hospital Especializado en Gineco-Obstetricia para embarazo natural y cesárea, así mismo, la atención durante su embarazo, puerperio (período inmediatamente posterior al parto) y post-parto. Adicional, lleva a cabo el programa: “La Importancia De Cuidar Las Vidas de la Madre y del Bebé”

Programa “La Importancia De Cuidar Las Vidas De La Madre Y Del Bebé”

Este programa consiste en luchar en contra de la muerte materna, el cual es un grave problema de salud pública y afecta sobre todo a los países pobres. Las muertes maternas son de aproximadamente 800 mujeres cada día a nivel mundial (la Organización Mundial de la Salud).

La mayoría de las muertes maternas pueden ser evitadas si la mujer, su pareja, su familia y la comunidad aprenden a reconocer las señales de peligro a tiempo. El no demorar en la identificación de estas señales de peligro, acudir a un servicio de salud y recibir la atención calificada y oportuna son los principales factores que marcan la diferencia entre la vida y la muerte (Ministerio de salud publica , 2015)

2.2.5 Infraestructura.

Su edificación es de cemento hierro, en el primer piso corresponde el área toco-quirúrgico, su piso es de baldosa, iluminación natural y con lámparas de luz y servicio de aire acondicionado centralizado.

El área de toco-quirúrgico cuenta con 1 sala de parto con 4 camillas, 1 sala de preoperatorio 4 camillas, 1 sala de parto con 2 camillas ginecológicas, 4 quirófanos con sus

respectivos equipos de anestesia y mesas quirúrgicas, 1 sala de recuperación para cirugía con 6 camillas, 1 quirófano para séptico.

Para el área de toco-quirúrgico se implementó tecnología como computadoras con Internet, monitores fetales, Ecosonograma, monitores Multi-parámetros y ecografía 3D. Dentro del equipo del área se encuentra 8 Equipos de Partos, 5 Equipos para Aborto, 0 Ecosonograma, 1 Monitores Multi-parámetros, 1 Monitores Materno-Fetales.

2.2.6 Funciones del Personal del Área de Toco-Quirúrgico.

Las funciones del Personal del Área de Toco-Quirúrgico son extraídos de los documentos internos del hospital analizado. Los mismos son descritos a continuación. Esto incluye al Responsable de Toco quirúrgico, Líder de Enfermería, Responsable de cuidado directo y Personal de Apoyo.

Responsable de Toco quirúrgico.

El titular debe ser Médico Cirujano y es el responsable de dirigir las actividades profesionales médicas del departamento.

Líder de Enfermería.

Es responsable de dirigir labores de enfermería de una unidad de servicios sanitarios asistenciales, planificando y coordinando las actividades diarias de enfermería a realizar, supervisando al personal y la atención al cumplimiento de recomendaciones y cuidados ordenados por los médicos, a fin de lograr el equilibrio en la salud de los pacientes. Sus funciones comprenden:

- Planificar y coordinar las actividades asistenciales y administrativas del área a su cargo.
- Organizar y controlar el uso y suministro de materiales y medicamentos.

- Llevar el control de pacientes y tratamientos ordenados.
- Supervisar el mantenimiento preventivo de los equipos médicos.
- Asistir a reuniones de la unidad.
- Atender emergencias de carácter médico.
- Vigilar y controlar el mantenimiento de las condiciones higiénicas del sitio de trabajo.
- Hacer seguimiento y evaluar el funcionamiento del servicio de enfermería.
- Supervisar y conformar la requisición de materiales, medicinas y equipos de trabajo.
- Detectar y reportar necesidades de la unidad.
- Llevar el registro de intervenciones quirúrgicas, del movimiento del servicio, ingresos/egresos de pacientes, mortalidad, entre otros.
- Diseñar y aplicar instrumentos de recolección de datos a los usuarios para obtener -información sobre el funcionamiento del servicio.
- Establecer, conjuntamente con el médico, programas de cuidados y tratamientos a pacientes.
- Planificar y ejecutar programas de educación y orientación relacionados con el área.
- Dictar talleres y charlas, en el área salud, a la comunidad universitaria.
- Supervisar la elaboración del inventario de la unidad.
- Supervisar y distribuir las actividades del personal a su cargo.
- Cumplir con las normas y procedimientos de higiene y seguridad integral, establecidos por la organización.
- Mantener en orden equipos y sitio de trabajo, reportando cualquier anomalía.
- Elaborar informes periódicos de las actividades realizadas.
- Realizar cualquier otra tarea afín que le sea asignada.

Responsable de cuidado directo.

Este personal cuenta con el apoyo técnico y la supervisión de líder, teniendo entre sus principales funciones la de ejecutar labores de recepción del usuario, cuidados directo de enfermería, administración de medicamentos, registros.

Personal De Apoyo.

El personal de Apoyo incluye el personal de servicios varios y el personal auxiliar de enfermería.

Personal de servicios varios es el Servicio de Limpieza, quienes desempeñan un papel clave en el control de la contaminación microbiológica en los hospitales. Sin embargo, este control es una de las muchas actividades importantes que caen bajo su responsabilidad y esta actividad particular debe ser compartida con los otros Departamentos.

El personal auxiliar de Enfermería es complementario de la asistencia sanitaria, debe tener título académico, es quien está directamente con el paciente para confort y comodidad de la estadía hospitalaria, y dependerá de la jefatura de Enfermería y bajo los reglamentos de la Institución sanitaria.

2.2.7 Estándares de Calidad del Área de Toco-Quirúrgico.

A continuación se presentan los procesos, estándares e indicadores controlados por área del hospital del interés del presente trabajo. La tabla N°1 introduce los procesos y estándares controlados dentro del área de toco-quirúrgico a través del uso de indicadores. Además, denota el umbral para que sea considerado como aceptable. En realidad, indica dos umbrales: inaceptable (rojo), en revisión (amarillo) cumplimiento del estándar (verde). Los indicadores de calidad suman un total de 22 indicadores. También, la tabla N° 2 y 3 presentan el encabezado y cuerpo del instrumento de recolección de datos. El encabezado describe el indicador que se está midiendo, periodicidad, responsable, unidad operativa, establecimiento e instructivo de aplicación. El cuerpo del instrumento de recolección de datos revisado presenta 12 puntos que se revisan por cada historial clínico. El incumplimiento de un punto de revisión determina el incumplimiento con dicho historial clínico. Adicional, éste sección del

instrumento de recolección de datos permite revisar el tipo de medida y cálculo del resultado que indica el cumplimiento o no del indicador.

Tabla 1

PROCESO, ESTÁNDAR E INDICADORES DEL ÁREA DE TOCO-QUIRÚRGICO. (CENTRO DE SALUD

MATILDE HIDALGO DE PROCEL, 2014B)

| Proceso | Estándar | Indicador |
|---|-----------|---|
| Estándar de entrada para la AM y RN C. P. | 1 | % Insumos esenciales atención Materna y RN. |
| | 2 | Control prenatal atendido según norma. |
| Atención del Parto | 3A | % Partos con partograma graficado y con control. |
| | 3B | % partos con decisiones frente a desviaciones de curva de partograma. |
| | 4 | % Partos con Oxitocina (manejo activo del tercer periodo). |
| P-P | 5 | % de post partos con control según la norma. |
| R.N | 6 | % de RN en los que se realizó actividades de la norma. |
| Atención Profesional | 7A | % partos atendidos por médico/a u obstetrix. |
| | 7B | % de RN atendidos por médico/a u obstetrix. |
| Complicaciones Obstétricas | 8A | % de ptes con preeclampsia, eclampsia manejada según la norma. |
| | 8B | % de Hemorragias Obstétricas manejadas según la norma. |
| | 8C | % de infecciones obstétricas manejadas según la norma. |
| | 8D | % Partos Pretermino con Corticoides prenatales. |
| | 8E | % Partos Pretermino con Nifedipina como Uteroinhibidor. |
| | 8F | % Embarazadas con Ruptura Prematura de membranas, manejadas de acuerdo a norma. |
| Complicaciones Neonatales | 9A | % RN con infección, manejados de acuerdo a la norma. |
| | 9B | % RN con Trastornos Respiratorios, manejados de acuerdo a la norma. |
| | 9C | % RN con Prematuridad, manejados de acuerdo a la norma. |
| Estándares e indicadores de Salida | 10 | Tasa de letalidad por complicaciones obstétricas directas. |
| | 11 | Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal. |
| | 12 | % de complicaciones obstétricas atendidas, de las esperadas. |
| | 13 | % de muertes maternas investigadas. |

**ESTÁNDAR E INDICADORES DEL ÁREA DE TOCO-QUIRÚRGICO MES DE MARZO
ABRIL, MAYO 2014**

| DIRECCION NACIONAL DE SALUD MATRIZ DE REPORTE ZONAL DEL MONITOREO DE LA CALIDAD MATERNO NEONATAL | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--------------------|----|-----|-------|-----|---------|------|-----|-----|
| ZONA: 8 | | | PROVINCIA : GUAYAS | | | | | | | | |
| Número de Embarazadas Asignadas al Establecimiento Se estima que un 10% de los embarazos esperados pueden llegar a complicaciones: | | | | | | | | | | | |
| Proceso | Estándar | Indicador | Marzo | | | Abril | | | Mayo | | |
| | | | N | D | % | N | D | % | N | D | % |
| Estándar de entrada para la AM y RN | 1 | % Insumos esenciales atención Materna y RN | | | | 219 | 214 | 100 | | | |
| C. P. | 2 | Control prenatal atendido según norma | 25 | 30 | 83 | 27 | 30 | 90 | 29 | 30 | 77 |
| del Parto | 3A | % Partos con partograma graficado y con control | 23 | 30 | 77 | 29 | 30 | 97 | 25 | 30 | 83 |
| | 3B | % partos con decisiones frente | 28 | 30 | 93 | 25 | 30 | 87 | 30 | 30 | 100 |
| Atención de | 3B | % partos con decisiones frente a desviaciones de curva de | 29 | 30 | 93 | 29 | 30 | 87 | 30 | 30 | 100 |
| | 4 | % Partos con Oxitocina (manejo activo del tercer periodo) | 30 | 30 | 100 | 30 | 30 | 100 | 30 | 30 | 100 |
| P-P | 5 | % de post partos con control según la norma. | 24 | 30 | 80 | 29 | 30 | 87 | 26 | 30 | 87 |
| R-N | 6 | % de RN en los que se realizó actividades de la norma | 28 | 30 | 93 | 30 | 30 | 100 | 30 | 30 | 100 |
| Atención Profesional | 7A | % partos atendidos por médica u obstetra | 27 | 30 | 90 | 30 | 30 | 100 | 30 | 30 | 100 |
| | 7B | % de RN atendidos por médica u obstetra | 29 | 30 | 97 | 30 | 30 | 100 | 30 | 30 | 100 |
| Complicaciones Obstétricas | 8A | % de partos con preeclampsia, eclampsia manejada según la norma | 4 | 6 | 67 | 0 | 0 | #DIV/0! | 8 | 8 | 100 |
| | 8B | % de hemorragias Obstétricas manejadas según la norma | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 8C | % de infecciones obstétricas manejadas según la norma. | 2 | 2 | 100 | 0 | 0 | #DIV/0! | 1 | 2 | 50 |
| Complicaciones Neonatales | 8D | % Partos Pretermino con Nifedipina como Uteroinhibidor | 24 | 25 | 96 | 30 | 30 | 100 | 24 | 24 | 100 |
| | 8E | % Embarazadas con Ruptura Prematura de membranas, manejadas de acuerdo a norma | 3 | 5 | 60 | 4 | 4 | 100 | 7 | 7 | 100 |
| 8F | % RN con Infección, manejados de acuerdo a la norma. | 3 | 4 | 75 | 12 | 14 | 86 | 8 | 8 | 100 | |

Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel Matriz de calidad Materno Neonatal MSP

DIRECCION NACIONAL DE SALUD
MATRIZ DE REPORTE ZONAL DEL MONITOREO DE LA CALIDAD MATERNO
NEONATAL
ZONA: 8 **PROVINCIA : GUAYAS**

Número de Embarazadas Asignadas al Establecimiento: 80; estima que un 15% de los embarazos reportados pueden llegar a las complicaciones:

| Proceso | Estándar | Indicador | Marzo | | | Abril | | | Mayo | | |
|---------------------------|----------|--|-------|----|-----|-------|----|-----|------|----|---------|
| | | | N | D | % | N | D | % | N | D | % |
| Complicaciones Neonatales | 9B | % RN con Trastornos Respiratorios, manejados de acuerdo a la norma | 10 | 10 | 100 | 10 | 10 | 100 | 10 | 10 | 100 |
| | 9C | % RN con Prematuridad, manejados de acuerdo a la norma | 2 | 3 | 87 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 83 |
| Indicadores | 10 | Tasa de letalidad por complicaciones obstétricas directas | | | | | | | | | #DIV/0! |

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|----|---|----|------|---------|----|------|---------|----|------|---------|
| Estándares e Indicadores de Salida | 10 | Tasa de letalidad por complicaciones obstétricas directas | | | | | | | | | #DIV/0! |
| | 11 | Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal | 0 | 503 | 0,0 | 1 | 493 | 0,2 | 4 | 568 | 0,7 |
| | 12 | % de complicaciones obstétricas atendidas, de las esperadas | 68 | 17,0 | 147,5 | 73 | 27,0 | 148,5 | 81 | 17,0 | 154,0 |
| | 13 | % de muertes maternas | 0 | 0 | #DIV/0! | 0 | 0 | #DIV/0! | 0 | 0 | #DIV/0! |

Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel Matriz de calidad Materno Neonatal MSP

Tabla 2

FORMATO EJEMPLO DEL ENCABEZADO DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS. (CENTRO DE SALUD MATILDE HIDALGO DE PROCEL, 2015A)

| ESTÁNDAR E INDICADOR DE PROCESO: CONTROL PRENATAL | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|
| 2. Porcentaje de mujeres embarazadas en cuyo control prenatal (en cualquier semana de gestación) se le realizaron y registraron actividades seleccionadas según la norma. | | | |
| Provincia | | Fecha de la medición | |
| Área de Salud | | Mes evaluado: | |
| Unidad Operativa | | Responsable de la medición | |
| INSTRUCTIVO: • Verifique en la historia clínica (formularios: 051 las actividades 1 a la 5, y de los formularios 006/02, 005/03 y otros; las actividades 6 a la 12) si el proveedor de salud aplicó y registró las actividades seleccionadas según la Norma. El estado nutricional (diagnóstico) puede estar anotado en la nota de evolución o mercado en el formulario de GISVAN, en menores de 10 semanas de gestación no es aplicable. En mujeres embarazadas de menos de 20 semanas de gestación no se realiza actividad del ítem 3 por no ser aplicables. | | | |

Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel Matriz de calidad Materno Neonatal MSP

Capítulo III

Diseño Metodológico

El presente capítulo describe y define las características de la investigación realizadas, desde el tipo de estudio realizado hasta las técnicas utilizadas. También incluye la población y composición de muestra a utilizar.

3.1. Tipo de Estudio

Se realizó un estudio descriptivo transversal con base en el análisis del SIP y los estándares e indicadores de calidad del Ministerio de Salud Pública.

3.2.- Área de Estudio

Servicio de Toco-quirúrgico del Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

3.3. Universo de Estudio

El universo lo constituyeron las mujeres en etapa preparto, parto y puerperio del Servicio de Toco-quirúrgico del Hospital Matilde Hidalgo de Procel. Así como niños y niñas menores de 28 días nacidos.

Una investigación descriptiva es aquella donde existe una manipulación de variables, debido a que estas se observan y se describen tal como se presentan en su ambiente natural (Arias, 1999).

Una investigación de corte Transversal, se refiere a aquella que se realiza en un tiempo específico. Dicha investigación se realiza en un lapso corto de tiempo y captura solamente la situación específica de ese momento (Grajales, 2000).

Es investigación de enfoque cualitativo que se basa en el análisis subjetivo e individual, es decir, que la investigación se vuelve interpretativa y referida a lo particular. (Strauss y Corbin, 2002).

3.2. Técnica de Investigación

Se realiza análisis documental y encuestas:

3.2.1.- Instrumentos de la recolección de datos

Historia Clínica Perinatal (Formulario 051) (Anexo 1), de acuerdo con las normas del MSP.

Estándares e Indicadores de Calidad de la Atención Materno Neonatal del MSP.

Base de Datos del Sistema Informático Perinatal (SIP).

Historias Clínicas, libro de egresos hospitalarios, libro de partos.

Cuestionario.

Las variables de análisis corresponden a la atención materna y perinatal, fueron operativizadas y constan en las Normas del Ministerio de Salud Pública del Componente Normativo Materno y Neonatal; y las variables para evaluar la Calidad de la Atención Materno – Neonatal constan en el Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de Atención Materno-Neonatal.

Con respecto a la revisión de las 162 Historias Clínicas es un elemento fundamental de todo proceso investigativo. La técnica consiste en revisión de las carpetas que ya fueron atendidas y verificar sobre el manejo de la matriz de atención de calidad en materno neonatal y ver su cumplimiento, tomar información y registrarla para su posterior análisis.

3.3. Muestra

Dentro de la población de la investigación se considera a los pacientes que acuden al Hospital Matilde Hidalgo de Procel para ser atendidas en el área de toco quirúrgico. La muestra se considera toda la población durante el tiempo establecido para dicha investigación, que son desde Marzo hasta Mayo del año 2014.

3.4. Población

La población considerada para el presente estudio con respecto a la encuestas es la población madres embarazadas de influencia al área de Toco quirúrgico. Estos son personal encargado de prestar el servicio al usuario y el usuario receptor de dicho servicio. Ambos grupos poseen características sociales, culturales, y con fines en la misma actividad laboral.

El personal involucrado se lo consideró personas encuestadas a todas las madres que ingresaron área de toco-quirúrgico, la revisión de las Historias clínicas pacientes atendidos durante el período de la investigación.

Con respecto a la técnica de observación, se seleccionó estándares de calidad de la misma área de atención, como lo es toco quirúrgico, así como, de otras áreas de atención. Los entornos de aplicación de dichos estándares también fueron considerados para la selección de los mismos. Sin embargo, la disponibilidad de los documentos fue el principal criterio de selección.

3.5. Proceso metodológico seguido para la verificación de resultados.

La recolección de la información se la realizó mediante la aplicación de encuestas a los involucrados en la investigación y la revisión de las Historias Clínicas. Se verificó que

aquellos resultados concordaran con los informes y procedimientos que se realizan a diario en el departamento de calidad del Hospital analizado. Se sometió los resultados a pruebas de análisis matemáticos y estadísticos, tales como promedio, porcentaje, media, entre otros. En el Anexo N°1 se detalla el modelo de los indicadores de los estándares de la calidad de atención matriz materna neonatal y las encuesta a los usuarios que fueron atendidos.

El ordenamiento de los datos y obtención de los resultados se determinó por medio del programa informático Microsoft Excel, mismo que permitió obtener tablas porcentuales, de la misma manera se utilizó gráficos porcentuales que posteriormente serán interpretados, para respaldar el presente trabajo de investigación.

Luego de haber realizado la encuesta se procedió a tabular las respuestas para extraer la información de forma ordenada.

Resultados

El capítulo actual tiene como objetivo detallar los resultados de las revisiones retrospectivas de los expedientes de las usuarias y las observaciones realizadas a los trabajadores de la salud y la área Toco Quirúrgico del Hospital analizado.

Presentación, Tabulación y Análisis de Datos de los estándares e indicadores de las Historias Clínicas llenadas por los profesionales de la Salud

A continuación se detallan los resultados y análisis de las revisiones retrospectivas de los expedientes clínicos de las usuarias del Área de Toco Quirúrgico del Hospital analizado. El anexo 1 contiene el formato de matriz de Atención de Calidad Materno Neonatal utilizado en el presente proyecto.

De la recolección los indicadores de los estándares de la matriz Calidad de atención

Monitoreo de Calidad Atención Materno Neonatal se realizó revisión de las carpetas con 13 estándares que se aplican dentro de Toco-quirúrgico

1. Estándar.- 8. Toda mujer embarazada en su control prenatal recibe consejería en prenatal según guía
2. Estándar.- 9. Toda mujer en trabajo de parto tendrá su partograma lleno e interpretado correctamente
3. Estándar.- 10. Sala de parto y de reanimación con insumos básicos para la atención de partos y recién nacidos normales y con complicaciones
4. Estándar.- 11. Toda Mujer con parto institucional recibirá uterotónicos como parte del Manejo Activo del Tercer Período del Parto
5. Estándar.- 12. Toda mujer es vigilada en el cuarto período del parto según guía

6. Estándar.- 13. Toda mujer post-parto antes del alta recibe evaluación clínica según guía
7. Estándar.-14. Toda mujer en el post-parto recibe control según guía
8. Estándar.- 15. Toda Infección puerperal debe ser manejada según guía
9. Estándar.- 16. Toda Mujer con hemorragia obstétrica debe ser manejada según guía
10. Estándar.- 17. Toda mujer con Pree-clampsia grave/Eclampsia debe ser manejada según guía
11. Estándar.- 18. Todo neonato normal recibe atención inmediata al nacer según guía
12. Estándar 25. A todo paciente hospitalizado en riesgo prevenible de desarrollar IAAS, se le cumplen las medidas de prevención
13. Estándar.-28. Toda lista de verificación del programa de cirugía segura debe estar completamente llena en toda cirugía electiva

Tabla 4***Estándar 8.Toda mujer post-aborto debe recibir consejería en PF (4 criterios)***

| CRITERIOS | Numera dor | Denomin ador | Umbral | % |
|--|---------------|-----------------|--------|----|
| 1.Registró el diagnóstico de post-aborto | 140 | 162 | 100 | 86 |
| 2.Registró la consejería en el expediente clínico | 81 | 162 | 100 | 50 |
| 3. Registró y entregó el método de planificación familiar elegido por la paciente o la referencia consignada en expediente clínico | 108 | 162 | 100 | 67 |
| 4.El método adoptado por usuaria es con base a su situación clínica y categorización de OMS | 120 | 162 | 100 | 74 |

Estándar 8.- Toda mujer en post aborto debe recibir consejería para planificación familiar el estándar 8 tenemos que el 50% no registran en el expediente clínico que nos marca en rojo y riesgo de no cumplir con el indicador el 67 % registro entrega de método planificación

familiar, 74% el método adoptado por usuaria con base a su situación clínica están marcadas en amarillas es decir que no toman con mucho interés la planificación familiar los trabajadores de la salud.

Tabla 5

Estándar 9. Toda mujer con riesgo de parto entre las 24 y menos de 34 sem de gestación recibe dos dosis de Betametasona 12 mg IM cada 24 horas.

| CRITERIOS | Numerador | Denominador | Umbral | % |
|---|-----------|-------------|--------|----|
| 1. Cumplimiento de 1a dosis de esteroides. | 142 | 162 | 100 | 90 |
| 2. Cumplimiento de dosis subsecuentes de esteroides | 142 | 162 | 100 | 90 |
| 3. Registro en HCP en corticoides antenatales. | 140 | 162 | 100 | 86 |

Estándar 9.- Toda mujer con riesgo de parto entre las 24 y 34 semanas de gestación deben recibir la dosis de Betametasona se cumple con el 90% a las pacientes y 86 % no lo registran en la historia clínica en la hoja de Kárdex por parte de enfermería debido a la demanda de pacientes y poco profesional que labora en esta área.

Tabla 6

Estándar 10. Toda mujer en post parto previo al alta recibe una evaluación clínica y referencia según 9 criterios

| CRITERIOS | Numerador | Denominador | Umbral | % |
|---|-----------|-------------|--------|----|
| 1. Frecuencia cardíaca. | 151 | 162 | 100 | 93 |
| 2. Tensión arterial. | 151 | 162 | 100 | 93 |
| 3. Temperatura. | 108 | 162 | 100 | 67 |
| 4. Involución uterina. | 147 | 162 | 100 | 90 |
| 5. Sangrado/loquios. | 135 | 162 | 100 | 83 |
| 6. Estado de mamas. | 108 | 162 | 100 | 67 |
| 7. Estado de la herida (cesárea o episiotomía). | 130 | 162 | 100 | 80 |
| 8. horas del post parto. | 53 | 162 | 100 | 32 |
| 9. Referencia a control postparto. | 151 | 162 | 100 | 93 |

Estándar 10.- De los 9 criterios de la mujer post parto previa el alta deben recibir evaluación clínica y referencia tenemos que el 67% no toman la temperatura por falta del material y la

revisión de mamas quizás por temor de la paciente o el profesional en tocarla, y no se cumple con las horas post parto ya que son dadas de alta antes de las 24h como indica el protocolo MSP. Con 32% de cumplimiento

Tabla 7

Estándar 11. Toda mujer en trabajo de parto tendrá su partograma llenado, interpretado y aplicado correctamente según condición obstétrica.

| CRITERIOS | Numera dor | Deno minad or | Umbral | % |
|---|---------------|---------------------|--------|-----|
| 1.Existe Partograma | 162 | 162 | 100 | 100 |
| CONTROLO Y REGISTRO COMPLETA Y CORRECTAMENTE LOS SIGUIENTES DATOS: | | | | |
| 2. Frecuencia cardíaca fetal | 147 | | 100 | 90 |
| 3. Estado de las membranas y lo representó apropiadamente C= Claro, I= Integras, M=Meconial, A= Ausente | 108 | | 100 | 67 |
| 4. Grado de moldeamiento fetal (0,+,++ o +++) | 130 | | 100 | 80 |
| 5. El punto de partida de la línea de alerta con la dilatación y hora correcta (4 cms o más de dilatación y hora militar) | 135 | | 100 | 83 |
| 6. Gráfico adecuada y completamente la curva real de dilatación de la embarazada (Desde la Línea de Alerta hasta el parto o Si inició en fase de latencia con un Bishop >7 cm trasladando los datos a la línea de Alerta al tener 4 cm o más de dilatación) | 130 | | 100 | 80 |
| 7. Descenso de la presentación con variedad de presentación | 130 | | 100 | 80 |
| 8. Actividad uterina (Frecuencia, intensidad y duración) | 135 | | 100 | 83 |
| 9. Signos vitales maternos (TA, pulso y Temperatura) | 108 | | 100 | 67 |

Estándar 11.- Toda mujer en trabajo de parto debe tener el parto grama en toco-quirúrgico con el 100% ingresan con su Historia Clínica habiendo un déficit de llenado ya que todos los datos no son llenados así tenemos 67% de signos vitales (Presión arterial, pulso y temperatura) 67% Estado de las membranas y lo representó apropiadamente C= Claro, I=

Integras, M=Meconial, A= Ausente, 80% Descenso de la presentación, grado de moldeamiento fetal grafico adecuado y completamente la curva real de dilatación siendo estos que se encuentran en zona amarilla.

Tabla 8

Toma de decisiones de acuerdo al partograma según caso clínico

| DOCUMENTÓ LA TOMA DE DECISIONES DE ACUERDO AL PARTOGRAMA SEGÚN EL CASO CLÍNICO | Numerador | Denominador | Umbral | % |
|---|------------------|--------------------|---------------|----------|
| 10. A la derecha de la Línea de Acción realizó un vigilancia más cercana del trabajo de parto (MFE registrado en el expediente) | 135 | 162 | 100 | 83 |
| 11. Al llegar a la curva de Acción re-valoró el caso con una segunda opinión, descartó desproporción céfalo-pélvica y lo constató en el expediente | 108 | 162 | 100 | 67 |
| 12. Si descartó una DCP, aplicó manejo activo del trabajo de parto según caso (Conducción si actividad uterina es inadecuada, Hidratación, sedación, decúbito lateral y vaciado vesical si es necesario) | 135 | 162 | 100 | 83 |
| 13. Revaloró el caso máximo 2 horas después de cruzar la Línea de Acción documentando la segunda opinión e indicó cesárea SI NO PRESENTÓ PROGRESO de la dilatación o el descenso de la presentación fetal | 135 | 162 | 100 | 83 |

Estándar 11.- Toma de decisiones de acuerdo al partograma 67% en la curva de Acción re-valoró con una segunda opinión no lo constato en el expediente 83% si se descartó una Distocia céfalo pelviana, Revaloró el caso máximo en 2 horas después de cruzar la línea de Acción.

Tabla 9

Estándar 12 Toda mujer con parto institucional recibirá uterotónicos como parte del Manejo Activo del Tercer Período (MATEP)

| CRITERIOS | Numera dor | Denomi nador | Umbral | % |
|---|---------------|-----------------|--------|-----|
| 1. Oxitocina 10 UI IM | 162 | 162 | 100 | 100 |
| 2. Tracción y contra tracción controlada del cordón umbilical (aprovechando la contracción uterina) | 135 | 162 | 100 | 83 |
| 3. Masaje uterino inmediatamente después del alumbramiento | 151 | 162 | 100 | 93 |
| 4.Registro correcto en HCP en la casilla de uterotónicos pre-alumbramiento | 119 | 162 | 100 | 73 |

Estándar.- 12 Toda mujer con parto usara uterotónicos, la tracción y contra tracción controlada del cordón umbilical 83% y 73% registran correcto en la Historia Clínica en la casilla de uterotónicos pre alumbramiento cumplen con el 100% y con el masaje uterino inmediatamente después del alumbramiento 93%.

Tabla 10

Estándar 13. Toda mujer en el cuarto período del parto es vigilada en las primeras 2 horas, con base a 3 criterios, según guía

| CRITERIOS | Numera dor | Denomi nador | Umbral | % |
|---|---------------|-----------------|--------|----|
| 1.Registro de la hora | 108 | 162 | 100 | 67 |
| 2. Tensión arterial, pulso, control de sangramiento y contractilidad uterina: cada 15 minutos (N°4) y cada 30 minutos (N°2) | 108 | 162 | 100 | 67 |
| 3. Estado de herida operatoria/episiotomía cada hora (N°2) | 108 | 162 | 100 | 67 |

Estándar.- 13 Toda mujer en el cuarto periodo del parto es vigilada las 2 primeras horas tenemos un 67% no registran las hora, la tensión arterial, pulso control de sangramiento y

contractibilidad uterina cada 15 minutos a 30 minutos, condición de la herida y episiotomía cada hora dándonos en zona roja donde se debe poner precaución con estos indicadores.

Tabla 11

Estándar 14. Sala de partos y reanimación cuenta con el 100% de insumos, equipo y medicamentos básicos para la atención de materna, recién nacidos sanos y con complicaciones

| CRITERIOS | PRIMER TRIMESTRE | | | |
|--|------------------|-----------------|--------|----|
| | Numerador | Denomina dor | Umbral | % |
| Número de insumos, equipos y medicamentos básicos con los que cuenta la sala de partos según lista de chequeo | 55 | 63 | 100 | 87 |
| Número de insumos, equipos y medicamentos básicos con los que cuenta la sala de reanimación según lista de chequeo | 38 | 51 | 100 | 74 |

Estándar.- 14 Sala de parto cuentan con 87% en insumos, equipos y medicamentos y 74% en sala de reanimación según listado de chequeo lo cual es de cuidado si la falta de insumos equipos, medicación en sala de parto o reanimación ponen el riesgo la vida de la madre y el recién nacido.

Tabla 12

Estándar 15. Toda mujer con infección puerperal debe ser manejada según guía

- Manejo Inicial De Infección Por Causa Obstétrica

- Aborto Séptico Mastitis

- Endometritis Post Parto Post Cesárea

- Infección De Heridas Operatoria Abscesos Pélvicos

| |
|---|
| X |
|---|

- Tromboflebitis Pélvica Shock Séptico

| DETECTADA LA MORBILIDA; EN TODA PATOLOGIA AL INICIO DEBERA DE EVALUAR LOS SIGUIENTES CRITERIOS | Numerador | Denominador | Umbral | % |
|---|------------------|--------------------|---------------|----------|
| 1. Días post parto o post aborto en que presenta la infección/ fiebre | 12 | 30 | 100 | 40 |
| 2. Tensión Arterial. | 28 | 30 | 100 | 93 |
| 3. Pulso | 28 | 30 | 100 | 93 |
| 4. Estado de conciencia. | 30 | 30 | 100 | 100 |
| 5. Frecuencia respiratoria. | 27 | 30 | 100 | 90 |
| 6. Temperatura | 27 | 30 | 100 | 90 |
| 7. Presencia de loquios fétidos | N/A | 30 | 100 | N/A |
| 8. Signos de infección en herida operatoria o canal vaginal. | 30 | 30 | 100 | 100 |
| 9. Involución uterina. | 25 | 30 | 100 | 83 |
| 10. Examen de mamas (si aplica). | N/A | 30 | 100 | N/A |
| 11. Evaluación por especialista o médico de mayor jerarquía al ingreso. | 26 | 30 | 100 | 86 |

| PRUEBAS DE LABORATORIO: - - - - | Numerador | Deno minad or | Umbral | % |
|--|------------------|------------------------------|---------------|----------|
| 12. Hemograma completo (Ht, Hb, Leucograma + plaquetas) | 30 | 30 | 100 | 100 |
| 13. Típo Rh. | 30 | 30 | 100 | 100 |
| 14. Prueba cruzada. | 12 | 30 | 100 | 40 |
| 15. Eritrosedimentación | N/A | | | |
| 16. Proteína C reactiva. | N/A | | | |
| 17. Prueba del tubo o Lee White. | | | | |
| 18. Fibrinógeno | | | | |
| 19. TP, TPT, TT. | | | | |
| 20. Cultivos. | 15 | 30 | 100 | 50 |
| MANEJO TERAPÉUTICO - - - - | Numerador | Denom inador | Umbral | % |
| 21. Toma de signos vitales por turno | 20 | 30 | 100 | 66 |
| 22. Uso de medios físicos | 20 | 30 | 100 | 66 |
| 23. Uso de analgésicos / antipiréticos | 28 | 30 | 100 | 93 |
| 24. Uso de líquidos endovenosos y cumplimiento, según prescripción | 24 | 30 | 100 | 80 |
| 25. Prescripción de antibióticos adecuados según guía clínica | 25 | 30 | 100 | 83 |
| 26. Evaluación por especialista o médico de mayor jerarquía dentro de las 12 | 22 | 30 | 100 | 73 |
| 27. Valoración de cambio de antibióticos a las 72 horas si la paciente no mejoró | 8 | 30 | 100 | 26 |
| 28. Exploración de drenaje y curación de herida operatoria | 19 | 30 | 100 | 63 |
| 29. Cumplimiento de heparina profiláctica | N/A | 30 | 100 | |
| 30. Referencia al hospital que corresponde | N/A | 30 | 100 | |

| REFERENCIA A NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD SEGÙN PATOLOGÌA | Numerador | Denominador | Umbral | % |
|--|------------------|--------------------|---------------|----------|
| 31. Traslado oportuno a otro establecimiento | N/A | | 100 | 0 |
| 32. Estabilización de la paciente previa al traslado. | N/A | | 100 | 0 |
| 33. Cumplimiento de 1a. dosis de antibióticos. | 30 | 30 | 100 | 100 |
| 34. Coordinación de referencia con establecimiento de mayor complejidad. | N/A | | | |
| 35. Traslado acompañado por personal de salud según condición. | N/A | | | |
| 36. Traslado en ambulancia | N/A | | | |
| MANEJO QUIRÙRGICO - - - - - | Numerador | Denominador | Umbral | % |
| 37. Realización de algùn procedimiento quirùrgico incluyendo histerectomía según condición (Legrado, AMEU, Laparotomía, desbridamiento de herida, re sutura de herida operatoria). | 30 | 30 | 100 | 100 |
| RESULTADO DEL MANEJO: - - - - - | Numerador | Denominador | Umbral | % |
| 38. Antibiótico con base al antibiograma | 15 | 30 | 100 | 50 |
| 39. Cumplimiento de medicamentos a la hora | 20 | 30 | 100 | 66 |
| 40. Establecimiento del origen de la infección: (Caso de cirugía o parto vaginal) | 30 | 30 | 100 | 100 |
| 41. Mejoró (Aplica 1) | 30 | 30 | 100 | 100 |
| 42. Falleció (Aplica 0) | | | | |

Apéndice B

Resultado de manejo en heridas infectadas intrahospitalaria nos refleja en zonas rojas pruebas de laboratorio con el 40% Toma de signos vitales por turno. Uso de medios físicos, 66% Evaluación por especialista o médico de mayor jerarquía dentro de las 12 con 67% Valoración de cambio de antibióticos a las 72 horas si la paciente no mejoró 26% Exploración de drenaje y curación de herida operatoria 63% Antibiótico con base al antibiograma 50% Cumplimiento de medicamentos a la hora 66%

Tabla 13

Estándar 16. Toda mujer con hemorragia obstétrica debe ser manejada según guía

Placenta Previa - Abrupto de placenta - Atonía Uterina - Desgarros de cérvix, vagina y perineales - Ruptura uterina - Retención placentaria - Inversión uterina - Aborto

| |
|---|
| X |
|---|

| AL INICIO DE DETECTADA LA MORBILIDA; EN TODO PATOLOGIA DEBERA DE EVALUAR LOS SIGUIENTES CRITERIOS | Numera dor | Denomi nador | Umbral | % |
|--|-----------------------|-------------------------|---------------|----------|
| 1. Edad gestacional/parto. | 30 | 30 | 100 | 100 |
| 2. Tensión Arterial | 28 | 30 | 100 | 93 |
| 3. Pulso. | 28 | 30 | 100 | 93 |
| 4. Determinó si existe shock hipovolémico y lo trató. | 28 | 30 | 100 | 93 |
| 5. Evaluación inmediata por médico obstetra de mayor experiencia, máximo 15 minutos después del ingreso. | 20 | 30 | 100 | 66 |
| 6. Toma de 2 venas con catéter N° 18 con lactato de Ringer o SSN | 15 | 30 | 100 | 50 |
| 7. Colocación de sonda vesical y realizo Bh y cuantifico la diuresis horaria. | 25 | 30 | 100 | 83 |
| 8. Indicó en el post-parto o post quirúrgico: Hemograma, plaquetas y pruebas de coagulación seriadas. | N/A | 30 | 100 | |
| 9. Indicó antibióticos profilácticos. | 30 | 30 | 100 | 100 |

Estándar.- 16 Toda mujer con hemorragia obstétrica debe ser manejada según guía se verifica manejo de abortos ya que son pacientes que ingresan sangrando la toma de 2 venas con catéter 18 es 50% y el 80% Evaluación inmediata por médico obstetra de mayor experiencia, máximo 15 minutos después del ingreso

Tabla 14

Estándar 17. Toda mujer con pre-eclampsia grave/eclampsia debe ser manejada según guía

| AL INICIO DE DETECTADA LA MORBILIDAD, DETERMINACIÓN DE | Numerador | Denomina dor | Umbral | % |
|---|-----------|-----------------|------------|-----|
| 1. Edad gestacional/parto. | 14 | 14 | 100 | 100 |
| 2. Tensión Arterial (Identificación de TA diastólica 110 mmHg y TA sistólica 160 mmHg después de las 20 sem gestación). | 13 | 14 | 100 | 93 |
| 3. Frecuencia respiratoria. | 12 | 14 | 100 | 85 |
| 4. Convulsiones. | 13 | 14 | 100 | 93 |
| 5. Proteinuria (2-3 gr en orina de 24hr ó 3 a 4 + en tira reactivas con orina al azar (500gr) | 12 | 14 | 100 | 85 |
| 6. Describió ROT. | 12 | 14 | 100 | 85 |
| 7. Auscultó FC cada hora | 13 | 14 | 100 | 93 |
| PRUEBAS DE LABORATORIO | Numerador | Denomi nador | Umbra l | % |
| 8. Hemograma completo | 14 | 14 | 100 | 100 |
| 9. Frotis de sangre periférica. | | | | |
| 10. Tipo y RH, Prueba Cruzada | | | | |
| 11. Pruebas de coagulación: TPT, TP, TT, Fibrinógeno y prueba del tubo. | | | | |
| 12. Pruebas renales Nitrógeno Ureico, Ácido Úrico y Creatinina | 11 | 14 | 100 | 78 |

13. Pruebas hepáticas: Transaminasas,
Bilirrubinas, LDH, proteínas séricas

| MANEJO CLÍNICO | Numerador | Denomina dor | Umbral | % |
|--|-----------------------|-------------------------|--------------------|----------|
| 14. Diagnóstico y clasificación según guía. | 14 | 14 | 100 | |
| 15. Valoración por médico especialista o de mayor experiencia máximo media hora después del ingreso. | 8 | 14 | 57 | |
| 16. Uso de sonda vesical posterior a impregnación con SO4Mg. | 14 | 14 | 100 | |
| GUÍA PARA CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO DE SO4MG | Numerado r | Denomi nador | Umbr al | % |
| 17. Dosis de impregnación método Zuspan: 4.5 gr, diluir 3 ampollas de SO4Mg al 50 % en 1 litro de dextrosa al 5 % a pasar 300 cc a 999 cc/hr por bomba de infusión + ó - en 15 minutos | 14 | 14 | 100 | 100 |
| 18. Dosis de mantenimiento Zuspan: 1.5 gr/dl cumplir de la dilución anterior 100 cc/ hora en bomba de infusión | 13 | 14 | 100 | 93 |
| 19. Inicie la administración de sulfato de magnesio a dosis de impregnación, según esquema. | 14 | 14 | 100 | 100 |
| ECLAMPSIA | Numerador | Denomi nador | Umbra l | % |
| 20. Si la paciente continua convulsionando administre sulfato de magnesio al 20% (2gr) por vía endovenosa en 5-10 min. Máximo 2 dosis. La dosis de mantenimiento en estos casos deberá ser de 2 a 3 gr cada hora IV. | 14 | 14 | 100 | 100 |

Apéndice C

| ESTATUS CONVULSIVO | Numerador | Denominador | Umbral | % |
|--|------------------|--------------------|---------------|----------|
| 21. Impregnación: Difenhidantoína 1gr IV # 1 dividido en dosis fraccionadas. | 14 | 14 | 100 | 100 |
| 22. Mantenimiento: Difenhidantoína 250 mg IV c/8hr por 24 horas. Luego 125 mg. IV c/8hr por 48 horas. | 14 | 14 | 100 | 100 |
| 23. Si a pesar de las medidas anteriores persiste la convulsión proceda a administrar anestesia general e intubar. | N/A | | | |
| CONTROL CLÍNICO MÉDICO PREVIO A APLICACIÓN DE SO4MG | Numerador | Denominador | Umbral | % |
| 24. ROT cada 4 horas. | 10 | 14 | 100 | 71 |
| 25. Diuresis 30 cc x hora. | 10 | 14 | 100 | 83 |
| 26. Estado de conciencia cada hora. | 14 | 14 | 100 | 100 |
| 27. Frecuencia respiratoria: cada 30 min. 14 resp. x minuto | 10 | 14 | 100 | 83 |
| 28. Aplicación de SO4Mg hasta 24 hrs postparto o posterior a la Última convulsión | 14 | 14 | 100 | 100 |
| 29. FC cada hora. | 13 | 14 | 100 | 93 |

Apéndice D

| USO DE ANTIHIPERTENSIVOS: Manejo de hipertensión (Si TAS >o = a 200 mm de Hg ó TAD >o = 110 mmHg) | Numerador | Denominador | Umbral | % |
|--|------------------|--------------------|---------------|----------|
| 30. Hidralazina 5 a 10 mg EV en bolo, repetir cada 15 a 20 minutos hasta un máximo de 30-40 mg (5mg, Repetir 5 mg, luego 10 y 10 si persiste TAD mayor o = a 110 mmHg Ó TAS mayor o = 200 mmHg) | 11 | 14 | 100 | 78 |
| 31. Si después de la tercera dosis de Hidralazina en bolus paciente persiste con TAD 110mmHg, inició infusión continua de Hidralazina o Nitroglicerina. | 9 | 14 | 100 | 64 |
| 32. Mantuvo la TA diastólica entre 90 y 100 mmHg. | 12 | 14 | 100 | 85 |
| Manejo clínico de madre y producto | Numerador | Denominador | Umbral | % |
| 33. Parto vaginal o cesárea independientemente de la edad gestacional, estabilizando a la madre en un máximo de 8 hrs, según evaluación: · Tensión arterial se vuelve inestable · Deterioro del estado materno o fetal | 10 | 14 | 100 | 71 |
| 34. Cumplió con Maduración pulmonar fetal: Betametasona 12mg IM cada 24 hrs por 2 días o en su defecto Dexametasona 6mg IM cada 12hrs en #4 o (embarazos de 24 y menor de 3 semanas). | 12 | 14 | 100 | 85 |
| 35. El parto fue atendido por médico de mayor experiencia y personal capacitado. | 11 | 14 | 100 | 78 |

Apéndice E

| REFERENCIA A NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD | Numerador | Denomina dor | Umbral | % |
|---|------------------|-------------------------|---------------|----------|
| 36. Cumplimiento de esquema de impregnación de SO4Mg. | 14 | 14 | 100 | 100 |
| 37. Colocación de sonda vesical. | 14 | 14 | 100 | 100 |
| 38. Traslado acompañado por personal de salud. | 14 | 14 | 100 | 100 |
| 39. Traslado en ambulancia | 14 | 14 | 100 | 100 |
| ALTA Y SEGUIMIENTO DE CASO | Numerador | Denomina dor | Umbral | % |
| 40. Estabilización de SV (TA: 140/90 o menos). | 14 | 14 | 100 | 100 |
| 41. Normalización de la función hematológica, renal y hepática. | 12 | 14 | 100 | 85 |
| 42. Control con ginecólogo o internista en 1 ó 2 semanas | 6 | 14 | 100 | 42 |
| RESULTADO DEL MANEJO | Numerador | Denomina dor | Umbral | % |
| 43. Mejoró (Aplica 1) | 12 | 14 | 100 | 85 |
| 44. Falleció (Aplica 0) | | | | |

Apéndice F

El estándar 17. Mujer embarazada con pre-eclampsia grave/eclampsia los indicadores que se tiene en rojo son Valoración por médico especialista o de mayor experiencia máximo media hora después del ingreso, Si después de la tercera dosis de Hidralazina en bolus paciente

persiste con TAD 110mmHg, inició infusión continua de Hidralazina o Nitroglicerina,
Control con ginecólogo o internista en 1 ó 2 semanas con 66%

Tabla 15

Estándar 18. Todo neonato normal recibe atención inmediata al nacer según guía

| CRITERIOS | Numera dor | Deno mina dor | Umbr a l | % |
|--|---------------|---------------------|----------------|-----|
| 1. Fecha y hora de nacimiento | 162 | 162 | 100 | 100 |
| 2. Evaluado por neonatólogos en los primeros 30 minutos de vida. | 150 | 162 | 100 | 92 |
| 3. Vitamina K en reanimación. | 162 | 162 | 100 | 100 |
| 4. Profilaxis ocular en reanimación | 162 | 162 | 100 | 100 |
| 5. Sexo. | 162 | 162 | 100 | 100 |
| 6. Peso al nacer. | 158 | 162 | 100 | 97 |
| 7. Perímetro Cefálico. | 157 | 162 | 100 | 97 |
| 8. Longitud. | 158 | 162 | 100 | 98 |
| 9. Edad gestacional al nacer. | 156 | 162 | 100 | 96 |
| 10. Peso para edad gestacional. | 145 | 162 | 100 | 89 |
| 11. APGAR. | 150 | 162 | 100 | 92 |
| 12. Se documentó si se Reanimó o no | N/A | 162 | 100 | |
| 13. Referido. | N/A | 162 | 100 | |
| 14. Defectos congénitos | 150 | 162 | 100 | 92 |
| 15. Enfermedades | N/A | | | |
| 16. Comprobó permeabilidad anal | 162 | 162 | 100 | 100 |
| 17. Fallece en reanimación | N/A | | | |

El estándar 18. Todo neonato normal recibe atención inmediata al nacer según guía se cumple todos los parámetros y están dentro de lo aceptable

Tabla 16

Estándar 25. A todo paciente hospitalizado en riesgo prevenible de desarrollar IAAS, se le cumplen las medidas de prevención

| CRITERIOS | Numerador | Denominador | Umbral | % |
|---|-----------|-------------|--------|-----|
| DATOS GENERALES - - - - - | | | | |
| 1. Edad | 91 | 91 | 100 | 100 |
| 2. Sexo | 91 | 91 | 100 | 100 |
| 3. Registro de la T° | 88 | 91 | 100 | 95 |
| 4. Signos vitales (TA, pulso, frecuencia cardíaca y respiratoria) | 86 | 91 | 100 | 94 |
| Prevenición de Infección de sitio quirúrgico - - - - - | | | | |
| 5. Identificó y trató focos infecciosos previos a la cirugía | 87 | 91 | 100 | 95 |
| 6. No rasuró, si fue necesario eliminar vello, depiló o recortó; y solo en caso absolutamente necesario rasuró inmediatamente antes de la cirugía a más tardar, una hora antes. | 70 | 91 | 100 | 76 |
| 7. Indicó y administró profilaxis antibiótica según el riesgo de infección, 30 - 60 minutos antes de la incisión; en caso de cesárea inmediatamente después de pinzado el cordón umbilical. | 60 | 91 | 100 | 66 |
| 8. Utilizó un antiséptico apropiado de efecto residual para la preparación de la piel del paciente | 85 | 91 | 100 | 93 |
| 9. Si colocó drenaje lo hizo a través de otra incisión | N/A | | | |
| Prevenición de la infección del torrente sanguíneo asociada a catéter central - - - - - | | | | |
| 10. El médico registro la colocación el CVC cumpliendo una indicación precisa según condición clínica del paciente | N/A | | | |

| Prevención de la infección del torrente sanguíneo asociada a catéter central - - - - - | Numerador | Denominador | Umbral | % |
|--|------------------|--------------------|---------------|----------|
| 11. Utilizó un antiséptico apropiado con efecto residual para preparación de la piel del paciente | N/A | | | |
| 12. Seleccionó y registró la región anatómica ideal para la inserción del catéter, según condición clínica del paciente según lineamientos | N/A | | | |
| 13. Remoción del catéter dentro de las 24 posterior a la indicación de retiro. | N/A | | | |
| Prevención de infección de vías urinarias asociado a catéter urinario permanente. - - - - - | | | | |
| 14. Colocó el catéter vesical solo cuando fue necesario y cumpliendo indicación médica y necesidad clínica | 91 | 91 | 100 | 100 |
| 15. Utilizó un antiséptico apropiado de efecto residual para la preparación de la piel del paciente, | 70 | 91 | 100 | 76 |
| 16. Retiro el catéter vesical dentro de las 24 posterior a la indicación | 40 | 91 | 100 | 43 |
| Prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica | Numerador | Denominador | Umbral | % |
| 17. Indicó y mantuvo al paciente en semicúbiteo con respaldo a 30-45°, si no está contraindicado. | N/A | | | |
| 18. Revisión y registró diario de la sedación | N/A | | | |
| 19. Destete del ventilador y extubación en forma oportuna de acuerdo a condición clínica del paciente. | N/A | | | |
| 20. Se registra en el expediente la realización de higiene de cavidad oral | N/A | | | |
| 21. Permanencia de la sonda oro gástrica o nasogástrica durante ventilación mecánica. | N/A | | | |
| 22. Se verifica la presión del manguito del tubo traqueal, dos veces al día y que los valores sean entre 20 y 25 cm de agua. | N/A | | | |

Apéndices G

| Prevención de infección materna- neonatal - - - | Numerador | Denomi | Umbral | % |
|---|------------------|---------------|---------------|----------|
| | | nador | | |
| 23. Registro en el expediente el procedimiento de aseo vulvar con jabón antiséptico y agua estéril para la atención del parto vaginal. | 20 | 91 | 100 | 21 |
| 24. Si hay diagnóstico de ruptura prolongada de membrana o de corioamnionitis, el médico aisló la cavidad abdominal con campos estériles previo a histerotomía y lavó la cavidad abdominal con SSN si hay corioamnionitis o si hay derrame de meconio | 91 | 91 | 100 | 100 |
| 25. Constata en el expediente clínico que se le enseñó a la puérpera como lavar el área vulvar posterior a la defecación para evitar infección de la episiotomía. | 10 | 91 | 100 | 10 |
| 26. Se realizó curación diaria de muñón del cordón umbilical con alcohol al 70% en el servicio de puerperio y consta en el expediente clínico | 55 | 91 | 100 | 60 |
| 27. Se registra en el expediente clínico la restricción de tactos vaginales en caso de RPM o corioamnionitis | 60 | 91 | 100 | 65 |
| Condición del o la paciente después de 72 horas del procedimiento | 91 | 91 | 100 | 100 |
| 28. El paciente no desarrolló IAAS después de 72 hrs. del procedimiento | 60 | 91 | 100 | 65 |
| 29. El médico tratante diagnostica, registra en el expediente clínico y notifica pacientes con infección de manera oportuna al Comité | 50 | 91 | 100 | 54 |

Apéndice H

A todo paciente hospitalizado en riesgo prevenible de desarrollar IAAS, se le cumplen las medidas de prevención son:

No rasuró, si fue necesario eliminar vello, depiló o recortó; y solo en caso absolutamente necesario rasuró inmediatamente antes de la cirugía a más tardar, una hora

antes. 76% las pacientes llegan directo de su casa las programadas o las pacientes ingresan por emergencia se las prepara pero por demanda de pacientes esperan horas para la cirugía.

Indicó y administró profilaxis antibiótica según el riesgo de infección, 30 - 60 minutos antes de la incisión; en caso de cesárea inmediatamente después de pinzado el cordón umbilical. 66% si se aplica la paciente tiene que esperar horas para la cirugía

Retiro el catéter vesical dentro de las 24 posterior a la indicación 40% las pacientes son dadas de alta a las 24 horas y se saca la sonda antes del tiempo estipulado

Registro en el expediente el procedimiento de aseo vulvar con jabón antiséptico y agua estéril para la atención del parto vaginal 21% se realiza el lavado pero no hay registro en la Historia Clínica.

Constata en el expediente clínico que se le enseñó a la puérpera como lavar el área vulvar posterior a la defecación para evitar infección de la episiotomía 10% no hay constancia en Historia Clínica.

Se realizó curación diaria de muñón del cordón umbilical con alcohol al 70% en el servicio de puerperio y consta en el expediente clínico Historia Clínica 60% en los reportes de Enfermería.

Se registra en el expediente clínico la restricción de tactos vaginales en caso de RPM o corioamnionitis 65%.

El paciente no desarrolló IAAS después de 72 hrs. del procedimiento 65%

El médico tratante diagnostica, registra en el expediente clínico y notifica pacientes con infección de manera oportuna al Comité 50%

Tabla 17

Estándar.- 28 Toda paciente a la que se le realizó cirugía electiva se le aplicó lista de verificación del programa de cirugía segura

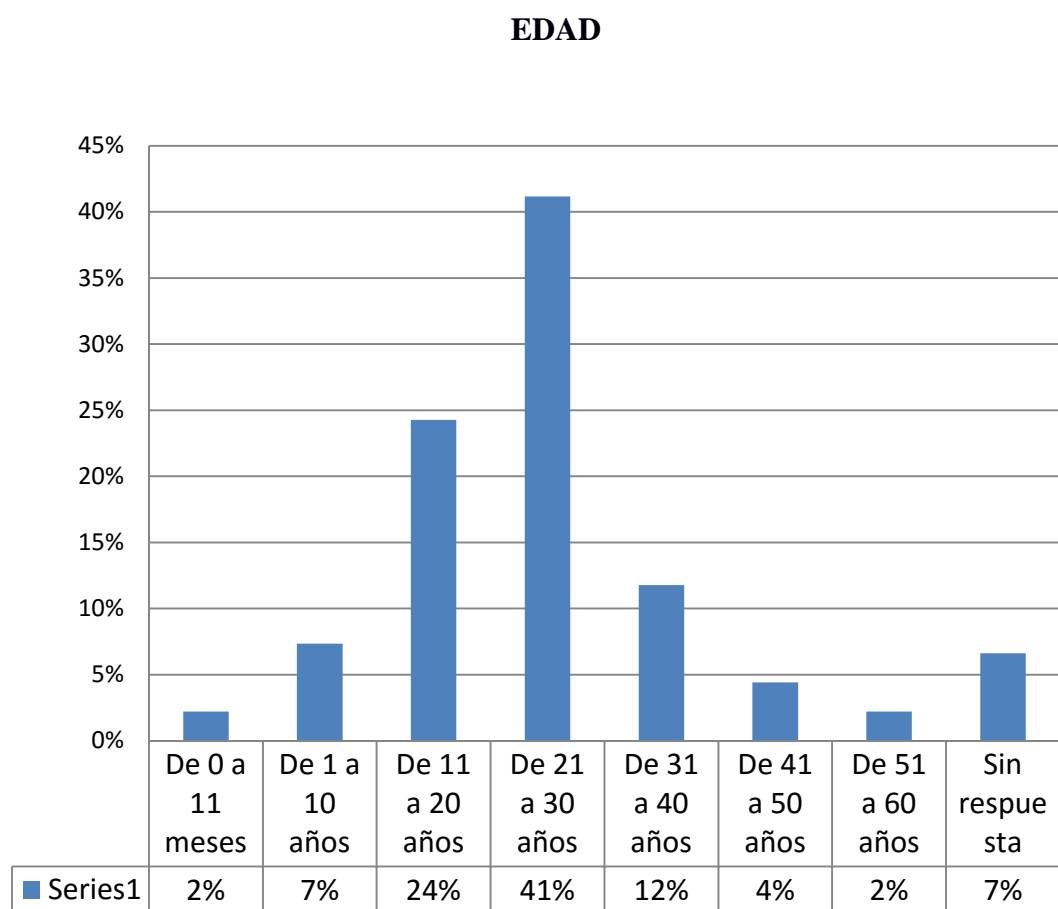
| CRITERIOS | Numerador | Denominador | Umbral | % |
|---|-----------|-------------|--------|-----|
| PACIENTE Y ANESTESIOLOGO | | | | |
| 1. Tiene hoja de lista de verificación de cirugía segura | 78 | 91 | 100 | 85 |
| 2. Se confirmaron datos patronímicos del paciente, el procedimiento y su consentimiento | 85 | 91 | 100 | 93 |
| 3. Se corroboró que las máquinas y el equipo de anestesia funcionen apropiadamente | 90 | 91 | 100 | 98 |
| 4. Colocó el oxímetro de pulso y capnógrafo | 90 | 91 | 100 | 98 |
| 5. Administró antibióticos profilácticos en la última hora | 60 | 91 | 100 | 66 |
| 6. Documentó alergias o vía área difícil o riesgo de hemorragia | 80 | 91 | 100 | 87 |
| CIRUJANO | | | | |
| 7. Confirmando la identidad del paciente, sitio y procedimiento quirúrgico a realizar | 89 | 91 | 100 | 97 |
| 8. Se documentó cuánto duraría la operación | 90 | 91 | 100 | 98 |
| 9. Se documentó la pérdida de sangre prevista y se prepararon hemoderivados | 89 | 91 | 100 | 97 |
| INSTRUMENTISTA Y CIRCULAR | | | | |
| 10. Se confirmó la esterilidad del equipo | 91 | 91 | 100 | 100 |
| 11. Se documentó el recuento de instrumentos, gasas y agujas | 91 | 91 | 100 | 100 |
| 12. Se documentó el etiquetado apropiado de las muestras | 89 | 91 | 100 | 97 |

Se observa que en manejo de cirugía segura cumple con los indicadores de los estándares se maneja mediante la hoja de cirugía segura y con la administración de medicación tenemos 66% por la gran demanda de pacientes.

•Resultados de las Encuestas a las usuarias.

Las siguientes figuras describen la satisfacción del paciente que ingresa al Área de Toco Quirúrgico:

Figura 5



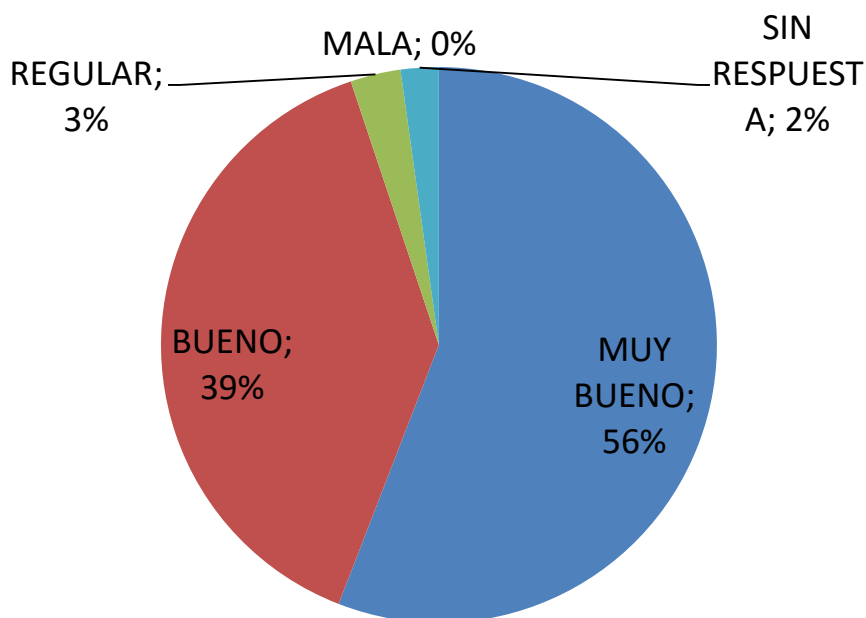
Se observa que acuden mujeres de 21 a 30 años de edad con 42% y 11 a 20 años con el 24% donde están incluidas las jóvenes adolescentes

Figura 6**EL TIEMPO QUE ESPERÓ PARA SU INGRESO A HOSPITALIZACIÓN**

El tiempo de espera para el ingreso es del 33 % sin respuesta, el 28% más de 60 minutos porque las usuarias tienen que realizarse exámenes de laboratorio monitoreo, ecografía y eso requiere de horas y 26% menos de 30 minutos porque la paciente viene en expulsivo o completa con su dilatación ingresa inmediatamente.

Figura 7

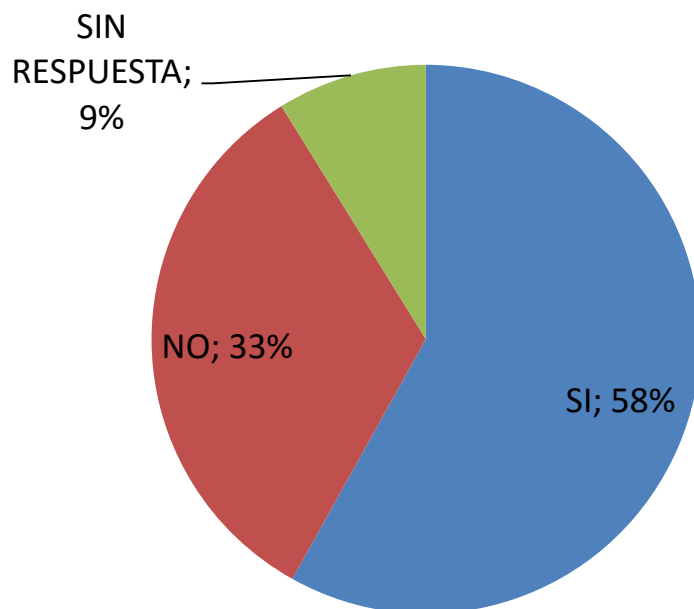
**COMO FUE LA INFORMACIÓN QUE RECIBIÓ.- LE COMUNICARON SOBRE
SUS DEBERES, DERECHOS Y PROCEDIMIENTOS QUE LE REALIZARÍAN**



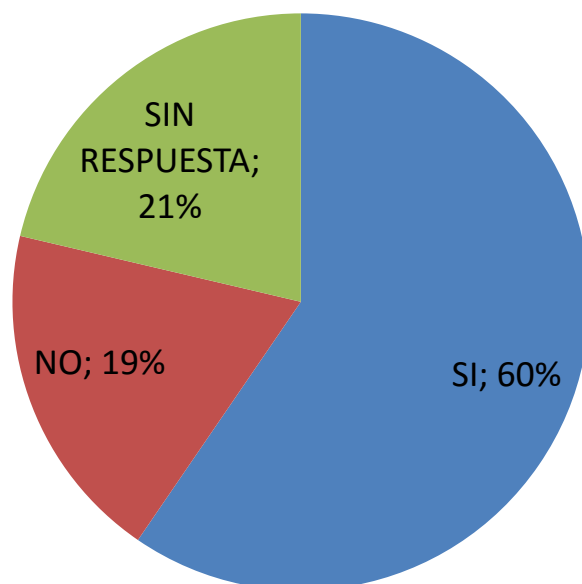
Sobre los deberes, derechos y procedimientos que se van realizar 65% si le informaron el profesional de la salud tiene como protocolo en la comunicación sobre los procedimientos a realizar el 25% no fue informado por desconocimiento de las usuarias que deben ser informadas.

Figura 8

CONOCE EL NOMBRE DE SU MÉDICO



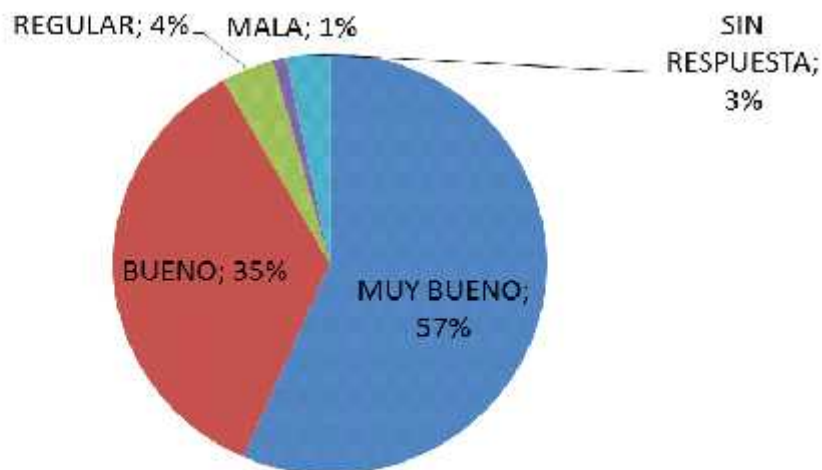
El 58% de las pacientes si conocen el nombre del médico que la atender por que el personal de la salud tiene como protocolo identificarse con las pacientes y el 33% no lo conocen porque vienen pacientes transferidas de otros centros de salud y llegan por primera vez.

Figura 9**LE INFORMARON LOS CUIDADOS A SEGUIR EN CASA**

El 60% respondieron dan información sobre los cuidados a seguir en casa especialmente de las pacientes operadas o mujeres que están en riesgo durante el embarazo.

Figura 10

**RESULTADOS GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZAS
SOBRE LA CALIDAD DEL SERVICIO BRINDADO POR MÉDICOS**



LOS RESULTADOS GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZAS SOBRE LA CALIDAD DEL SERVICIO BRINDADO POR MÉDICOS

Las pacientes consideran que calidad del servicio de atención es muy buena en 57%, buena 35%, regular 4% y mala 1%.

Figura 11**RESULTADOS GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS
SOBRE LA CALIDAD DEL SERVICIO BRINDADO POR ENFERMEROS(AS).**

Las pacientes consideran que calidad del servicio de atención es muy buena en 36%, buena 40%, regular 16% y mala 5%. Como se puede apreciar existe un incremento de la percepción del servicio cuando se compara entre el servicio brindado por el médico versus el servicio de la enfermero(a). Puntualmente, la respuesta regular sube de 4% a 16% de medico a enfermero(a) y la respuesta muy bueno también baja de 57% a 36% en el mismo caso.

Capítulo IV

Propuesta de mejoramiento ciclo rápido (cr) para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención materna y neonatal en el área de Toco-quirúrgico del Hospital

Matilde Hidalgo de Procel

4.1. Introducción

Una complicación obstétrica o una muerte materna o neonatal pueden ser el resultado de una serie de eventos aislados o concatenados que pudieron ser de carácter clínico asistencial, circunstancial, administrativos o de gestión del sistema de salud, mismos que pudieron ser evitados o solventados de manera tal, que no se constituyan un riesgo para la integridad o supervivencia de la usuaria y que se pueden resumir en las 3 demoras: a) Demora de la gestante o su familia en reconocer signos de alarma y decidir buscar atención; b) Demora en acceder a los servicios de salud y c) Demora en recibir servicios de calidad en forma oportuna y adecuada.

La posibilidad de implementar intervenciones tendientes a evitar los mencionados eventos y sus causas a través de la aplicación de Ciclos Rápidos de Mejora es una extraordinaria oportunidad para mejorar la calidad de la atención y de todos los procesos que de una u otra manera estuvieron involucrados en la aparición de brechas de cumplimiento de estándares establecidos.

Disponer de una metodología técnicamente estructurada que nos permita tomar en cuenta todos los factores causales, que nos ayuden a identificar objetivos concretos y directamente relacionados con un abordaje integral de la atención materna y neonatal, es una necesidad fundamental para los equipos técnicos (Equipos de Mejora de la Calidad) a quienes se responsabiliza de la implementación de este importante componente.

4.2. Objetivo

Orientar la formulación e implementación de Ciclos Rápidos de Mejoramiento Continuo como parte de la gestión de la calidad de los procesos de la atención materna y neonatal, a partir de los resultados de las mediciones mensuales o trimestrales de indicadores maternos neonatales realizadas por los Equipos de Mejora de la Calidad del establecimiento de salud.

4.3. Enfoque metodológico

Una vez que se conocen los resultados de las mediciones de los indicadores de calidad de la atención materna y neonatal y se han identificado las brechas de cumplimiento, es fundamental que se inicie un proceso de intervención tendiente a corregir y mejorar los procesos asistenciales, administrativos y de gestión involucrados, cuyo resultado final sea un Plan de acción contextualizado, argumentado, factible de ser cumplido, monitoreado, evaluado y que, sobre todo, genere aprendizajes valiosos que puedan servir a sí mismos y a otros grupos de trabajo.

Para esto, se ha tomado como punto de partida el modelo de Mejoramiento Continuo de la calidad que considera 4 pasos: 1) Identificar, 2) Analizar, 3) Desarrollar y 4) Probar e implementar, que a su vez contienen el subcomponente de Planificar y que se representan de mejor manera en el gráfico adjunto.

4.4. Pasos del mejoramiento continuo

4.4.1 Identificar

Este primer paso busca determinar qué es exactamente lo que hay que mejorar, cuál o cuáles son los problemas identificados; sobre cuál proceso de atención asistencial, administrativo o gerencial. Cuáles son las brechas en el estándar o indicador seleccionado que

requieren ser tratadas o disminuidas y todo esto puede ser evidenciado a través de los hallazgos, conclusiones y resultados de las mediciones (Equivale a la punta visible del iceberg).

El producto de este paso debe ser un listado de dos o tres aspectos a ser mejorados, para lo que nos podemos ayudar con un ejercicio de priorización

4.4.2. Analizar

Este paso consiste en comprender el problema y básicamente encontrar las causas (Equivale al cuerpo no visible del iceberg) esto sirve para intervenir sobre las raíces originales o reales y no sobre sus efectos. Lo cual puede llevarse a cabo a través de dos pasos:

a) Identificar la/s causa/s que originó/originaron el problema: Si es necesario, para esto puede utilizar herramientas como:

- Espina de pescado (Análisis Causa-Raiz)¹
- Método causa – efecto del árbol;
- Diagrama de Pareto,
- Método de los “5 porqué”

b) Clasificar el ámbito o aspecto al que pertenece la/s causa/s identificada/s en el numeral anterior, las mismas que pueden ser de carácter organizativo, técnico, administrativo, de financiamiento, de gestión u otro.

4.4.3. Desarrollar:

En este paso, se deben formular las hipótesis acerca de los cambios o estrategias que hay que implementar para solucionar el problema o conseguir el resultado deseado y constituyen la esencia de la intervención bajo la premisa de que “si no se quieren seguir obteniendo los

mismo resultados no se deben seguir haciendo las mismas cosas”, para lo cual se utilizará el Modelo de las 3 preguntas.

3.1 Pregunta 1: ¿Qué es lo que estamos tratando de lograr? (Objetivo que se quiere lograr al cumplir este Plan de acción).

En esta parte hay que plantear un objetivo concreto y enmarcado en los objetivos mayores de la mejora de la calidad de la atención materna a través de los procesos de atención involucrados.

3.2 Pregunta 2: ¿Cómo sabremos que el cambio realizado produjo una mejora en el proceso?

Es necesario establecer con que indicadores o con que resultados podemos comprobar que las acciones que implementamos fueron exitosas.

Plantee un indicador directamente relacionado con el objetivo señalado en la sección anterior procurando que sea válido, confiable, sensible, específico pero sobre todo práctico (fácil de medir e interpretar).

3.3 Pregunta 3: ¿Qué cambios, estrategias o intervenciones se quiere introducir en el proceso de atención en este plan de acción para lograr los objetivos anteriores?

En este momento se deben definir los cambios, las estrategias o intervenciones con las cuales pensamos solucionar el o los problemas que provocaron brechas de cumplimiento.

Generalmente son cosas que no se han estado haciendo y que se cree que al hacerlas mejorarán la situación.

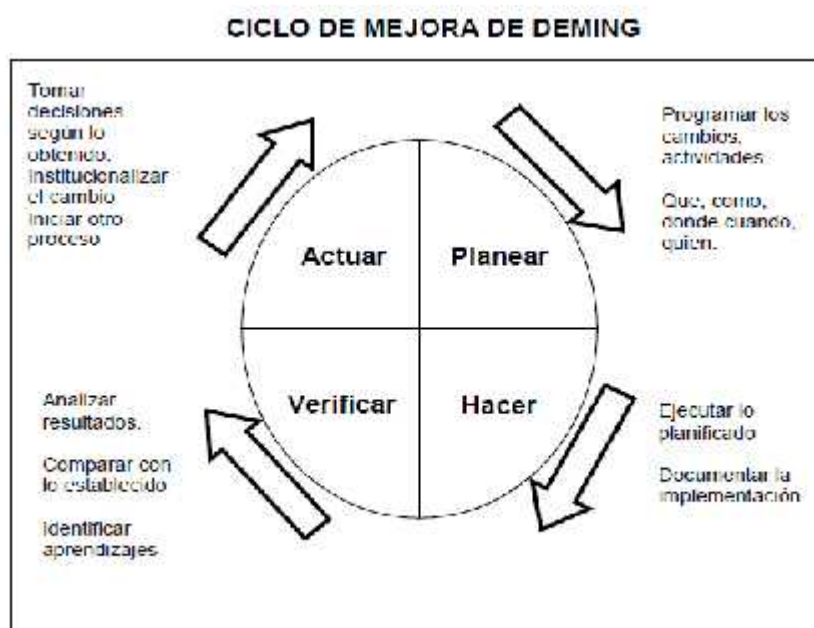
Es muy importante puntualizar máximo unas tres intervenciones grandes e innovativas para no dispersar la intervención en muchas cosas de poco impacto.

Este conjunto de intervenciones son el insumo básico para el siguiente paso y deberán ser registradas en la primera columna de la matriz de Planificación

4.4.4. Probar e implementar

Este paso es la implementación o aplicación de la intervención propiamente dicha.

Compuesto por los cuatro momentos de un Ciclo de Mejora, a saber: Planear, Hacer, Verificar y Actuar, basado en el Ciclo de Mejora de William Edwards Deming.



4.4.5. Planificar:

Tiene por objetivo programar las actividades para cada intervención o cambio establecido. Cada Equipo técnico de gestión, en el hospital, distrito o zona, programará un plan de acción con actividades concretas que puedan ser ejecutadas en corto plazo: 3 a 4 semanas, y que respondan a los cambios, estrategias o intervenciones propuestos anteriormente y que deberán ser registradas en la primera columna de la matriz de planificación o programación.

4.4.6. Hacer

Tiene por objetivo llevar a cabo lo programado y sistematizar la experiencia de la implementación de las acciones planificadas.

Esta es la fase de cumplimiento de cada una de las actividades propuestas, para lo que es necesario que exista un responsable general y con la autoridad suficiente para viabilizar, facilitar y monitorear el desarrollo de la misma.

Hay que documentar en resumen y de manera organizada las observaciones relevantes sobre:

- Cómo ocurrió la introducción de los cambios en la realidad,
- Si las instancias y el personal involucrado colaboró como había sido acordado,
- Que tan prácticas fueron las ideas de innovación,
- Si hubieron dificultades y de que clase fueron (logísticas, motivacionales, financiamiento, gestión u organización, etc....)

4.4.7. Verificar:

Tiene por objetivo comprobar que resultados se obtuvo luego de haber ejecutado las acciones planificadas.

Es el momento de analizar qué es lo que sucedió con la situación inicial que quería ser mejorada, luego de que se implementó el o los cambio/s en este plan de acción (mejoró, quedó igual, empeoró)

El Equipo de Mejora de la Calidad del establecimiento debe discutir y resumir conclusiones sobre qué tan eficaces y efectivos han sido con las intervenciones implementadas así como sobre los aprendizajes obtenidos, siendo de mucho valor, un ejercicio de sistematización documentado como respaldo y argumentación de lo que sigue a continuación.

4.4.8. Actuar:


Tiene por objetivo definir qué decisiones tomará el equipo técnico a cargo del plan de acción con los resultados obtenidos.

Se refiere a qué es lo que el Equipo técnico de gestión decidió hacer luego de la implementación de este plan de acción para el mejoramiento y de observar los resultados obtenidos.


Se puede mantener o institucionalizar el cambio si este dio el resultado que se buscaba o, se puede iniciar un nuevo plan de acción o probar un nuevo cambio si el anterior no dio resultado. (Subsecretaria Nacional de Garantía de la calidad de los servicios de Salud, 2015)

Plan continuo de mejoramiento ciclos rápidos



| MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR | |
|--|--|
|  | |
| DIRECCION NACIONAL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD | |
| <p>OBJETIVO: Orientar la implementación adecuada del Mejoramiento Continuo de la Calidad a través de la introducción de intervenciones y/o cambios en los procesos de la atención Materna y neonatal de manera sistematizada en Ciclos Rápidos para mejorar la calidad de la atención asistencial.</p> | |
| <p>Mejoramiento Continuo de la Calidad. Definición: La mejora continua es un proceso estructurado y sistemático dirigido a obtener un rendimiento mayor de un proceso, aumentar la calidad de un servicio o disminuir el costo de obtención de actividades que ya desarrollamos de forma habitual James Harrington (1993): mejorar un proceso, significa cambiarlo para hacerlo más efectivo, eficiente y adaptable, qué cambiar y cómo cambiar depende del enfoque específico del empresario y del proceso. Eduardo Deming (1996): La administración de la calidad total requiere de un proceso constante, que será llamado Mejoramiento Continuo, donde la perfección nunca se logra pero siempre se busca.</p> | |
| <p>Leer más: http://www.monografias.com/trabajos96/calidad-innovacion-y-mejora-continua/calidad-innovacion-y-mejora-continua.shtml#ixzz3bHGR8Xhx</p> | |
| <p>Quien puede usar esta herramienta: La metodología de Mejoramiento continuo puede ser usada por Equipos técnicos (Equipos de Mejora de la Calidad) de establecimientos de salud, como de niveles desconcentrados distritales y/o zonales del MSP</p> | |
| <p>Metodología: Cada establecimiento debe elaborar, documentar y reportar a la zona o distrito, un Ciclo Rápido (CR) de mejora de la Calidad, cada vez que haya ocurrido una muerte materna y/o neonatal, según el presente formato. Un CR debe ser elaborado por un Equipo de Mejoramiento de la Calidad (EMC), el cual debe conformarse y existir en cada servicio, de preferencia de Ginecología y obstetricia, de neonatología y de emergencia</p> | |
| <p>Descripción de la herramienta. Tiene 4 pestañas que resumen los cuatro momentos del método, a saber Instructivo (la presente); Analizar, Planificar y Ejecutar, verificar</p> | |


Ciclos rápidos de mejoramiento continuo

| MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR | | | | | |
|---|--|--|-----------------------|-------------------|-------------|
|  | SUBSECRETARÍA NACIONAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD | | | | |
| | RECCIÓN NACIONAL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD | | | | |
| | FORMATO DE CICLOS RÁPIDOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO | | | | |
| 1. IDENTIFICAR: <i>Determinar qué es lo que hay que mejorar ¿Cuál es el problema? Sobre cual proceso de atención, estándar o indicador?</i> | | | | | |
| ESTÁNDAR O INDICADOR DE PROCESO: COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS. Porcentaje de Embarazadas con Ruptura Prematura de membranas que fueron manejadas de acuerdo a la norma. Deficiente registro en la Historia Clínica Única del examen Gineco-obstétrico en las pacientes con ruptura prematura de membrana. | | | | | |
| 2. ANALIZAR: <i>Comprender el problema</i> | | | | | |
| 2.1 Identifique y registre cuál/es fue/ron la/s causa/s que originó/originaron el problema | | | | | |
| No se encuentran los registros confirmatorios sobre el diagnostico mediante compresa vaginal o examen con espéculo estéril en pacientes con ruptura prematura de membrana. | | | | | |
| 2.2 Clasifique con una x el ámbito o aspecto al que pertenece la causa identificada en el segmento anterior (puede haber más de un ámbito o aspecto que señalar) | | | | | |
| | Organizacional | Técnico | Administrativo | Financiero | Otro |
| | | X | | | |
| NOTA: Si es necesario, utilice aquí herramientas como: Espina de pescado; Árbol de problemas; Diagrama de Pareto, otros | | | | | |
| 3. DESARROLLAR: <i>Formular hipótesis acerca de los cambios o estrategias que habría que implementar para solucionar el problema o conseguir el resultado deseado a través del Modelo de las 3 preguntas</i> | | | | | |
| 3.1 PREGUNTA 1 Cuál es el Objetivo que se quiere lograr? <i>Trate de hacer objetivos específicos pero enmarcados en los objetivos mayores de la mejora de la calidad de la atención a través de los estándares del proceso de atención involucrado</i> | | | | | |
| Disminuir la morbilidad materna y perinatal. Disponer de un instrumento que facilite el seguimiento y mejoramiento continuo. Unificar criterios de diagnóstico, manejo e intervención para una utilización racional de los recursos brindando una buena calidad en el servicio. | | | | | |
| 3.2 PREGUNTA 2 | | | | | |
| ¿Cómo sabremos que el cambio realizado produjo una mejora en el proceso? <i>Con que indicadores o con qué resultados puedo demostrar que lo que implementamos fue exitoso?</i> | | | | | |
| 1) Con Auditoría de Historias Clínicas: INDICADOR: # DE HISTORIAS CLÍNICAS AUDITADAS CON REGISTRO DEL USO DE ESPÉCULO ESTÉRIL DURANTE LA EXAMINACIÓN DE PCTES CON RPM X 100 # DE HISTORIAS CLÍNICAS AUDITADAS DE PACIENTES CON RPM (RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA) | | | | | |
| 3.3 PREGUNTA 3: Cuales son los cambios, las estrategias o las intervenciones que se quiere introducir en el proceso? Identifique y registre uno o más cambios | | | | | |
| | INTERVENCIÓN 1.- MEJORAR EL REGISTRO DE LOS FORMULARIOS DE LA HISTORIA CLÍNICA ÚNICA. | INTERVENCIÓN 2.- EVALUAR EL REGISTRO DE LOS FORMULARIOS DE LA HISTORIA CLÍNICA ÚNICA. | INTERVENCIÓN 3 | | |

Planificar

| | | MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR | | | | |
|--|--|--|--|---|-----------------------------------|--|
| | | SUBSECRETARÍA NACIONAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD | | | | |
| DIRECCIÓN NACIONAL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD | | | | | | |
| FORMATO DE CICLOS RÁPIDOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO | | | | | | |
| 4to. MOMENTO PEVA: PLANIFICAR, EJECUTAR, VERIFICAR, ACTUAR | | | | | | |
| 4.I PLANIFICAR: <i>Cada Equipo de Mejoramiento programará un ciclo rápido con actividades concretas que puedan ser ejecutadas en corto plazo: 3 a 4 semanas, y que respondan a los cambios propuestos anteriormente.</i> | | | | | | |
| MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE CICLOS RÁPIDOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO | | | | | | |
| FACTORES CONTRIBUTIVOS | ACCIONES INSEGURAS | INTERVENCIÓN (estrategias, cambios) | ACTIVIDADES | DONDE | FECHAS : INICIO / FINALIZACIÓN | RESPONSABLES |
| DEFICIT DE PERSONAL MÉDICO E INCREMENTO DE LA DEMANDA DE PACIENTES. | Ausencia de registros sobre el uso de espéculos estériles durante el examen ginecológico en las Historias Clínicas de pacientes con Ruptura Prematura de Membrana. | Socializar a los Médicos de la Institución la importancia del debido registro en las evoluciones clínicas del examen Gineco-obstétrico integral en los formularios de la Historia Clínica Única. | Reforzar las Capacitaciones sobre el Manejo de Pacientes con Ruptura Prematura de Membrana. | HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL - AUDITORIO. | 7/05/2014 AL 28/05/2014 | DR. ROBERTO FERREIRA (LIDER DE DOCENCIA) / DRA. ANA MEJÍA (LÍDER DE EMERGENCIA) / DRA. SOFIA RIVERA (LÍDER DE HOSPITALIZACIÓN GINECOLÓGICA)/ DRA. REBECA INFANTE (LIDER DE CONSULTA EXTERNA) |
| | | | Reforzar las Capacitaciones sobre el correcto llenado de formularios de la Historia Clínica Única en especial de la elaboración de las evoluciones posterior a la revisión de exámenes de laboratorio. | HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL - AUDITORIO. | 7/05/2014 AL 28/05/2014 | DR. ROBERTO FERREIRA (LIDER DE DOCENCIA) / DRA. ANA MEJÍA (LÍDER DE EMERGENCIA) / DRA. SOFIA RIVERA (LÍDER DE HOSPITALIZACIÓN GINECOLÓGICA)/ DRA. REBECA INFANTE (LIDER DE CONSULTA EXTERNA) |

Ejecutar verificar y actuar

| | |
|--|--|
|  | MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR |
| | SUBSECRETARÍA NACIONAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD |
| | DIRECCIÓN NACIONAL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD |
| | FORMATO DE CICLOS RÁPIDOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO |
| 4to. MOMENTO PEVA: EJECUTAR, VERIFICAR, ACTUAR | |
| <p>4.2 EJECUTAR: <i>Cada Equipo de Mejoramiento registrará, en formato narrativo, las observaciones sobre cómo ocurrió la implementación de los cambios en la realidad. Cuales actividades. En que fechas se realizaron. Mediante que mecanismos o estrategias. Que facilidades o dificultades mayores encontraron. Que herramientas utilizaron</i></p> | |
| <p>Se realizan dos actividades relacionadas con la capacitación del personal, una sobre Reforzamiento de la Guía de Práctica Clínica sobre Ruptura Prematura de Membrana el día, 17 de Mayo del 2014. Y sobre el Correcto llenado de los formularios de la Historia Clínica Única el día, 24 de mayo del 2014. Entre las dificultades con el cumplimiento del indicador planteado es el incremento de la demanda de pacientes por lo que el tiempo para realizar un correcto registro se acorta. Existió predisposición del personal médico para asistir a las capacitaciones programadas. Se utilizó una Matriz de monitoreo para el efecto.</p> | |
| <p>4.3 VERIFICAR: <i>Escriba aquí qué es lo que sucedió con la situación inicial que quería ser mejorada, luego de que se implementó el o los cambio/s en este ciclo rápido (mejoró, quedó igual, empeoró?)</i></p> | |
| <p>En la situación inicial no se registraba en la evolución clínica el uso de espéculo estéril al momento del examen Gineco-obstétrico. Después de los monitoreo y seguimientos nos hemos dado cuenta que han ido mejorando. Ahora se encuentran Historias Clínicas con los registros completos en su mayoría.</p> | |
| <p>4.4 ACTUAR: <i>Escriba aquí qué es lo que el Equipo de Mejora decidió hacer luego de la implementación de este ciclo de Mejora y de observar los resultados obtenidos. La intención de este momento es tomar decisiones en base a los resultados obtenidos luego de implementar el Ciclo Rápido. Si los resultados fueron favorables, en qué medida esta experiencia puede ser mantenida en el servicio o replicada a otros servicios. Si los resultados no fueron los esperados, explorar la posibilidad de implementar otro tipo de intervención o cambio hasta conseguir mejoras que eleven el nivel de calidad del proceso en cuestión</i></p> | |
| <p>Después de la implementación del ciclo rápido se observaron cambios en cuanto al registro en evolución clínica el uso de espéculo estéril al momento del examen Gineco-obstétrico. Se constató realizando una auditoría de 20 carpetas del Servicio de Hospitalización Ginecológica. En donde se pudo observar un 80% de cumplimiento.</p> | |



MINISTERIO DE SALUD DEL ECUADOR

SUBSECRETARIA DE GARANTIA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

DIRECCION NACIONAL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

MATRIZ DE PLANIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS NORMATIVAS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

| ZONA: | DISTRITO: | ESTABLECIMIENTO: | | | | | | | | | | | | FECHA DE ELABORACIÓN: | UNICODIGO: | | | |
|-------------------------------------|--|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|----|-----|-----------------------|---------------------|--------|------------|---------------|
| COMPONENTE | ACTIVIDADES | RESULTADO/PRODUCTO ESPERADO | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEPT | OCT | NOV | DI | ### | RECURSOS | RESPONSABLE | % META | % CUMPLIDO | OBSERVACIONES |
| Gestión de la Calidad de los | Presentación a la Gerencia y/o Dirección | 1. Plan de implementación aprobado. 2. | | | | 8 | | | | | | | | RECURSOS INFOR | DRA. DENISSE PRIETO | 100, % | 100 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|---|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------|-------------------|-------|-----|--|
| Servicios de Salud | del Hospital de esta matriz de planificación para la Gestión de la Calidad | Compromiso firmado por las autoridades competentes para la ejecución de la planificación. 3. Enviar al inmediato superior (zona o distrito) por quipux la matriz de planificación aprobada en la fecha establecida. | | | | | | | | | | | | MÁTICOS | | | | |
| | Socialización de la propuesta de Implementaci | Personal del establecimiento conoce los contenidos | | | 14 | | | | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | EQUIPO DE CALIDAD | 100 % | 60% | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|---------------------|-------|-----|--|
| | ón de normativas para gestión de la calidad de la atención | técnicos del Modelo de gestión de la calidad de la atención | | | | | | | | | | | | OS | | | | |
| | Presentación a Gerencia/Dirección de una propuesta técnica de Plan de Calidad | Propuesta aprobada por la Gerencia/Dirección | 1 | | | | | | | | | | | RECURSOS INFRO MÁTICOS | DRA. DENISSE PRIETO | 100 % | 100 | |
| | Elaboración del Plan de calidad del establecimiento o | Plan de calidad elaborado y aprobado por la gerencia o Dirección del establecimiento. | 10 | | | | | | | | | | | RECURSOS INFRO MÁTICOS | DRA. DENISSE PRIETO | 100 % | 100 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|-----------|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|-----------------------|-------------------|-------|------|--|
| | Ejecución de Plan de Calidad del establecimiento o | Objetivos de Plan de calidad del establecimiento con porcentajes de cumplimiento | 14 | | | | | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | EQUIPO DE CALIDAD | 100 % | 70 % | |
| | Capacitación en Metodología de mejoramiento Continuo de la calidad a personal asistencial sobre metodología de mejoramiento | Personal técnico asistencial conoce la metodología y puede aplicarla | | | | 15 | | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | EQUIPO DE CALIDAD | 100 % | 70 % | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|----------|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|--|-------|-------|--|
| | continuo | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Equipos de Mejora de la calidad inician utilización de Método de mejoramiento continuo | Ciclos Rápidos de Mejora elaborados en los servicios asistenciales | | | | 16 | | | | | | | | RECURSOS INFRO MÁTICOS | EQUIPO DE CALIDAD/ LIDERES DE SERVICIO | 100 % | 70 % | |
| | Socialización de las Guías de Práctica Clínica | El personal técnico asistencial del establecimiento conoce y tiene copias virtuales de todas las Guías de práctica clínica vigentes en el | 1 | | | | | | | | | | | RECURSOS INFRO MÁTICOS | EQUIPO DE CALIDAD | 100 % | 100 % | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|-------------------------|---|-------|-------|--|
| | | MSP | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Fomentar estrategias para la utilización de Guías de Práctica Clínica (SI APLICA) | Personal asistencial utiliza contenidos técnicos de las GPC en la atención asistencial (SI APLICA) , mediante el PACAS | | | | | 14 | | | | | | | RECURSOS INFROS MÁTICOS | DRA. DENISSE PRIETO/D R. PAVEL CARRILLO (LIDER DE DOCENCIA) | 100 % | 90% | |
| | Realizar un evento o jornada académica sobre calidad de la atención | Evento o jornada académica sobre calidad realizado al menos una vez | | | | | 19 | | | | | | | RECURSOS INFROS MÁTICOS | DRA. DENISSE PRIETO/D R. PAVEL CARRILLO (LIDER DE DOCENCIA) | 100 % | 100 % | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------|--|--------|------|---|
| | | en el año | | | | | | | | | | | | A) | | | |
| Capacitación en aplicación de encuestas de satisfacción del usuario | Personal del Atención al usuario conoce como aplicar encuestas de satisfacción | 4 | | | | | | | | | | | RECURSOS INFRAMÁTICOS | EQUIPO DE CALIDAD/ ATENCIÓN AL USUARIO | 100 % | 90% | |
| Iniciar realización encuestas de satisfacción al usuario de consulta externa | Resultados procesados de encuestas de satisfacción | | | | | | | | | | | | RECURSOS INFRAMÁTICOS | ATENCIÓN AL USUARIO | 100, % | 100 | SE REALIZA DESDE EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL 2013 |
| Iniciar un programa de gestión de | El servicio de atención al usuario muestra | | | | 13 | | | | | | | | RECURSOS INFRAMÁTICOS | EQUIPO DE CALIDAD/ | 100 % | 95 % | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|------------------------|---------------------|-------|------|--|
| | resultados de encuestas de satisfacción con Mejoramiento Continuo de la Calidad | constancia de gestión sobre satisfacción de usuarios | | | | | | | | | | | MÁTICOS | ATENCIÓN AL USUARIO | | | |
| | Iniciar un programa de diseño de procesos de atención asistenciales | Procesos de atención asistencial diseñados y aplicándose (POR SERVICIO) en el establecimiento | | | | 29 | | | | | | | RECURSOS INFRO MÁTICOS | DRA. DENISSE PRIETO | 100 % | 90 % | |

| Porcentaje promedio de cumplimiento del componente | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|-----------------------|-----------------------|---|-------|-------|
| Reglamento para la conformación y funcionamiento de los comités, comisiones y equipos de mejora de la calidad | Presentación a la Gerencia y/o Dirección del Hospital de esta matriz de planificación para la implementación del Reglamento para el funcionamiento de los Comités, Comisiones y EMC | 1. Plan de implementación aprobado. 2. Compromiso firmado por las autoridades competentes para la ejecución de la planificación. | | | | 8 | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | DRA. DENISSE PRIETO | 100 % | 100 % | |
| | Socialización del contenido técnico del Reglamento. | Personal administrativo y asistencial que conoce el Reglamento. 1. Registro de firmas , 2. Informe de evaluación de conocimientos de los participantes. | | | | 13 | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | DRA. DENISSE PRIETO | 100 % | 100 % | |
| | Reunión de Conformación y Funcionamiento del COMITÉ DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD HOSPITALARIO previa convocatoria. | Comité de Gestión de la Calidad conformado y funcionando. 1. Acta de conformación y funcionamiento. 2. Convocatoria según lo establece el Reglamento. | | | | 17 | | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | DR. GALO VIZCAINO/DR A.CAROLA RODRÍGUEZ/ DRA. DENISSE PRIETO/ LIDERES DE SERVICIO | 100 % | 100 % |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------|--|-------|-------|--|
| | Elaboración del Plan de trabajo anual de actividades del COMITÉ DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD HOSPITALARIO , alineado al Plan de calidad del establecimiento, que contenga el calendario de sesiones y esté aprobado por la autoridad competente | Plan de trabajo elaborado y aprobado por la autoridad competente. | | | | 4 | | | | | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | EQUIPO DE CALIDAD | 100 % | 100 % | |
| | Ejecución de las actividades contempladas en el Plan de trabajo anual del COMITÉ DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD HOSPITALARIO , en función del Plan de Calidad del establecimiento de salud | 1. Plan de trabajo ejecutado (% de ejecución) 2. Informe de gestión de la calidad entregado a la Coordinación Zonal según lo dispuesto en el Reglamento. 3. Informe anual según dispone el Reglamento. | | | | | 5 | | | | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | EQUIPO DE CALIDAD/LID ERES DE SERVICIO | 100 % | 95 % | |
| | Reunión de Conformación y Funcionamiento del COMITÉ DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS IAAS previa convocatoria | Comité de Prevención y Control de las IAAS conformado y funcionando. 1. Acta de conformación y funcionamiento. 2. Convocatoria según lo establece el Reglamento. | | | | 20 | | | | | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | DRA. CAROLA RODRÍGUEZ/EQUIPO DE CALIDAD/LID ERES DE SERVICIO | 100 % | 100 % | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|-----------|--|-----------|--|--|--|-----------------------|--|-------|-------|--|
| | Elaboración del Plan de trabajo anual de actividades del COMITÉ DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS IAAS , alineado al Plan de calidad del establecimiento, que contenga el calendario de sesiones y esté aprobado por la autoridad competente | Plan de trabajo elaborado y aprobado por la autoridad competente. | | | | 8 | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | EQUIPO DE CALIDAD/LIDERS DE SERVICIO | 100 % | 100 % | |
| | Ejecución de actividades contempladas en el Plan de trabajo anual del COMITÉ DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS IAAS , en función del Plan de Calidad del establecimiento de salud | 1. Plan de trabajo ejecutado (%de ejecución). 2. Informes de gestión de la calidad entregados a la instancia correspondiente según lo dispuesto en el Reglamento. | | | | | | 28 | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | EQUIPO DE CALIDAD/LIDERS DE SERVICIO | 100 % | 100 % | |
| | Reunión de Conformación y Funcionamiento del COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE previa convocatoria | Comité de Seguridad del Paciente conformado y funcionando. 1. Acta de conformación y funcionamiento. 2. Convocatoria según lo establece el Reglamento. | | | | 21 | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | DRA. CAROLA RODRÍGUEZ/EQUIPO DE CALIDAD/LIDERS DE SERVICIO | 100 % | 100 % | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|-----------|-----------|-----------|--|--|--|--|--|--|-----------------------|--|-------|-------|--|
| | Elaboración del Plan de trabajo anual de actividades del COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE , alineado al Plan de calidad del establecimiento, que contenga el calendario de sesiones y esté aprobado por la autoridad competente | Plan de trabajo elaborado y aprobado por la autoridad competente. | | | | | 11 | | | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | EQUIPO DE CALIDAD/LIDERS DE SERVICIO | 100 % | 100 % | |
| | Ejecución de actividades contempladas en el Plan de trabajo anual del COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE , en función del Plan de Calidad del establecimiento de salud | 1. Plan de trabajo ejecutado (%de ejecución). 2. Informes de gestión de la calidad entregados a la instancia correspondiente según lo dispuesto en el Reglamento. | | | | | | 28 | | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | EQUIPO DE CALIDAD/LIDERS DE SERVICIO | 100 % | 100 % | |
| | Reunión de Conformación y Funcionamiento del COMITÉ DE AUDITORÍA PARA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD E HISTORIA CLÍNICA previa convocatoria. | Comité de Auditoría para la Calidad de la Atención de Salud e Historia Clínica conformado y funcionando. 1. Acta de conformación y funcionamiento. 2. Convocatoria según lo establece el Reglamento | | | | 22 | | | | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | DRA. CAROLA RODRÍGUEZ/EQUIPO DE CALIDAD/LIDERS DE SERVICIO | 100 % | 100 % | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|----|----|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------|--|-------|-------|--|
| | <p>Elaboración del Plan de trabajo anual de actividades del COMITÉ DE AUDITORÍA PARA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD E HISTORIA CLÍNICA, alineado al Plan de calidad del establecimiento, que contenga el calendario de sesiones y esté aprobado por la autoridad competente.</p> | <p>Plan de trabajo elaborado y aprobado por la autoridad competente.</p> | | | | | 12 | | | | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | EQUIPO DE CALIDAD/LIDERS DE SERVICIO | 100 % | 100 % | |
| | <p>Ejecución de actividades contempladas en el Plan de trabajo anual del COMITÉ DE AUDITORÍA PARA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD E HISTORIA CLÍNICA, en función del Plan de Calidad del establecimiento de salud.</p> | <p>1. Plan de trabajo ejecutado (%de ejecución) 2. Informes de gestión de la calidad entregados a la instancia correspondiente según lo dispuesto en el Reglamento</p> | | | | | | 28 | | | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | EQUIPO DE CALIDAD/LIDERS DE SERVICIO | 100 % | 100 % | |
| | <p>Reunión de Conformación y Funcionamiento del COMITÉ DE FARMACOTERAPIA previa convocatoria.</p> | <p>Comité de Farmacoterapia conformado y funcionando. 1. Acta de conformación y funcionamiento. 2. Convocatoria según lo establece el Reglamento</p> | | | | | 22 | | | | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | DRA. CAROLA RODRÍGUEZ/EQUIPO DE CALIDAD/LIDERS DE SERVICIO | 100 % | 100 % | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|----|--|----|--|--|-----------------------|--|-------|-------|--------------|
| Elaboración del Plan de trabajo anual de actividades del COMITÉ DE FARMACOTERAPIA , alineado al Plan de calidad del establecimiento, que contenga el calendario de sesiones y esté aprobado por la autoridad competente. | Plan de trabajo elaborado y aprobado por la autoridad competente | | | | | | 12 | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | EQUIPO DE CALIDAD/LIDERS DE SERVICIO | 100 % | 100 % | |
| Ejecución de actividades contempladas en el Plan de trabajo anual del COMITÉ DE FARMACOTERAPIA , en función del Plan de Calidad del establecimiento de salud. | 1. Plan de trabajo ejecutado (%de ejecución) 2. Informes de gestión de la calidad entregados a la instancia correspondiente según lo dispuesto en el Reglamento | | | | | | | | 28 | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | EQUIPO DE CALIDAD/LIDERS DE SERVICIO | 100 % | 100 % | |
| Reunión de Conformación y Funcionamiento de la COMISIÓN DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA previa convocatoria. | Comisión de Farmacovigilancia conformada y funcionando. 1. Acta de conformación y funcionamiento. 2. Convocatoria según lo establece el Reglamento | | | | | | 23 | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | DRA. CAROLA RODRÍGUEZ/EQUIPO DE CALIDAD/LIDERS DE SERVICIO | 100 % | 100 % | Finales 2014 |
| Aplicación del mejoramiento continuo de la calidad en los procesos definidos por los EQUIPOS DE MEJORA DE LA CALIDAD , por | 1. Actas de reunión de los equipos de mejora de calidad por servicio y/o área de trabajo. 2. Planes de acción elaborados y ejecutados por los | | | | | | 2 | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | EQUIPO DE CALIDAD/LIDERS DE SERVICIO | 100 % | 100 % | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|-----------------------|--|-------|------|--------------|--|--|--|
| | servicio/área de trabajo. | EMC, en el formato establecido. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Elaboración del Programa de Seguridad del Paciente. | Programa de Seguridad del Paciente (SPP) elaborado y aprobado | | | | | 10 | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | DRA. DENISSE PRIETO | 100 % | 90 % | | | | |
| | Ejecución del Programa de Seguridad del Paciente. | 1. Programa de Seguridad del Paciente (SPP) ejecutado (%ejecución) 2. Informes de gestión de la calidad entregados a la instancia correspondiente según lo dispuesto en el Reglamento | | | | | 16 | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | EQUIPO DE CALIDAD/LID ERES DE SERVICIO | 100 % | 80% | | | | |
| | Elaboración del Programa de Auditoría para la Calidad de la Atención en Salud (PACAS) | Programa de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud (PACAS) aprobado | | | | | 10 | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | DRA. DENISSE PRIETO | 100 % | 70% | Finales 2014 | | | |
| | Ejecución del Programa de Auditoría para la Calidad de la Atención en Salud (PACAS) | 1. Programa de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud (PACAS) en ejecución (%ejecución) 2. Informes de gestión de la calidad entregados a la instancia correspondiente según lo dispuesto en el | | | | | 15 | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | EQUIPO DE CALIDAD/LID ERES DE SERVICIO | 100 % | 70% | | | | |

| Porcentaje promedio de cumplimiento del componente | | | | | | | | | | | | | #1 DIV/0 ! | | | | |
|--|---|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|-----------------------|---|-------------------|-------|------|
| Norma Técnica Seguridad del paciente | Presentación a la Gerencia/Dirección Hospitalaria de esta matriz de planificación para la implementación de la Norma Técnica de Seguridad del Paciente. | 1. Aprobación de la propuesta para la implementación de la Norma Técnica de Seguridad del paciente. 2. Compromiso firmado por las autoridades involucradas en el ejecución del proceso | | | | 8 | | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | DRA. DENISSE PRIETO | 100 % | 100 % | |
| | Conformación del equipo encargado de la socialización de la Norma | Acta de conformación y funcionamiento de los equipos encargados de socializar la norma. | | | | 4 | | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | DRA. CAROLA RODRÍGUEZ/EQUIPO DE CALIDAD/LIDERES DE SERVICIO | 100 % | 100 % | |
| | Socialización de la Norma Técnica de Seguridad al Paciente a las diferentes unidades hospitalarias. | 1. Personal de los diferentes establecimientos conoce el contenido técnico de la Norma de Seguridad del Paciente 2. Poseen el material para realizar la réplica de la información. 3. Registro de firmas | | | | 11 | | | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | EQUIPO DE CALIDAD | 100 % | 85 % |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|-----------------------|--|-------|-------|--|
| Elaboración de protocolos de las prácticas administrativas, asistenciales y administrativas asistenciales, haciendo énfasis en las prácticas seguras de identificación y reporte de eventos adversos. | 1. Protocolos elaborados sobre las diferentes prácticas administrativas, asistenciales y administrativas asistenciales revisados por el Equipo de trabajo y aprobados por la Gerencia Hospitalaria.2Protocolo de identificación de los pacientes elaborado 3. Protocolo de reporte de eventos adversos elaborado | | | | | 11 | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | DRA. DENISSE PRIETO | 100 % | 95% | |
| Socialización de todos los protocolos haciendo énfasis en los practicas seguras de identificación de los pacientes y de reporte de eventos adversos. | 1.Personal de los diferentes establecimientos conoce el contenido técnico del protocolo de identificación del paciente y reporte de eventos adversos 2. Registro de firmas | | | | | 18 | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | DRA. DENISSE PRIETO/DR. PAVEL CARRILLO (LIDER DE DOCENCIA) | 100 % | 90 % | |
| Implementación de todos los protocolos elaborados haciendo énfasis en el protocolo de identificación de los pacientes y reporte de eventos adversos. | 1. Monitoreo del cumplimiento de los protocolos en el establecimiento de Salud. 2. Informe del cumplimiento de la implementación de las prácticas. | | | | | 20 | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | EQUIPO DE CALIDAD | 100 % | 80 % | |
| Realizar un consolidado de información sobre del cumplimiento de las prácticas de cada servicio donde fue | 1. Consolidado de los resultados del cumplimiento de las prácticas. | | | | | 5 | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | DRA. DENISSE PRIETO | 100 % | 100 % | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|-----------------------|--|-------|------|--|--|
| | implantado | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Socializar en los servicios de las unidades hospitalarias los resultados del consolidado del cumplimiento de las prácticas trabajando con los servicios que presentan mayor dificultad. | 1. Personal conoce los resultados de la gestión de su servicio . | | | | | | 10 | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | DRA. DENISSE PRIETO/DR. PAVEL CARRILLO (LIDER DE DOCENCIA) | 100 % | 90 % | | |
| | Elaborar e implementar ciclos rápidos de mejoramiento dirigido a solventar las brechas para el cumplimiento de las prácticas. | 1. Ciclos rápidos de mejoramientos elaborado, socializado e implementado en cada servicio. | | | | | | 3 | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | EQUIPO DE CALIDAD/LIDERES DE SERVICIO | 100 % | 90 % | | |
| | Elaborar un informe de los resultados obtenidos con la implementación de la Norma técnica de seguridad del paciente. | Informe de los resultados de la implementación de la Norma Técnica de Seguridad del paciente, entregado al Comité de Seguridad del Paciente. | | | | | | 30 | | | | | | RECURSOS INFORMÁTICOS | DRA. DENISSE PRIETO | 100 % | 90 % | | |



Subsecretaría Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud
Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud
HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL

Guayaquil, 16 de junio de 2014

CERTIFICADO

Certifico que: _____, asistió al “Taller de Socialización e Implementación de Normativas para la Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud”, que se llevó a cabo en la ciudad de Guayaquil de 10:00 a 12:00 en la Sala de Clases del Hospital Matilde Hidalgo de Procel, los días 14, 15 y 16 de junio del 2014.

Atentamente

Dr. Pedro Jiménez.

Dra. Denisse Prieto Cuesta.

Gerente Hospitalario

Responsable de Gestión de Calidad.

(Subsecretaria Nacional de Garantía de la calidad de los servicios de Salud, 2015)

Conclusiones y Recomendaciones

A continuación se detallan las conclusiones y recomendaciones.

Conclusiones

Con respecto a las conclusiones es importante recalcar lo encontrado por la realización de la investigación del marco teórico, investigación por medio de las encuestas y revisiones de las historias Clínicas.

En relación al marco teórico, podemos observar que la teoría de la calidad de servicio se basa firmemente en las percepciones de los usuarios, los cuales son la diferencia finalmente entre el servicio ofrecido versus el servicio percibido por el cliente.

Luego fue realizado encuestas a pacientes y al personal del área de tóxico quirúrgico y se reveló que la percepción no es del todo bien, que el servicio de los médicos tiene mejor percepción que el servicio de las enfermeras. Sin embargo, este resultado no fue notorio luego de haber realizado las encuestas al personal, porque las mismas indicaban que el cumplimiento de los procedimientos y entrega del servicio era casi irreprochable.

Aquel servicio irreprochable versus la percepción dio a conocer que la medición que se estaba realizando no era la correcta por lo que se procedió a realizar un análisis comparativo. El mismo que tuvo como principal hallazgo las muchas oportunidades de mejora para dichos estándares de calidad.

Existe demora en la atención por parte de médico de mayor experiencia, ya que no se dispone de médicos tratantes que acudan a evaluar a la paciente en horas de la noche o los fines de semana.

Existe un déficit de personal de enfermería y auxiliares de enfermería para atender a las pacientes de los servicios de Gineco obstetricia y una alta rotación de médicos residentes e internos. Los médicos no examinaban las mamas de las pacientes.

La mayoría de los profesionales no hacen el examen de mamas a causa del pudor de la paciente. Las pacientes generalmente exigen que la persona que les hace el control de sus mamas sea de sexo femenino, lo cual no siempre es posible, y de esta manera se produce una oportunidad perdida y un déficit en la calidad de atención brindada.

Deficiente solicitud de exámenes de Laboratorio. Las normas de Atención contemplan un paquete mínimo de exámenes de Laboratorio, que debe ser practicado a todas las pacientes que acuden a su primer control prenatal en cualquier Unidad de Salud del MSP: grupo sanguíneo, factor Rh, pruebas de sensibilización, VDRL, glucosa, hemoglobina, hematocrito, prueba de tamizaje de VIH/Sida (previo consentimiento de la mujer embarazada).

El partograma es un importante instrumento de seguimiento a la evolución del trabajo de parto a través de un registro gráfico, tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo..

Cesárea solamente bajo indicaciones precisas y bajo protocolo. El aumento en los partos por cesárea en el hospital está asociado con un incremento en la morbilidad, tanto en las madres como en los recién nacidos.

Algunos profesionales presumen que el rasurado del vello púbico reduce infecciones y facilita la sutura, pero no existe evidencia que corrobore esta suposición.

No se habían asignado responsabilidades específicas al personal, por lo cual todos esperan que los demás las hagan; no había una persona que controle que se cumplan los

elementos de la atención a la paciente, nadie se responsabilizaba de monitorear el cumplimiento de la realización del partograma y peor de revisar si su realización era la correcta.

La falta de una sala de labor amplia y con sus debidas camillas para el alta demanda impide que las pacientes puedan tener comodidad y privacidad durante su labor y antes de que sean trasladadas a la sala de parto.

En hospital no se dispone de un número suficiente de camas, ocasiones no se dispone del número de camas suficientes por lo que el tiempo que permanecen las pacientes durante su labor y luego de su parto es excesivamente corta, ya que la paciente debe ceder su cama para la próxima.

No existe o es muy débil el monitoreo o supervisión del cumplimiento de las normas de manejo de las complicaciones obstétricas por parte del médico líder o jefe, hacia los médicos tratantes, y desde éstos hacia los médicos residentes e internos rotativos, tanto en los servicios de emergencia, centro quirúrgico y hospitalización

Ausencia o escasez periódica de medicinas o insumos que son responsabilidad del Programa de Maternidad Gratuita. Por ejemplo, falta de frascos para muestras de orina, reactivos en laboratorio para ciertos exámenes, etc. En algunos casos los hospitales han tenido que recurrir a comprar insumos o medicinas en farmacias externas, o en ocasiones con préstamos a otras unidades.

Existe desconocimiento y falta de aplicación de la norma de atención de las infecciones de origen obstétrico. Demora en la atención de la paciente por enfermería y

médico residente ya que no se prioriza el caso ni se tiene criterio de la severidad de la patología infecciosa.

Recomendaciones

Se recomienda para mejorar la actual gestión de la institución y en especial, la gestión del área de tóxico quirúrgico lo siguiente:

Definir estándares e indicadores de calidad.

Recolección periódica de la información necesaria, alimentar la base de datos de los estándares y los indicadores.

Flujo y reporte de la información que asegure la presentación, análisis, retroalimentación de los resultados en las instancias adecuadas como insumo para la toma de decisiones técnicas y políticas para mejorar los procesos de atención.

Difusión de los resultados al personal operativo-administrativo y de los ciclos de mejora para que los mismos puedan ejecutarse.

Agregar una indicación más expresa de periodicidad para todos los casos, junto con los detalles de la técnica de recolección

Adicionar el umbral detallado para los casos cuando el indicador cumple o incumple.

Detallar la persona responsable de la recopilación de la información, en lugar del departamento o cargo responsable de recopilar.

Explicar todos los términos relevantes para la mejor recopilación de datos.

Detallar quienes conforman la muestra y detallar el porcentaje de muestra que se debe utilizar.

Indicar expresamente las fórmulas a utilizar, es decir, el numerador y denominador.

Detallas los objetivos y justificación dentro de la hoja de recolección de datos.

Ampliar claramente la intención o propósito del estándar de calidad y de la declaración de intención de dicho estándar de calidad.

Medir más correctamente el que exista acceso fácil y rápido para dar el servicio de atención materna.

Medir que los insumos y la infraestructura estén disponibles y en óptimas condiciones al momento que se brinda la atención materna, en lugar de medirlo cada tres meses.

Detallar las características del personal de soporte y/o enfermería

Medir que la administración del dolor durante y después de la cirugía sea la correcta.

Medir más detalladamente la buena o mala performance de la cirugía, no solo con indicadores extremos como muerte o mala práctica médica

Incrementar control de medición del monitoreo de la mujer cesareada después de la cirugía.

Se establece que los médicos tratantes y líderes de servicio realicen supervisión del cumplimiento de la norma y medición de estándares

APENDICIS

Matriz de Mejoramiento Control de la Calidad Materno Neonatal

Estándares de atención intrahospitalaria

Estándares: Aplicación Corticosteroides prenatales, Atención post-aborto y evaluación

previa al alta de la puérpera

ESTÁNDAR 8 - 9

| Estándar 8 | Indicador | Formula | Formula del numerador | Formula del denominador | Método de recolección | Umbral | Periodo |
|--|--|--|---|--------------------------------|--|---------------|---------------------|
| Toda mujer post aborto recibe consejería en planificación familiar | Porcentaje de Expedientes post aborto que recibe consejería y que cumple con 4 criterios | Expedientes de mujeres post-aborto que cumplen con todos los Criterios $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ No. de expedientes revisados del período evaluado. | HCP o la plantilla de atención post-aborto de la HCP, Expediente de usuaria | Expediente de usuaria | Revisión retrospectiva de expedientes o SIP | 100% | Mensual |
| Estándar 9 | Indicador | Formula | Formula del numerador | Formula del denominador | Método de recolección | Umbral | Periodicidad |
| Toda mujer con riesgo de parto entre las 24 y 34 semanas de gestación recibió corticosteroides antenatales | Porcentaje de expedientes de embarazadas con riesgo de parto entre las 24 y 34 semanas gestación; que recibieron corticoides antenatales | Expedientes de mujeres con APP que cumplen con los Criterios $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ No. de expedientes revisados del período evaluado | HCP, Expediente de usuaria, | Expediente de usuaria | Revisión retrospectiva de expedientes, o SIP | 100% | Mensual |

ESTÁNDAR 10

| Estándar 10 | Indicador | Formula | Formula del numerador | Formula del denominador | Método de recolección | Umbral | Periodo |
|---|--|---|--|-------------------------|---------------------------------------|--------|---------|
| Toda mujer en post parto previo al alta recibe una evaluación clínica y referencia según guía | Porcentaje de expedientes de puérperas controladas previo al alta según 9 criterios. | Expedientes mujeres puérperas que cumplen con los Criterios $\frac{X}{100 \text{ No. de expedientes revisados del período evaluado.}}$ | Expediente de usuaria, Hoja de evaluación de la puérpera al alta | Expediente de usuaria | Revisión retrospectiva de expedientes | 100% | Mensual |

INSTRUCTIVO:

1.- Los responsables de la evaluación de este estándar serán: Jefaturas Médicas y de Enfermería de Puerperio 2, Cirugía 1, Puerperio 1 y la trabajadora social de salud reproductiva, quienes realizarán la evaluación mensual del mismo. Para la evaluación del Alta de la puérpera (Estándar 10) en la base electrónica consolidada se vaciarán los datos del servicio de Cirugía 1 (Alta de Cesárea) los meses impares del año y los pares los datos de los servicios de Puerperio 1 y 2 (Altas de parto vaginal).

2.- Para seleccionar aleatoria y sistemáticamente la muestra de 10 expedientes: Dividirá el total de abortos, partos, cesáreas o de amenazas de partos prematuros ocurridos en el mes a evaluar entre 10, para establecer el intervalo de selección de cada uno de los 10 expedientes de la muestra; por ej: si fueron 80 abortos en el mes evaluado divide este número entre 10, el número al azar para este caso será cada 8 expedientes del registro de egresos con diagnóstico de aborto; la muestra se tomará de la siguiente manera: el expediente 1, luego el 8, el 16, el 24, y así sucesivamente hasta completar los 10.

- 3.- Si el expediente seleccionado no corresponde al diagnóstico del estándar evaluado seleccione el siguiente de la lista. Si el expediente seleccionado lo permite se podrán evaluar más de 1 estándar por ejemplo esteroides prenatales y evaluación de la puérpera al momento del alta. Si el universo es pequeño (10 o menos) se tomará como muestra la totalidad de expedientes.
- 4.- Para establecer el universo del cual se seleccionará la muestra, se tomarán como fuente de información:
 - a.- El listado de los egresos del sistema estadístico del CIE-10 con diagnóstico de aborto, parto vaginal, cesáreas correspondientes al mes evaluado (Solicitarlo a la persona encargada del mismo).
 - b.- El listado de diagnósticos de APP entre 24 y 34 sem se elaborará de los datos registrados en el libro de egresos del servicio de Puerperio 1.
- 5.- Las fuentes de verificación en el expediente serán:
 - a.- Estándar 5: La HCP o la plantilla de atención post-aborto de la HCP o el expediente clínico nota e indicaciones del médico al alta
 - b.- Estándar 7: La HCP y el expediente clínico en las indicaciones médicas.
 - c.- Estándar 12: El expediente clínico nota e indicaciones del médico al alta de parto normal o cesárea.
- 6.- Para el llenado del instrumento de evaluación del estándar se colocará en la casilla correspondiente al cruce de la columna del expediente y a la fila del criterio, el número “1” si cumple en su totalidad el criterio, “0” si no se cumple, no se registró la información o se cumplió parcialmente y “N/A” cuando el criterio no corresponde al caso.
- 7.- Los responsables de estos estándares entregarán en los primeros 10 días hábiles de cada mes, al coordinador del comité hospitalario de MCC (Sub-director Médico) el instrumento de evaluación (Base electrónica) completamente lleno incluyendo el encabezado de fecha,

Estándares de Atención durante el trabajo de parto, parto y post-parto
ESTÁNDAR 11 - 12

| Estándar 11 | Indicador | Formula | Formul a del numera dor | Formula del denomina dor | Método de recolección | Umbral | Perio do |
|--|--|--|--|---|--|---------------|---------------------|
| Toda mujer en trabajo de parto tendrá su partograma llenado e interpretado correctamente según condición | Porcentaje de expedientes con partograma llenados e interpretados correctamente | Expedientes que cumplen con todos los Criterios $\frac{\text{X}}{100 \text{ No. de expedientes revisados del período evaluado.}}$ | Partograma | Expediente | Revisión retrospectiva de expedientes | 100% | Mensual |
| Estándar 12 | Indicador | Formula | Formul a del numera dor | Formula del denomina dor | Método de recolección | Umbral | Perio do |
| Toda mujer con parto institucional recibirá uterotónicos como parte del Manejo Activo del Tercer Período (MATEP) | Porcentaje de expedientes de mujeres con parto institucional que recibieron uterotónicos como parte del MATEP según criterios establecidos | Expedientes que cumplen con los Criterios $\frac{\text{X}}{100 \text{ No. de expedientes revisados del período evaluado.}}$ | HCP - Hoja de descripción del parto - Hoja de enfermería | Expediente de usuaria | Revisión retrospectiva de expedientes, o SIP | 100% | Mensual |

ESTÁNDAR 13

| Estándar 13 | Indicador | Formula | Formula del numerador | Formula del denominador | Método de recolección | Umbral | Periodicidad |
|--|--|--|---|--------------------------------|---------------------------------------|---------------|---------------------|
| Toda mujer en post parto es controlada en las primeras 2 horas, según guía | Porcentaje de expedientes de puérpera que fueron controladas en las primeras 2 hrs. según criterios. | Expedientes que cumplen con los Criterios $\frac{\text{X}}{100 \text{ No. de expedientes revisados del período evaluado.}}$ | Hoja de Signos vitales y nota de enfermería | Expediente de usuaria | Revisión retrospectiva de expedientes | 100% | Mensual |

INSTRUCTIVO:

- Los responsables de la evaluación de estos estándares serán las o los jefes del servicio de partos (Médico y enfermera) y sus coordinadores de servicios (Labor de partos, reanimación, emergencia) quienes evaluarán mensualmente los indicadores de los mismos.
- Para seleccionar aleatoria y sistemáticamente la muestra de 10 expedientes:
 - Dividirá el total de nacimientos en el mes a evaluar entre 10, para establecer el intervalo de selección de cada uno de los 10 expediente de la muestra; por ej: si fueron 600 partos en el mes evaluado divide éste entre 10, el número al azar para este caso será cada 60 expedientes
 - Se tomará como universo el total de nacimientos ocurridos durante el mes que puede ser obtenido del Sistema de Información en Estadística o informe mensual de nacimientos de archivo clínico o del libro de partos.

3. Si el expediente seleccionado lo permite se podrán evaluar más de 1 estándar Si el expediente seleccionado no corresponde al diagnóstico del estándar evaluado seleccione el siguiente. Para seleccionar cada uno de los expedientes de la muestra se tomara como fuente de información el informe mensual de nacimientos de archivo clínico o del libro de partos donde se registran los nacimientos.

4. Fuente de verificación en el expediente clínico serán:

- Estándar 9:** El partograma y el expediente clínico (Hoja de indicaciones).

- Estándar 10:** Será la HCP y/o nota de enfermería de atención del parto.

- Estándar 11:** Será la hoja de signos vitales de enfermería y las notas de enfermería

5. Para el llenado del instrumento de evaluación del estándar se colocará en la casilla correspondiente al cruce de la columna del expediente y a la fila del criterio, el número “1” si cumple en su totalidad el criterio, “0” si no se cumple, no se registró la información o se cumplió parcialmente y “N/A” cuando el criterio no corresponde al caso

6. Los responsables de estos estándares entregarán al coordinador del comité hospitalario de MCC (Sub-director Médico) cada mes el instrumento de evaluación (Electrónica o físicamente) completamente lleno incluyendo el encabezado de fecha, período y responsable. Además entregará el análisis del proceso de atención con sus planes de mejora o ciclos. Dicha entrega se realizará en los primeros 10 días hábiles de cada mes.

| Instrumento de recolección de datos estándares 13 | | | | | | | | | | |
|---|--------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL | | | | | | | | | | |
| Periodo evaluado: | | | | | | | | | | |
| Fecha de evaluación: | | | | | | | | | | |
| Responsable de la evaluación: | | | | | | | | | | |
| Estándar 13. Toda mujer en el cuarto período del parto es vigilada en las primeras 2 horas, con base a 3 criterios, según guía | | | | | | | | | | |
| El Promedio por criterios nos servirá para focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua, de el o los criterios que no estamos cumpliendo (FALLOS DE LA CALIDAD DE ATENCION). | | | | | | | | | | |
| Indicador: Porcentaje de expedientes de púérpera que fueron controladas en las primeras 2 hrs. según criterios | | | | | | | | | | |
| CRITERIOS | EXPEDIENTES | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| No. de Expediente Clínico | | | | | | | | | | |
| 1.Registro de la hora | | | | | | | | | | |
| 2. Tensión arterial, pulso, control de sangramiento y contractilidad uterina: cada 15 minutos (N°4) y cada 30 minutos (N°2) | | | | | | | | | | |
| 3. Estado de herida operatoria/episiotomía cada hora (N°2) | | | | | | | | | | |

Estándar. 13 Equipos e Insumos básicos de sala de partos y reanimación

| Estándar 13 | Indicador | Formula | Formula del numerador | Formula del denominador | Método de recolección | Umbral | Periodo |
|--|---|---|--|--|------------------------------|---------------|----------------|
| Servicio de partos y reanimación con el 100 % de insumos, medicamentos, equipos básicos para la atención materna y del/a recién nacido/a sano y con complicaciones | Porcentaje de insumos, equipos, medicamentos esenciales, con los que cuenta el servicio de partos y reanimación | Número de insumos, equipos, medicamentos básicos, con los que cuenta servicio de partos y reanimación -----X 100 Total de insumos, equipos, medicamentos esenciales, que deberían contar los servicios de partos y reanimación según lista de chequeo | Lista de chequeo para constatar la existencia de los insumos, equipos y medicamentos seleccionados | El número de Insumos, equipos y Medicamentos que correspondan de acuerdo al tipo de atención que se brinde | Observación directa | 100 % | Trimestral |

INSTRUCTIVO:

1. Los responsables de la evaluación de este estándar serán las o los jefes del servicio de partos (Médico y enfermera) y sus coordinadores de servicios de reanimación (Médico y Enfermera) y labor quienes evaluarán trimestralmente este estándar.
2. La fuente de verificación será mediante observación directa y aplicación de lista de chequeo de insumos que se detalla adelante.
3. Para el llenado del instrumento de evaluación del estándar se colocará en la casilla correspondiente al cruce de la columna del expediente y a la fila del criterio, el número “1” si cumple en su totalidad el criterio, “0” si no se cumple o se cumplió parcialmente.
4. Los responsables de estos estándares entregarán al coordinador del comité hospitalario de MCC, en los primeros 10 días hábiles de cada mes (Sub-director Médico) cada tres meses el instrumento de evaluación (Electrónico) completamente lleno incluyendo el encabezado de fecha, período y responsable; entregará además el análisis del proceso de atención con sus planes de mejora o ciclos.

| Instrumento de recolección de datos estándares 14 | | | | |
|---|-------------|-------|------------|-----------|
| HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL | | | | |
| Periodo evaluado: | | | | |
| Fecha de evaluación: | | | | |
| Responsable de la evaluación | | | | |
| Estándar 14. Sala de partos y reanimación cuenta con el 100% de insumos, equipo y medicamentos básicos para la atención de materna, recién nacidos sanos y con complicaciones | | | | |
| Este estándar servirá para evaluar la disponibilidad de equipos, insumos y medicamentos en las salas de partos. El Promedio por criterios nos servirá para focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua, de el o los criterios que no estamos cumpliendo (FALLOS DE LA CALIDAD DE ATENCION). | | | | |
| Indicador: Porcentaje de insumos, equipos y medicamentos básicos con los que cuenta la sala de partos y reanimación | | | | |
| CRITERIOS | EXPEDIENTES | | | |
| | MARZO | JUNIO | SEPTIEMBRE | DICIEMBRE |
| Número de insumos, equipos y medicamentos básicos con los que cuenta la sala de partos según | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| lista de chequeo | | | | |
| Número de insumos, equipos y medicamentos básicos con los que cuenta la sala de reanimación según lista de chequeo | | | | |

Listado de equipos, insumos y medicamentos básicos en sala de partos y reanimación

| Listado de equipos, insumos y medicamentos básicos para labor de partos | SI | NO | | SI | NO |
|--|----|----|--|----|----|
| 1. Lavabo/jabón antiséptico /agua clorada/alcohol gel antiséptico | | | 11. Bombas de infusión o Microgotero | | |
| 2. Papel interfoliado | | | 12. Líneas de infusión para bombas | | |
| 3. Estetoscopio | | | 13. Líneas de infusión y jeringas con protección UV | | |
| 4. Tensiómetro | | | 14. Espéculos con sus pinzas | | |
| 5. Cinta métrica | | | 15. Equipos completos para atención de parto | | |
| 6. Lámpara de mano con baterías y funcionando | | | 16. Sondas nasogástricas | | |
| 7. Monitores fetales electrónicos | | | 17. Gel lubricante para exámenes vaginales | | |
| 8. Estimulador vibro acústico | | | 18. Guantes estériles de diferentes números | | |
| 9. Electro gel | | | | | |
| 10. Monitores de signos vitales de adulto | | | 42. Cánulas Mayo | | |
| | | | 43. Carros para transporte de paciente con barandales y funcionando | | |
| 19. Guantes limpios | | | 44. Silla de ruedas en buenas condiciones y funcionando | | |
| 20. Sondas Vesicales | | | 45. Tubos y frascos para muestras de laboratorio | | |
| 21. Tricótomos con baterías y hojas reemplazables | | | 46. Suturas de crómico 1, 2-0 y 3-0, Vicryl 2-0,3-0 y 1, Nylon 2-0 y 3-0 | | |
| 22. Amniótomos estériles | | | 47. Lámparas quirúrgicas | | |
| 23. Gorro, Mascarilla y gabachones | | | 48. Equipos de anestesia | | |
| 24. Equipos para aseo vulvar | | | 49. Sondas Foley 16, 18, 20 y 22 | | |
| 25. Equipos de cateterismo vesical | | | 50. Recipientes rígidos | | |
| 26. Soluciones antisépticas vigentes y bien almacenadas | | | | | |
| 27. Equipo completo para vena central | | | | | |
| 28. Frascos para muestras de laboratorio | | | | | |
| 29. Jeringas de 1, 3, 5, 10, 20 y 50 | | | | | |

| | | | | | |
|---|----|----|---|----|----|
| 30. Esparadrapo | | | herméticos para disposición de materiales cortopunzante | | |
| 31. Gasas estériles | | | | | |
| 32. Catéter venoso No. 16, 18, 20, 22 y 24 | | | MEDICAMENTOS | SI | NO |
| 33. Equipo de venoclisis y válvulas de 3 vías | | | 51. Soluciones parenterales: Lactato Ringer / SSN ó Dw 5% y 50% | | |
| 34. Mesas para atención de parto en condiciones apropiadas y funcionando | | | 52. Soluciones coloides y expansoras de volumen | | |
| 35. Desfibrilador | | | 53. Mesa de paro con todos los medicamentos y que estén vigentes e identificados apropiadamente | | |
| 36. Equipo y sondas para aspiración | | | 54. Oxitocina conservando cadena de frío | | |
| 37. Tegaderm | | | 55. Carbetocina | | |
| 38. Recipientes sólidos para desecho de corto-punzantes | | | 56. Misoprostol | | |
| 39. Tiras reactivas para orina y glucosa | | | 57. Hidralazina IV | | |
| 40. Oxígeno y mascarillas para adulto | | | | | |
| 41. Basureros | | | 17. Dispositivo para proveer ventilación positiva(de 90-100% de Oxígeno) | | |
| 58. Nitroglicerina IV almacenada | | | 18. Campana Cefálica | | |
| 59. Fenoterol | | | | | |
| 60. Lidocaína 2% | | | Equipo de Intubación | SI | NO |
| 61. SO ₄ MG, Ca ⁺⁺ , K ⁺ , Na ⁺ , HCO ₃ ⁻ , Gluconato de calcio | | | 19. Laringoscopios con hojas rectas y curvas, N° 0, 01 | | |
| 62. Betametasona | | | 20. Foco y baterías de remplazo para laringoscopio | | |
| 63. Dexametasona | | | 21. Tubos endo-traqueales 2, 2.5,3,3.5 y 4mm de diámetro interno | | |
| REANIMACIÓN DE RECIÉN NACIDOS | SI | NO | 22. Tijeras | | |
| 1. Lavabo/jabón/gel antiséptico | | | 23. Cinta adhesiva ½ ó ¾ de pulgada | | |
| 2. Papel interfoliado | | | 24. Alcohol y algodón | | |
| 3. Estetoscopio | | | 25. Solución protectora | | |
| 4. Oxímetro de pulso funcionando | | | | | |
| 5. Cinta Métrica | | | | | |
| 6. Lámpara de emergencia funcionando | | | | | |
| 7. Termómetros rectales | | | | | |

| | | | | | |
|--|----|----|--|--|--|
| 8. Lámpara de Mano funcionando y con baterías | | | 26. Oxímetro de pulso | | |
| 9. Balanza con tallímetro para lactante Equipo de aspiración | | | 27. Máscara laríngea | | |
| 10. Pera de goma estéril y bien almacenada | | | 28. Material de fijación: Cinta umbilical, tintura protectora y esparadrapo | | |
| 11. Aspirador mecánico | | | 29. Suministro de oxígeno empotrados | | |
| 12. Sondas de aspiración 6F,8F,10F,12F | | | 30. Líneas de Oxígeno Equipo en área de Puerperios | | |
| 13. Sonda de alimentación 5 y 8F y jeringa de 10 y 20ml | | | 31. Bolsa con equipo de reanimación neonatal básica en puerperio 2 con: Bolsa autoinflable, mascarilla, Tambo de oxígeno portátil, perillas, sondas de aspirar, equipo de aspirar, laringoscopios y tubos oro traqueales de diferentes diámetros | | |
| 14. Aspirador de meconio | | | 41. Bicarbonato de sodio.2%(5mEq/10ml) frasco de 50 ml | | |
| 15. Máscaras faciales tamaños de RN a término y prematuro | | | 42. Hidrocloruro de naloxona 0.4mg/ml-ampollas de 1ml, ó 1.0mg/ml-ampollas de 2.ml resguardado apropiadamente | | |
| 16. Fuente de oxígeno con flujómetro (Flujo hasta 10L/min) y tubos | | | 43. Dextrosa 10% de 250ml | | |
| Insumos para accesos vasculares | SI | NO | 44. Material, equipo para cateterización de vasos umbilicales | | |
| 32. Tegaderm | | | 45. Guantes estériles de diferentes tamaños | | |
| 33. Solución antiséptica (Alcohol y Clorhexidrina) | | | 46. Bisturí o tijeras | | |
| 34. Catéteres umbilicales 3.5 F y 5 F | | | 47. Vitamina k | | |
| 35. Seda 3-0 | | | 48. Ungüento oftálmico | | |
| 36. Llave de tres vías | | | 49. Ampollas de agua bidestilada de 10 cc | | |
| 37. Jeringas 1,3,5,10,20 y 50ml | | | 50. Xilocaina al 2% | | |
| 38. Agujas 25,21 y 18G | | | 51. Cristaloides isotónicos | | |
| 39. Equipo de disección yugular | | | | | |
| MEDICAMENTOS | SI | NO | | | |
| 40. Adrenalina 1:10,000(0.1mg/ml) | | | | | |

| | | | | | |
|-----------------|--|--|---|--|--|
| ampollas de 1ml | | | (solución salina o lactato de Ringer) para expansión de volumen 100 a 250 | | |
|-----------------|--|--|---|--|--|

Estándares 15

De manejo de principales complicaciones durante el embarazo y parto

| Estándar 15 | Indicador | Formula | Formu la del numer ador | Formula del denominador | Método de recolección | Umbral | Periodo |
|---|--|--|-------------------------|-------------------------|---------------------------------------|--------|---------|
| Toda mujer con infección puerperal debe ser manejada según guía | Porcentaje de expedientes de mujeres con infección puerperal que recibieron tratamiento según guía | Expedientes que cumplen con los Criterios _____X 100 No. de expedientes revisados del período evaluado | Expediente | Expediente | Revisión retrospectiva de expedientes | 100% | Mensual |

Estándar 16

Toda mujer con hemorragia obstétrica debe ser manejada según guía

| Estándar 16 | Indicador | Formula | Formula del numerador | Formula del denominador | Método de recolección | Umbral | Periodo |
|---|---|--|---|-------------------------|---|--------|---------|
| Toda mujer con hemorragia obstétrica debe ser manejada según guía | Porcentaje de expedientes de mujeres con hemorragia obstétricas que recibieron tratamiento según guía | Expedientes que cumplen con los Criterios _____X 100 No. de expedientes revisados del período evaluado | HCP -Hoja de descripción del parto - Hoja de enfermería | Expediente de usuaria | Revisión retrospectiva de expedientes , | 100% | Mensual |

Estándar 17**Toda mujer con pre-eclampsia grave/eclampsia debe ser manejada según guía**

| Estándar 17 | Indicador | Formula | Formul a del numera dor | Formul a del denomi nador | Método de recolección | Umbral | Periodo |
|--|---|--|-------------------------|---------------------------|---------------------------------------|--------|---------|
| Toda mujer con pre-eclampsia grave/eclampsia debe ser manejada según guía. | Porcentaje de expedientes de mujeres con preeclampsia grave/eclampsia que recibieron tratamiento según guía | Expedientes que cumplen con los Criterios $\frac{_X}{100} \times \text{No. de expedientes revisados del período evaluado}$ | Expediente | Expediente | Revisión retrospectiva del expediente | 100% | Mensual |

INSTRUCTIVO

- 1.- Los responsables de la evaluación de estos estándares serán los miembros del comité hospitalario de MCC: El Jefe de servicios médicos, el epidemiólogo, el encargado de la vigilancia de la mortalidad materno-perinatal, o el equipo de MCC de perinatología quienes evaluarán este estándar mensualmente
- 2.- Para seleccionar aleatoria y sistemáticamente la muestra de 10 expedientes: Dividirá el total de morbilidades con estos diagnósticos en el mes a evaluar entre 10 para establecer el intervalo de selección de cada uno de los 10 expediente de la muestra por ej: si fueron 80 casos de PEG ó HPP en el mes evaluado divide este # entre 10, el número al azar para este caso será cada 8 expedientes Si el expediente seleccionado no corresponde al diagnóstico del estándar evaluado seleccione el siguiente.
- 3.- Si el expediente seleccionado lo permite se podrán evaluar más de 1 estándar. Si el expediente seleccionado no corresponde al diagnóstico se tomará el siguiente

4.- Para seleccionar los expedientes de la muestra se tomara como fuente de información:

a. Estándar 15: Libro de partos y el Sistemas de altas CIE-10 que lleva el estadístico de registros médicos.

b. Estándar 16: Libro de partos y el Sistemas de altas CIE-10 que lleva el estadístico de registros médicos.

c. Estándar 17: El Sistemas de altas CIE-10 con diagnóstico de PEG/Eclampsia y/o el libro de altas de puerperio 1.

5.- Fuente de verificación de estos estándares será el expediente clínico en su totalidad

6.- Para el llenado del instrumento de evaluación del estándar se colocará en la casilla correspondiente al cruce de la columna del expediente y a la fila del criterio, el número 1 si cumple en su totalidad el criterio, "0" si no se cumple, no se registró la información o se cumplió parcialmente y "N/A" cuando el criterio no corresponde al caso

7.- Verificará en todos los expedientes los criterios correspondientes al manejo general de cada una de las complicaciones y el resto de criterios de acuerdo a la causa de la hemorragia obstétrica. Para ello en la casilla superior donde aparecen los diferentes diagnósticos de hemorragia obstétrica colocará el número de la casilla que corresponde a la casilla de la muestra. (NO EL NÚMERO DEL EXPEDIENTE sólo el número de la casilla del 1 al 10) El número del expediente deberá colocarlo en la fila donde corresponde según la lista de verificación. Por ejemplo si el expediente 1 de la muestra es un caso de atonía uterina en la casilla superior donde aparece este diagnóstico colocará el # 1 verificará los criterios del 1 al 17 y luego del 31 al 42 que corresponde a una atonía uterina; en la fila donde aparece N° de expediente colocara el mismo.

8.- Los responsables de estos estándares entregarán al coordinador del comité hospitalario de MCC (Sub-director Médico) cada mes el instrumento de evaluación completamente lleno incluyendo el encabezado de fecha, período y responsable (Electrónica o físicamente).

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 18. Fibrinógeno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19. TP, TPT, TT. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20. Cultivos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MANEJO TERAPÉUTICO - - - - - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21. Toma de signos vitales por turno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22. Uso de medios físicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23. Uso de analgésicos / antipiréticos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24. Uso de líquidos endovenosos y cumplimiento, según prescripción | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25. Prescripción de antibióticos adecuados según guía clínica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26. Evaluación por especialista o médico de mayor jerarquía dentro de las 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27. Valoración de cambio de antibióticos a las 72 horas si la paciente no mejoró | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28. Exploración de drenaje y curación de herida operatoria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29. Cumplimiento de heparina profiláctica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30. Referencia al hospital que corresponde | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REFERENCIA A NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD SEGÚN PATOLOGÍA - - - - - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31. Traslado oportuno a otro establecimiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32. Estabilización de la paciente previa al traslado. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33. Cumplimiento de 1a. dosis de antibióticos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 34. Coordinación de referencia con establecimiento de mayor complejidad. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35. Traslado acompañado por personal de salud según condición. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 36. Traslado en ambulancia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MANEJO QUIRÚRGICO - - - - - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 37. Realización de algún procedimiento quirúrgico incluyendo histerectomía según condición (Legrado, AMEU, Laparotomía, desbridamiento de herida, re sutura de herida operatoria). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESULTADO DEL MANEJO: - - - - - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 38. Antibiótico con base al antibiograma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 39. Cumplimiento de medicamentos a la hora | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40. Establecimiento del origen de la infección: (Caso de cirugía o parto vaginal) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 41. Mejoró (Aplica 1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42. Falleció (Aplica 0) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instrumento de recolección de datos estándares 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Periodo evaluado: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de evaluación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|-------------------|--|--|--------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Responsable de la evaluación: | | | | | | | | | | |
| Estándar 16.Toda mujer con hemorragia obstétrica debe ser manejada según guía | | | | | | | | | | |
| Placenta Previa | Abrupto de placenta | Atonía Uterina | Desgarros de cérvix, vagina y perineales | | | | | | | |
| Ruptura uterina | Retención placentaria | Inversión uterina | Aborto | | | | | | | |
| Indicador: Porcentaje de expedientes de mujeres con hemorragia obstétricas que recibieron tratamiento según guía | | | | | | | | | | |
| CRITERIOS | | | | | EXPEDIENTES | | | | | |
| | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| N° de Expediente | | | | | | | | | | |
| AL INICIO DE DETECTADA LA MORBILIDA; EN TODO PATOLOGIA DEBERA DE EVALUAR LOS SIGUIENTES CRITERIOS : | | | | | | | | | | |
| 1. Edad gestacional/parto. | | | | | | | | | | |
| 2. Tensión Arterial | | | | | | | | | | |
| 3. Pulso. | | | | | | | | | | |
| 4. Determinó si existe shock hipovolémico y lo trató. | | | | | | | | | | |
| 5. Evaluación inmediata por médico obstetra de mayor experiencia, máximo 15 minutos después del ingreso. | | | | | | | | | | |
| 6. Toma de 2 venas con catéter N° 18 con lactato de Ringer o SSN | | | | | | | | | | |
| 7. Colocación de sonda vesical y realizo Bh y cuantifico la diuresis horaria. | | | | | | | | | | |
| 8. Indicó en el post-parto o post quirúrgico: Hemograma, plaquetas y pruebas de coagulación seriadas. | | | | | | | | | | |
| 9. Indicó antibióticos profilácticos. | | | | | | | | | | |
| 10. Transfundió glóbulos rojos empacados si Hb es 7gr% o hay signos o síntomas de inestabilidad hemodinámica o de hipoxia. Crio-precipitados si fibrinógeno <100, tiempos de coagulación prolongados, Plasma fresco congelado si hay prolongación de tiempo TP ó TT >1.5 del contol normal, plaquetas si son <50,000. | | | | | | | | | | |
| PRUEBAS DE LABORATORIO PARA TODAS LAS PATOLOGIAS DETECTADAS | | | | | | | | | | |
| 11. Hemograma | | | | | | | | | | |
| 12. Plaquetas. | | | | | | | | | | |
| 13.Tipo y Rh. | | | | | | | | | | |
| 14. Prueba cruzada | | | | | | | | | | |
| 15. Prueba del tubo. | | | | | | | | | | |
| 16. Fibrinógeno | | | | | | | | | | |
| 17. TP, TPT, TT. | | | | | | | | | | |

Estándar 18**Atenciones al recién nacido normal y lactancia materna**

| Estándar 18 | Indicador | Formula | Formula del numerador | Formula del denominador | Método de recolección | Umbral | Periodo |
|---|---|---|--|-------------------------|---------------------------------------|--------|---------|
| Todo recién nacido sano recibe atención al nacer según guía | Porcentaje de expedientes clínicos de madres que cuentan con los criterios establecidos para evaluar al neonato al momento del nacimiento | $\frac{\text{Expedientes que cumplen con los Criterios}}{100 \text{ No. de expedientes revisados del período evaluado}} \times X$ | HCP y nota de enfermería de neonatólogos de atención inmediata del recién nacido | Expediente Materno | Revisión retrospectiva de expedientes | 100% | Mensual |

INSTRUCTIVO

1.- Los responsables de la evaluación de estos estándares serán Coordinadora del comité de lactancia materna, médico y enfermera coordinadora de reanimación y el Jefe de residente de neonatología según su competencia y se evaluarán mensualmente.

2.- Para seleccionar aleatoria y sistemáticamente la muestra de 10 expedientes: Dividirá el total de partos entre 10 para establecer el intervalo de selección de cada uno de los 10 expediente de la muestra por ej: si fueron 800 partos en el mes evaluado divide este número entre 10, el número al azar para este caso será cada 80 expedientes.

3.- Si el expediente seleccionado es un recién nacido con morbilidad o muerto descártelo y seleccione el siguiente. Si el expediente seleccionado lo permite se podrán evaluar más de 1 estándar

4.- Para seleccionar los expedientes de la muestra se tomara como fuente de información el libro de partos o el Sistema de registro de altas CIE-10 para determinar el total de partos atendidos ese mes. y los libros de reanimación y de egreso de los diferentes servicios de neonatos.

5.- Fuente de verificación serán:

14. Estándar 18: HCP en la parte de atención inmediata del recién nacido, la nota del neonatólogos y de enfermera que brindaron las atenciones en la reanimación.

6.- Para el llenado del instrumento de evaluación del estándar se colocará en la casilla correspondiente al cruce de la columna del expediente y a la fila del criterio, el número 1 si cumple en su totalidad el criterio, “0” si no se cumple, no se registró la información o se cumplió parcialmente y “N/A” cuando el criterio no corresponde al caso

7.- Los responsables de estos estándares entregarán al coordinador del comité hospitalario de MCC (Sub-director Médico) cada mes el instrumento de evaluación completamente lleno incluyendo el encabezado de fecha, período y responsable(Electrónica o físicamente). Además entregará el análisis del proceso de atención con sus planes de mejora o ciclos PEVA; dicha entrega se realizará en los primeros 10 días hábiles del mes evaluado

| |
|--|
| Instrumento de recolección de datos estándares 18 |
| HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL |
| Periodo evaluado: |
| Fecha de evaluación: |
| Responsable de la evaluación: |
| Estándar 18. Todo neonato normal recibe atención inmediata al nacer según guía |
| Estándar para evaluar la calidad de cuidados brindados al recién nacido sin complicaciones. El Promedio por criterios nos servirá para focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua, de el o los criterios que no estamos cumpliendo (FALLOS DE LA CALIDAD DE ATENCION) |
| Indicador: Porcentaje de expedientes clínicos de madres que cuentan con los criterios establecidos para evaluar al neonato. |

| CRITERIOS | EXPEDIENTES | | | | | | | | | |
|--|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| No. de Expediente Clínico | | | | | | | | | | |
| 1. Fecha y hora de nacimiento | | | | | | | | | | |
| 2. Evaluado por neonatólogos en los primeros 30 minutos de vida. | | | | | | | | | | |
| 3. Vitamina K en reanimación. | | | | | | | | | | |
| 4. Profilaxis ocular en reanimación | | | | | | | | | | |
| 5. Sexo. | | | | | | | | | | |
| 6. Peso al nacer. | | | | | | | | | | |
| 7. Perímetro Cefálico. | | | | | | | | | | |
| 8. Longitud. | | | | | | | | | | |
| 9. Edad gestacional al nacer . | | | | | | | | | | |
| 10. Peso para edad gestacional . | | | | | | | | | | |
| 11. APGAR. | | | | | | | | | | |
| 12. Se documentó si se Reanimó o no | | | | | | | | | | |
| 13. Referido. | | | | | | | | | | |
| 14. Defectos congénitos | | | | | | | | | | |
| 15. Enfermedades | | | | | | | | | | |
| 16. Comprobó permeabilidad anal | | | | | | | | | | |
| 17. Fallece en reanimación | | | | | | | | | | |

Estándar 25

Para la evaluación de prevención de infecciones nosocomiales

| Estándar 25 | Indicador | Formula | Formula del numerador | Formula del denominador | Método de recolección | Umbral | Periodo |
|---|---|--|---|--|--------------------------|--------|---------|
| A todo paciente hospitalizado en riesgo prevenible de desarrollar IAAS, se le cumplen las medidas de prevención | Porcentaje de usuarios/as hospitalizados o en riesgo de desarrollar IAAS en los/as que se cumplen las medidas preventivas | $\frac{\text{No de usuarios/as hospitalizado en riesgo de desarrollar IAAS en los/as que se cumplen las medidas preventivas}}{\text{No de usuarios/as hospitalizados en riesgo de desarrollar IAAS en servicio y período evaluado.}} \times 100$ | Expediente clínico y hoja de notificación de caso IAAS. | Hoja de censo del Sistema de Vigilancia del Comité de prevención y control de IAAS | Indirecto | 100% | Mensual |

INSTRUCTIVO

1.- Los responsables de la evaluación de este estándar serán el médico y la enfermera del Comité de prevención y control de infecciones en coordinación con el Comité de Calidad del hospital.

2.- La selección de expedientes será aleatoria para una muestra de 10 expedientes:

Para la Prevención de Infección de Sitio Quirúrgico: se seleccionarán únicamente pacientes operados de manera electiva, obtener en Estadística o del libro de Sala de Operaciones el total de cirugías realizadas y definirá el intervalo de selección de expediente similar a los anteriores.

Para la prevención de infección materna y de onfalitis: se incluirán los partos por vía vaginal y abdominal. Para ello obtendrá el total de partos ocurridos en el mes y procederá a obtener el intervalo dividiéndolo entre 10.

3.- La fuente de verificación de los criterios es el expediente clínico, para el criterio 27 además es la hoja de estudio de caso de infecciones del Comité de prevención y control de IAAS.

4.- Se considerará como antiséptico apropiado el jabón yodado con 1% de yodo libre o clorhexidina al 4%.

5.- Los criterios se verificarán en el periodo comprendido desde la exposición al riesgo hasta el periodo establecido según definición de IAAS

6.- Para la calificación de los criterios revisarán:

Si está documentado todo el enunciado del criterio: indicado, anotado de cumplido, consignado en la parte correspondiente del expediente (Nota de evolución, de enfermería, cuadrícula, reporte operatorio, por ejemplo), anotará “1”.

Si no está documentado o escrita la evidencia del enunciado completo del criterio o solo se documenta parte de éste, o la información es contradictoria (Indicado y no cumplido o no hay nota, no corresponde a la fecha y tiempo, es más de lo requerido o menos, o se contradice la información de las fuentes de verificación, etc.), anotará “0” cero.

Si el criterio es condición específica y el paciente no la cumple o no se requería en él, anotar “NA” no aplica.

7.- En un solo expediente pueden evaluarse varias infecciones si el paciente las ha presentado.

8.- Los responsables de estos estándares entregarán en los primeros 10 días hábiles de cada mes, al coordinador del comité hospitalario de MCC (Sub-director Médico) el instrumento de evaluación (Base electrónica) completamente lleno incluyendo el encabezado de fecha, período y responsable. Además entregará el análisis del proceso de atención con sus planes de mejora o ciclos PEVA de existir brechas en el cumplimiento del estándar.

| |
|---|
| Instrumento de recolección de datos estándares 25 |
| HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL |
| Periodo evaluado: |
| Fecha de evaluación: |
| Responsable de la evaluación: |
| Estándar 25. A todo paciente hospitalizado en riesgo prevenible de desarrollar IAAS, se le cumplen las medidas de prevención |
| Este estándar permitirá evaluar los cuidados brindados a los recién nacidos trasladados al hospital 1° de Mayo por las diferentes maternidades del ISSS y las condiciones en que son recibidos en dicho hospital. El Promedio por criterios nos servirá para focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua, de el o los criterios que no estamos cumpliendo (FALLOS DE LA CALIDAD DE ATENCION). |

Anexo 2: Encuesta a Usuario del Área de Toco Quirúrgico**HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL**

Fecha:.....

15. Edad

Años.-

0 – 11 meses 1 – 10 años 11 – 20 años 21 – 30 años 31 – 40 años 41 - 50 años 51 – 60 años

2.- ¿Qué Tiempo tuvo que esperar para ingresar al hospitalización?

Menos de 30 minutos Más de 30 minutos Más de 60 minutos Sin respuesta

3.- ¿Cómo califica el trato que recibió del personal de la casa de salud?

Regular Mala Buena Sin respuesta

4.- ¿Conoce el nombre de su médico?

SI

NO

Sin respuesta

5.- ¿Informaron los cuidados a seguir en la casa?

SI

NO

Sin respuesta

6.- ¿Cómo fue la información que recibió?

Comunicación sobre los deberes derechos del paciente y procedimientos a realizarlos

SI

NO

Sin respuesta

7.- ¿Cómo califica el trato que recibió del médico de la casa de salud?

Regular

Mala

Buena

Sin respuesta

8.- ¿Cómo califica el trato que recibió de la/el enfermera(o) de la casa de salud?

Regular

Mala

Buena

Sin respuesta

Bibliografía

Administración HMHP. (s.f). Guasmo cite.

Albrecht, K. (1990). La revolución del servicio. Legis Editores.

Alcalá, H. N. (2007). Reforma constitucional de 2005 y control de constitucionalidad de tratados internacionales. *Estudios Constitucionales: Revista del Centro de Estudios Constitucionales*, 5(1), 59-88.

Anderson, E. W., Fornell, C., & Rust, R. T. (1997). Customer satisfaction, productivity, and profitability: Differences between goods and services. *Marketing science*, 16(2), 129-145.

Ardouin. (2010). *Fundamentos de Enfermería*. Córdoba.

Arias, Fidas G. *El proyecto de investigación*. Fidas G. Arias Odón, 1999.

Arias, F. (1995). *Guías prácticas para el embarazo y el parto de alto riesgo*, Mosby Doyma.

Caïs, Jordi. *Metodología del análisis comparativo*. Centro de Investigaciones Sociológicas, 2002.

Centro de Salud Matilde Hidalgo de Procel,. (2015a). *Instrumento de Estándar de Calidad*. Archivo de Excel, Guayaquil.

Centro de Salud Matilde Hidalgo de Procel,. (2015b). *Monitoreo de Calidad Consolidado para Hospitales de la Zona*. Archivo Excel, Guayaquil.

Clarke, & Aiken. (2006). More nursing, fewer deaths. *Qual.Saf.*

- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Ecuador Saludable, Voy por tí – Base Legal. Alfaro - Ecuador: Nacional.
- Covell, C. (2008). The middle range theory of nursing intellectual capital. Journal.
- Crosby, P. B. (1990). La calidad no cuesta: el arte de cerciorarse de la calidad (No. 658.568 C949c).
- Cruz, A. (2008). Temas sobre gerencias Política y Gobierno. Venezuela.: Los Ángeles.
- Deming, W. E., & Medina, J. N. (1989). Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis. Ediciones Diaz de Santos.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. The Milbank memorial fund quarterly, 166-206.
- ETSI, S. (2015).ETSI - What are standards? ETSI. Obtenido 11 December 2015, de:
<http://www.etsi.org/standards/what-are-standards>
- Fadq.org,. (2012). Diseño y elaboración de indicadores de calidad (1st ed.). Madrid, España: fadq.org. Obtenido 11 December 2015 de:
<http://www.fadq.org/Portals/0/Servicios/Medir%20para%20mejorar/Dise%C3%B1o%20de%20indicadores/Dise%C3%B1o%20de%20Indicadores%20calidad..pdf>
- Feigenbaum, A. V. (1994). Control total de la calidad (Vol. 1). Continental.
- Garvin, D. A. (1996). Competir en las 8 dimensiones de la calidad. Diplomado Europeo en Administración y Dirección de Empresas.
- Gas, H. A. (1997). Administración de la calidad de la atención médica.

Gilmore, C., Novaes, d. M., & Humberto. (1996). Manual de gerencia de la Calidad. Kellogg: organización Panamericana de Salud.

Gobierno del Ecuador. (2013 - 2017). Plan Nacional del Buen Vivir. Quito.

González. (1999). Normas Internacionales de Administración de Calidad, Sistemas de Calidad Ambientales ISO 9000, QS 9000, ISO 14000. México: Mac Graw - Hill.

Gov.uk,. (2014). Fundamental standards: improving quality and transparency in care - News stories - GOV.UK. Gov.uk. Obtenido el 12 December 2015, de:

<https://www.gov.uk/government/news/fundamental-standards-improving-quality-and-transparency-in-care>

Grajales, Tevni. "Tipos de investigación." On line) (27/03/2.000). Revisado el (2000).

Joint Commission International, (2011). Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International (1st ed.). Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission International. Obtenido 11 Diciembre 2015 de:

<http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/calidad/JCI%204aEdicionEstandaresHospitales2011.pdf>

Juran, J. and Godfrey, A. (1999). Juran's quality handbook. New York: McGraw Hill.

Krueger, Richard A. El grupo de discusión: guía práctica para la investigación aplicada. Ediciones Pirámide, 1991.

Leon, W. E. (2008). Normas y Protocolos Maternos. MSP.

Malagan, & Pardo. (2000). Administración hospitalaria (Vol. 501).

Ministerio de Salud. (1995). Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería en Establecimientos de servicios Médicos.

Ministerio de Salud Perú. (2003). Normas Técnicas De Estándares De Calidad Para Hospitales E Institutos Especializados (1st ed.). Lima: Ministerio de Salud Perú.
Obtenido el 12 December 2015, de:
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg_pac/EstandarHosp2003.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2005). Manual Modelo Atención Integral Salud - Familiar Comunitario e Intercultural.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, & CONASA,. (2008). Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno - Neonatal (1st ed.). Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Retrieved from http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D65.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2013). Manual del Modelo de Salud MAIS. Subsecretaría Nacional de Gobernanza.

Ministerio de Salud Pública. (2014). Dirección Nacional de Normalización.

Ministerio de Salud Pública. (2015). Ecuador sin Muertes Maternas. Quito.

Ministerio del Ambiente. (1999). Ley Nª 37 de Gestión Ambiental. Ecuador.

Ministerio Salud Pública. (2008). Antropología Social. Argentina.

Ministerio Salud Pública de Honduras-Ecuador-Nicaragua/USAID. (2008). Proyecto de garantía de calidad QAP/URC. OPS.

Min. Protección Social Colombia,. (2015). Metodología De Cálculo De Costos De Calidad y No Calidad. Mps1.minproteccionsocial.gov.co. Obtenido el 12 December 2015, de: <http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea%207/3.1estandares.html>

National Cancer Institute,.(2015). NCI Dictionary of Cancer Terms. National Cancer Institute. Obtenido 12 December 2015, de: <http://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms?cdrid=346525>

Narcisa, D. (2014). Tesis de Grado. Milagro: Universidad Estatal de Milagro.

NICE. (2014). Health and Social Care Directorate Quality standards Process guide (1st ed.). Manchester: National Institute for Health and Care Excellence. Obtenido 12 December 2015 de <http://www.nice.org.uk/Media/Default/Standards-and-indicators/Quality-standards/quality-standards-process-guide-update-dec-2014.pdf>

NICE. (2015a). Quality Standards | Standards & Indicators | NICE.Nice.org.uk. Obtenido 12 December 2015, de: <https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators>

NICE. (2015b). Antenatal care - NICE Pathways.Pathways.nice.org.uk. Retrieved 14 December 2015, from <http://pathways.nice.org.uk/pathways/antenatal-care#path=view%3A/pathways/antenatal-care/routine-care-for-all-pregnant-women.xml&content=view-quality-statement%3Aquality-statements-services-access-to-antenatal-care>

OMS/OPS. (2007). La Renovación de la Atención Primaria en las Américas.

Organización Mundial de la Salud. (s.f). Cirugía Segura. Ginebra: CH - 1211.

Organización Mundial Salud. (2008). seguridad del paciente.

Organización Panamericana de la Salud. (2011). Enfermería y Seguridad de los pacientes.
Washington: DC:.

Organización Panamericana de la salud. (2011). enfermería y seguridad de los pacientes.
Washington: DC OPS.

Organización Panamericana Salud; Organización Mundial de la Salud. (s.f). La salud de los
pueblos indígenas de las Américas conceptos estrategias, prácticas y desafíos. Quito.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). Servqual. Journal of retailing, 64(1),
12-40.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service
quality and its implications for future research. the Journal of Marketing, 41-50.

Peerpt.com., (2014). The Definition of Healthcare Quality and the Institute of Medicine |
PeerPoint. Obtenido el 11 December 2015, de:
<http://www.peerpt.com/performancequality-improvement/the-definition-of-healthcare-quality-and-the-institute-of-medicine/>

Perez, Mengana, Blay, V., & Álvarez. (1998). Metodología para la Evaluación de la Calidad
de los servicios y Programas de Enfermería. Desarrollo Científico de Enfermería.

Pública, M. D. (2012). Ministerio de Salud Pública. Recuperado el, 18.

Quintana, M., & Obregón, L. G. La Asignación Universal Por Hijo Y La Asignación Por Embarazo.

Rodríguez, P. (2014). Dirección Nacional Financiera. MSP.

Real Academia Española,. (2015). Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario. Diccionario de la lengua española. Obtenido 11 December 2015, de: <http://dle.rae.es/?id=GltBvT9>

Ruiz, F. L. (2003). Taguchi: La Calidad en cifras. Qualitashodie: Excelencia, desarrollo sostenible e innovación, (89), 76-78.

Rothery, B. (1997). Iso 14000, Iso 9000. Panorama.

Servicio Andaluz de Salud,. (2009). Documento marco sobre Estándares de Calidad de la Atención Urgente a los ciudadanos y las ciudadanas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (1st ed.). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Obtenido el 14 Diciembre 2015 de: http://www.epes.es/anexos/publicacion/Estandares_Calidad/EstandaresdeSalud.pdf

Shewhart, W. A. (1997). Control económico de la calidad de productos manufacturados. Ediciones Díaz de Santos.

Silva, G., & Galicia, P. (s.f). La Calidad de la Atención Interpersonal de Enfermería.

Sower, V., Duffy, J., Kilbourne, W., Kohers, G., & Jones, P. (2001). The Dimensions of Service Quality For Hospitals: Development and Use of the KQCAH Scale. Health Care Management Review, 26(2), 47-59. <http://dx.doi.org/10.1097/00004010-200104000-00005>

Strauss, A. L., & Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Universidad de Antioquia.

Tarres Serat J. (2004). Calidad en atención Básica en salud. Brasil: Badalona Serveis.

Vanormellingen, & Pineda. (1998). Gerencia de Calidad en Salud. OPS.

Vargas, E. D. (2007). Planeación Estratégica. Lima.

WorldHealth Organization. (2011). OMS prevención y tratamiento de la pre eclampsia y la eclampsia: resumen de las recomendaciones.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Haro Tucunango Martha Isabel , con C.C: # 060181202-7 autor(a) del trabajo de titulación: Propuesta de Mejoramiento de los Estándares de Calidad del Área de Toco Quirúrgico del Hospital Matilde Hidalgo de Procel 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, 02 de Julio de 2016

f. _____

Nombre: Haro Tucunango Martha Isabel

C.C:060181202-7

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

| | | | |
|--|---|------------------------|-----|
| TÍTULO Y SUBTÍTULO: | Propuesta de mejoramiento de los estándares de calidad del área de Toco quirúrgico del Hospital Matilde Hidalgo de Procel | | |
| AUTOR(ES) (apellidos/nombres): | Haro Tucunango Martha Isabel | | |
| REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres): | Econ. Glenda Gutiérrez Candela, Mgs Ing. Elsie Zerda Barreno Dr. Obando Freire Francisco | | |
| 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: | 2 de julio de 2016 | No. DE PÁGINAS: | 170 |
| ÁREAS TEMÁTICAS: | Salud | | |
| PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS: | : Toco quirúrgico, estándares, mejora continua, calidad, servicios de salud pública. | | |

Resumen:

Antecedentes: El presente trabajo se realizó en la ciudad de Guayaquil del sector Guasmo con el **objetivo:** de Elaborar una propuesta de mejoramiento de los estándares de calidad al nivel de atención de madres embarazadas que acuden a la atención en el área de toco quirúrgico del Hospital Matilde Hidalgo de Procel, en los últimos años se ha venido analizando la atención que se brinda al estado materno-neonatal, se ha transformado en una prioridad para el Ministerio de Salud Pública con el fin de comprometerse y hacer cumplir los objetivos del milenio en reducir la morbi-mortalidad materno-neonatal, mediante los estándares de calidad se podrá analizar las teorías, identificar los estándares, determinar la satisfacción de las usuarias y capacitar al personal salud para implementar los estándares. **La metodología:** planteada define las características del tipo de estudio transversal con los análisis de los estándares de calidad del MSP, se refiere a aquella que se realiza en un tiempo específico mediante las historias clínicas, se verifico los resultados detallando la revisión de los expedientes clínicos del área de toco quirúrgico del hospital tomando los expedientes de 162 pacientes que han sido atendidas, donde se observó que las madres que acuden a esta institución son madres de 21 a 30 años con el 40% y de 11 a 20 años con el 24%, para su ingreso el tiempo de esperar es más de 60 minutos. **Conclusión** Es importante recalcar lo encontrado con la realización del proyecto del marco teórico, el mismo que tuvo como principal hallazgo las oportunidades de mejorar para poder emplear los estándares de calidad, y brindarles un trato más eficaz y con mayor rapidez en el tiempo de atención tanto en las madres como en los recién nacidos por parte de los profesionales en el área con el manejo de la matriz materno neonatal y la supervisión

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| ADJUNTO PDF: | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> NO |
| CONTACTO CON AUTOR/ES: | Teléfono: 09944019389 | E-mail: isabel1962@hotmail.com |
| CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN: | Nombre: Lapo Maza, María del Carmen | |
| | Teléfono: +593-9-42206950 / 0999617854 | |
| | E-mail: maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec | |

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

| | |
|---|--|
| Nº. DE REGISTRO (en base a datos): | |
| Nº. DE CLASIFICACIÓN: | |
| DIRECCIÓN URL (tesis en la web): | |