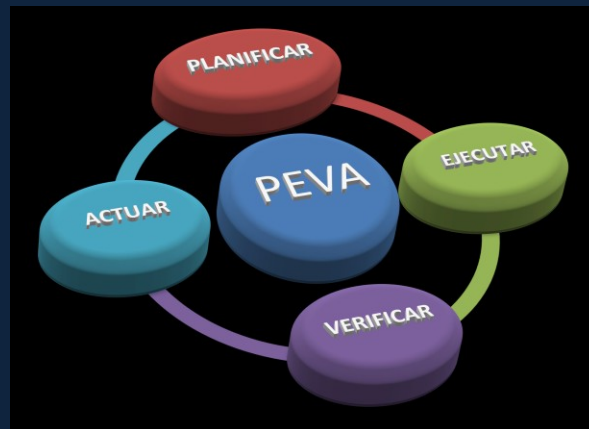


GUÍA METODOLÓGICA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD.

Estándares de Atención Materno-Neonatal



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL MATERNO-INFANTIL 1° DE MAYO

San Salvador, Diciembre de 2011

ADVERTENCIA

*El presente documento “Guía Metodológica de Mejora Continua de la Calidad. Estándares de Atención Materno-Neonatal”, elaborado por personal del Instituto Salvadoreño del Seguro Social; se hace posible gracias al apoyo del pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). **Este documento “Guía Metodológica de Mejora Continua de la Calidad. Estándares de Atención Materno-Neonatal” ha sido elaborado con la asistencia técnica de University Research Co., LLC y no reflejan necesariamente el punto de vista de USAID o los del Gobierno de los Estados Unidos.***

CRÉDITOS

**Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Hospital Materno Infantil 1° de Mayo**

Comité de Mejoramiento Continuo de la Calidad

Dra. Evelyn Martínez de Calderón, Directora

Dr. Armando H. Lucha, Jefe de Servicios Médicos

Lic. Aída Solano de Portillo, Jefe Departamento de Enfermería.

Lic. Carlos Armando Mejía, Administrador.

Dra. Yanira Orellana, Agregado Neonatólogo.

Dr. Víctor Espinoza, Agregado de Neonatología

Dr. Jorge Martínez Antonio, Epidemiólogo.

Dr. Pedro Francisco Amaya Lovo, Jefe Servicio Puerperio

Dra. Lorena Peña Chang, Jefe Servicio Odontología.

Lic. Sara Sánchez, Trabajadora Social.

Asistencia Técnica URC/AID:

Dra. Emilia G. Hernández Lazo

Edición y Ajustes:

Dra. Emilia G. Hernández Lazo

VALIDACIÓN

EQUIPOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Hospital Materno-Infantil 1° de Mayo

Dra. Maritza Castillo. Jefa Médica del Servicio de Emergencia y Partos
Dra. Margarita Nolasco Beltrán. Jefa Médica de Consulta Externa.
Dr. Fernando Rivera Fortín Magaña. Jefe de Enseñanza de Ginecología
Dra. Claudia Cuellar de Ponce. Jefa del Departamento de Neonatología
Dr. Amílcar Herrera. Jefe de Enseñanza de Neonatología
Dr. Tulio López Anzora. Jefe del Servicio de Cirugía
Dr. Roberto Águila. Coordinador del Programa de la Mujer
Dra. Luz de María Benítez. Agregada de Ginecología
Dra. Elisa Rubio de Vides. Agregada de Ginecología
Dra. Edna Fuentes de Fabián. Agregada de Ginecología
Dr. Francisco Fuentes M. Agregado de Ginecología
Dr. Ricardo Cea. Agregado de Neonatología
Dra. Nancy Figueroa Baltodano. Coordinadora del Programa de la Niñez
Dra. Rosa Estela Avilés de Ávila. Coordinadora del curso de reanimación neonatal
Dra. Zulema Amaya de Mendoza. Agregada de Neonatología
Dr. Mario Ulises Ruíz. Agregado de Neonatología
Dra. Aracely Santos de Pinto. Agregada de Neonatología
Dra. Lorena Ponce de Menjivar. Agregada de Neonatología
Dra. Irina Ruballo. Jefe de Residentes de Neonatología
Dr. David Menjivar Díaz. Jefe de Aislamiento
Sra. Leticia de Pérez. Jefa de Enfermeras de Puerperio II
Lic. Ana Cecilia de Lemus. Jefa de Enfermeras de Emergencia y Partos
Lic. Patricia de Rivas. Jefa de Enfermeras de Sala de Operaciones
Sra. Elba de Ramírez. Jefa de Enfermeras de Neonatología
Lic. Paula de Gómez. Jefa de Enfermeras de Cirugía I
Lic. Reina de Tobar. Jefa de Enfermeras de Puerperio II
Sra. Ana Lilian Bonilla. Enf. Encargada del Programa de Atención a la Mujer
Lic. Ana Gabriela Linares de Clímaco. Jefe de Enfermeras de Consulta Externa
Sra. Irma Haydeé de Mejía. Enfermera Supervisora

Abreviaturas

AMEU: Aspiración manual endouterina	APP: Amenaza de parto prematuro
CVC: Catéter venoso central	IV: Intravenoso
CHON: Centro de Habilidades Obstétricas-Neonatales	IVU: Infección de vías urinarias
CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades 2010	LDH: Lactato deshidrogenasa
CLECAS: Comités locales de evaluación local de la calidad de atención en salud	MATEP: Manejo activo del Tercer Período del Parto
CPAP: Presión positiva continua en la vía aérea	MCC: Mejoramiento continuo de la calidad
DCP: Desproporción cefalo-pélvica	MFE: Monitoreo fetal electrónico
DIU: Dispositivo Intrauterino el más común actualmente es T de Cu 380	MFI: Muerte fetal intratuterina
Dt: vacuna contra Difteria Tétano del adulto	PEG: Preeclampsia Grave
Dw: Dextrosa	NA: No aplica
EMCC: Equipos de mejoramiento continuo de la calidad	OMS: Organización Mundial de la Salud
FCF: Frecuencia Cardíaca Fetal	PaCO₂: Presión arterial de Dióxido de carbono
Fe: Hierro	PaO₂: Presión arterial de Oxígeno
FiO₂: Fracción inspiratoria de oxígeno	PAP: Papanicolaou equivalente a citología cervico-vaginal
FR: Frecuencia Respiratoria	PEVA : Planear , Ejecutar, Verificar y Actuar.
HCP: Historia clínica perinatal	PF: Planificación familiar
HPP: Hemorragia Post-parto	ROT: Reflejos osteo-tendinosos
Hg: Hemoglobina	SAFISS: Sistema de Administración Financiera del Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Hgt: Hemoglucotest	SaO₂: Saturación arterial de oxígeno
Ht: Hematocrito	SES: Sistema de estadísticas en salud del ISSS
MINSAL: Ministerio de salud de El Salvador	SO₄Mg: sulfato de Magnesio
IAAS: Infecciones asociadas a la atención sanitaria	STABLE: Programa de estabilización y transporte del recién nacido crítico
IM: Intramuscular	SIP: Sistema Informático Perinatal
IMC: Índice de masa corporal	SSN: Solución Salina Normal
IN: Infecciones nosocomiales	TA: tensión arterial
ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social	mmHg: Milímetros de mercurio
TAD: Tensión arterial diastólica	UCIN: Unidad de cuidados intensivos neonatales
TAS: Tensión arterial Sistólica	µgr : Microgramos
TT: Tiempo de Trombina	UV: Ultravioleta
TPT: Tiempo parcial de Tromboplastina	VAFO: Ventilación de alta frecuencia oscilatoria
TP: Tiempo de Protombina	VIH: Virus de Inmuno Deficiencia Humana
U: Unidades	

ÍNDICE

Introducción	i
Objetivos	1
Estructura del Mejoramiento Continuo de la Calidad	2
Enfoque Metodológico de la Mejora Continua de la Calidad	4
1. Definición Operativa de la calidad	6
2. Monitoreo y Evaluación de la Calidad de Atención	8
3. Modelo de mejoramiento continuo de la calidad	12
Estándares de atención materno-neonatal en el hospital 1° de Mayo	22
Instructivo e instrumentos de estándares de atención materno neonatales	24
I. Estándares de Atención Ambulatoria (Planificación Familiar y Prenatal)	25
a. Estándar de Insumo de planificación familiar	25
b. Estándares de Servicios de planificación familiar	27
c. Estándares de Atención y consejería prenatal	32
II. Estándares de atención intrahospitalaria	37
a. Estándares: Aplicación Corticosteroides prenatales, Atención post-aborto y evaluación previa al alta de la puérpera	37
b. Estándares de Atención durante el trabajo de parto, parto y post-parto	41
c. Estándar. Equipos e Insumos básicos de sala de partos y reanimación	45
d. Estándares de manejo de principales complicaciones durante el embarazo y parto	48
e. Estándar de Atenciones al recién nacido normal y lactancia materna	55
f. Estándares de manejo de complicaciones neonatales: Sepsis neonatal, Síndrome de Aspiración de Meconio y Reanimación neonatal	60
g. Estándar para la evaluación de los cuidados durante el transporte neonatal	66
h. Estándar Atención prevención de infecciones nosocomiales	68
i. Estándar. Manejo de desechos bio-infecciosos	71
j. Estándar Calidad del agua	74
k. Estándar. Toda paciente a la que se le realizó cirugía electiva se le aplicó lista de verificación del programa de cirugía segura	76
III. Estándares de resultados de atención materno-neonatal	78
a. Estándar. Toda embarazada cuyo parto se atendió en el hospital primero de mayo recibe un recién nacido vivo	79
b. Estándar. Todo recién nacido atendido en el Hospital 1° de Mayo egresa vivo	82
c. Estándar. Toda embarazada atendida en el ISSS recibe egresa viva	85
Anexos	¡Error! Marcador no definido.
Bibliografía	105

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna y neonatal y de la niñez constituye uno de los principales problemas de salud pública del país, la primera está asociada a las complicaciones del embarazo y el parto, la segunda está relacionada a muertes ocurridas en el período neonatal las que están estrechamente vinculadas a la salud materna además de constituir uno de los indicadores de desarrollo de los diferentes países.

A nivel de la región latinoamericana existen amplias evidencias de que es posible reducir las discapacidades y muertes materno-neonatales aún en entornos con escasos recursos, en estas condiciones se requiere de la implementación de estrategias que promuevan la atención de la embarazada, el parto, del recién nacido por personal calificado y la implementación de procesos de mejoramiento continuo de la calidad en atenciones brindadas por los servicios de salud.

El Mejoramiento continuo de la calidad constituye una herramienta fundamental para realizar la evaluación de la calidad de las atenciones y para la implementación de planes de mejora que contribuyan a la reducción de la morbilidad-mortalidad materno-neonatal y logrando con ello la satisfacción de los y las usuarias de los servicios de salud.

El presente documento servirá como una guía sencilla y práctica para la aplicación del modelo de mejoramiento continuo de la calidad en las atenciones materno-neonatales y establece los aspectos teóricos básicos del enfoque metodológico del mejoramiento continuo de la calidad, la definición operativa de la misma a través de estándares, la estructura de apoyo para la implementación de mejoramiento continuo de la calidad; el monitoreo y la evaluación de la calidad los elementos básicos del mejoramiento, el ciclo PEVA (Planificar, Evaluar, Verificar y Actuar) y finalmente se presenta el manual e instructivo de cada uno de los estándares.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Proporcionar las líneas generales para la operativización de la metodología de la Mejora Continua de la Calidad en los procesos de atención materno-neonatal en el Hospital 1° de Mayo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Brindar los aspectos metodológicos y las herramientas básicas para la mejora continua de la calidad en las atenciones en salud materno-neonatal en el Hospital 1° de Mayo.
2. Establecer y operativizar los estándares de la calidad en atención materno neonatal a través de los cuales se evaluará la calidad de atención de los mismos en el Hospital 1° Materno Infantil 1° de Mayo

Estructura del Mejoramiento Continuo de la Calidad

Para la aplicación de la metodología de mejora continua de la calidad (MCC) en la atención materno-neonatal, se necesita que exista un Comité Hospitalario de Mejoramiento Continuo de la Calidad que conduzca los procesos de mejora en todo el hospital, guíe y apoye a los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad de los diferentes servicios clínicos y de apoyo para que las atenciones se brinden con calidad técnica y llegar a obtener la satisfacción de los usuarios.

A. Comité Hospitalario de Mejoramiento Continuo de la Calidad

Los comités hospitalarios de mejoramiento continuo de la calidad de los hospitales maternos infantiles idealmente estarán integrados por las siguientes personas:

- Responsable del comité: Subdirector o director médico quién será el coordinador del comité
- Líder del servicio de Gineco-obstetricia
- Líder del servicio de Neonatología
- Jefatura de Departamento de enfermería
- Representante de la administración
- Epidemiólogo
- Trabajo social



El comité para operativizar la mejora continua de la calidad desarrollará entre otras, las siguientes funciones:

- Organizar, capacitar y brindar asistencia técnica a los diferentes equipos de mejoramiento de la calidad de la atención materno-neonatal de los servicios considerados críticos dentro del hospital.
- Cumplir y hacer cumplir el proceso de implementación de las normas, guías y estándares de calidad.
- Apoyar la medición-evaluación-análisis de los estándares y sus indicadores.
- Asesorar y contribuir a desarrollar los planes de mejora de los EMCC.
- Consolidar los datos del monitoreo de los estándares en una sola base electrónica.
- Brindar informes mensuales y anuales a la dirección local y a la sub-dirección de salud a través del departamento de atención hospitalaria de los resultados obtenidos por la implementación de los planes de mejora llevados a cabo por los EMCC.
- Contribuir a superar las limitantes para mejorar la calidad de atención brindada en el hospital, gestionando las posibles alternativas de solución con la dirección local y si es necesario a nivel central a la Sub-dirección de salud a través de la División de Monitoreo y Evaluación.
- Socializar y difundir los resultados de las mediciones de la calidad, ciclos rápidos y otros de mejoramiento, con el personal del hospital y los usuarios.
- Actualizar y crear nuevos estándares de considerarlo necesario de acuerdo a las mejoras en los diferentes procesos de atención.

B. Equipos de mejoramiento continuo de la calidad (EMCC)

El comité hospitalario de mejoramiento continuo de la calidad, conformará los equipos de mejoramiento continuo de la calidad (EMCC) en los diferentes servicios clínicos o de apoyo de acuerdo a su propia realidad y a las necesidades de mejoramiento de los servicios y/o procesos de atención evaluados. Por ejemplo: Podrá conformar equipos que trabajen para mejorar la calidad de la atención del parto normal, de las complicaciones obstétricas, de la atención neonatal, de la consulta externa, de la emergencia, entre otros.

Para la conformación de los equipos de mejoramiento continuo de la calidad (EMCC), se debe considerar a todo el personal que interviene en el proceso de atención (Multidisciplinario) y que tengan estrecha relación de trabajo con el proceso o servicio que requiere mejoras. Por ejemplo, para la atención del parto, deberán estar tanto quienes lo atienden directamente, como el personal que apoya su atención.

El comité hospitalario de MCC, debe designar una persona responsable por cada equipo de mejoramiento de la calidad que se haya creado, muchas veces algunos o algún miembro de la comité será parte del EMCC.

Los EMCC realizarán las siguientes funciones:

- Recolectar los datos necesarios para la construcción de los estándares de calidad y realizar la evaluación (Auto-evaluación) de los mismos, a través de la revisión de los expedientes clínicos o de la observación directa.
- Realizar reuniones semanales o mensuales, para procesar y analizar la información, identificar problemas en los procesos de atención, planificar y ejecutar actividades de mejora (Ciclos rápidos de mejora o PEVA).
- Documentar las reuniones realizadas por el EMCC y los factores facilitadores o limitantes en el proceso de implementación de los planes de mejora.
- Enviar la información recopilada (Base de datos Excel) y el informe de ciclos rápidos de mejora en forma electrónica, al coordinador del comité, **dentro de los primeros diez días hábiles de cada mes; para consolidarla en una sola base electrónica.**
- Analizar críticamente la metodología de mejoramiento aplicada y proponer ajustes metodológicos pertinentes.
- Informar y socializar con el personal del hospital, sobre la calidad de la atención (Estándares e indicadores) y de las actividades de mejoramiento (Ciclos rápidos de mejora).
- Documentar las experiencias exitosas obtenidas con los planes de mejora.
- Retroalimentar al comité hospitalario de mejoramiento continuo de la calidad de los resultados obtenidos con los planes de mejora.
- Solicitar al comité hospitalario de mejoramiento de la calidad la revisión o la creación de nuevos estándares.



Enfoque Metodológico de la Mejora Continua de la Calidad

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) en la Norma de integración y funcionamiento de los comités locales de evaluación de la calidad de atención en salud (CLECAS) Diciembre 2009, define la calidad como: La totalidad de funciones, características (Ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los usuarios.

Para el MINSAL la calidad es el grado en el cual los servicios de salud establecidos para las personas, la familia y la comunidad en su conjunto, garantizan un acceso oportuno, continuo, eficaz, eficiente, efectivo; brindado de manera ética, con equidad, seguridad, integralidad y calidez, incluye el grado en el cual se satisface al usuario.

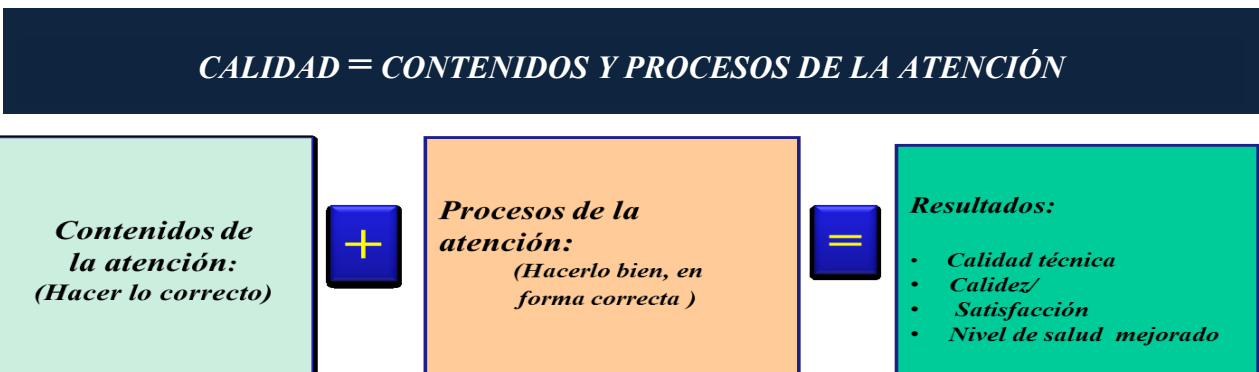
La calidad en los servicios de salud no es un servicio lujoso o perfecto. No significa dar a cada paciente lo que pida. No significa tampoco hacer que los trabajadores de la salud trabajen más. La calidad en servicios de salud es brindar la mejor y correcta atención con los recursos que contamos, para los que más lo necesitan.

La calidad en los servicios de salud tiene diferentes dimensiones, de todas estas dimensiones las fundamentales son dos:

- **Calidad Técnica**, que se refiere a que los contenidos técnicos y la ejecución de la atención de salud deben ceñirse a las normas basadas en evidencia científica.
- **Calidad percibida por el usuario**, que se refiere más bien a cómo la usuaria/o percibe aspectos relativos al trato interpersonal, tiempos de espera, comodidades, limpieza, satisfacción con la atención recibida, entre otros.



La calidad dependerá de diferentes factores que interactúan entre sí



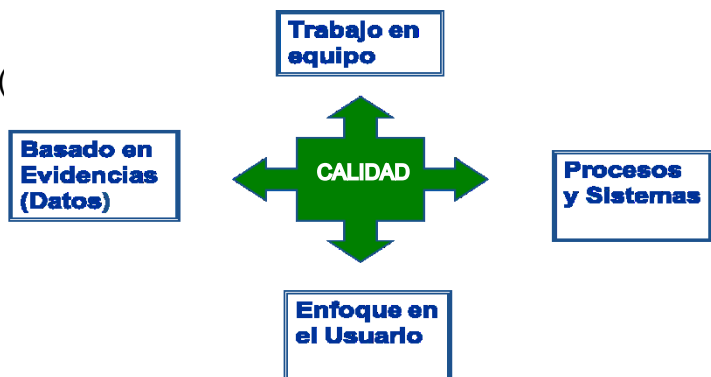
La calidad de la atención en salud es el resultado de una definición adecuada de los contenidos de atención (Saber qué hacer normas, guías o protocolos), de la ejecución apropiada de los procesos de la atención (Hacerlo bien, en forma correcta, con los recursos que contamos), la interacción entre los recursos disponibles y las necesidades de los usuarios.

Por lo que podemos decir que la calidad en forma general es: **“Hacer lo correcto, en la forma correcta, de inmediato; desde la primera vez y todas las veces. Es el cumplimiento de los estándares de la calidad”**

La Calidad nunca es un accidente, es siempre el resultado de una gran intención, de un esfuerzo sincero, de una dirección inteligente y de una ejecución hábil. Representa una sabia elección entre varias alternativas.

Cualquier esfuerzo por aplicar la calidad se deben seguir cuatro principios fundamentales:

1. Trabajo en equipo
2. Basado en evidencias (
3. Procesos y sistemas
4. Enfoque en el usuario



El Mejoramiento Continuo de la Calidad es un enfoque gerencial que busca el desarrollo organizacional ordenado, planificado, orientado a la satisfacción de las necesidades de los usuarios y al cumplimiento de normas técnicas (Guías, protocolos, entre otros) identificando, mejorando todos los aspectos de los procesos de la atención en los servicios de salud.

La Mejora continua según la norma de los CLECAS del ISSS es un proceso continuado que tiende al cambio gradual y beneficioso en la consecución de la calidad del producto o servicio.

El mejoramiento de la calidad no depende de incrementar los recursos, insumos, capacitaciones o suministros.

El aumento de los recursos no siempre asegura su uso eficiente y puede no producir una mejora en la calidad. En otras palabras el mejoramiento implica no solo agregar nuevos recursos a un sistema, sino **también hacer los cambios en la organización que permitan usar los recursos en forma óptima.**

En muchos casos es posible mejorar la calidad haciendo cambios en los sistemas de atención de salud, sin que necesariamente se aumenten los recursos. Es importante destacar que al mejorar los procesos de atención no sólo se generarán mejores

resultados, sino que además se reducen los costos de la prestación de salud **al eliminar las pérdidas, el trabajo innecesario y la duplicidad de los esfuerzos.**

El Mejoramiento de la calidad tiene tres momentos metodológicos:

1. La Definición Operativa de la calidad a través de estándares e indicadores.
2. La Medición o Monitoreo de la calidad
3. El Mejoramiento de la calidad, a través de los ciclos rápidos de mejora (Ciclos PEVA).

1. Definición Operativa de la calidad

La definición operativa de la calidad se realiza mediante el establecimiento de estándares de calidad, que pueden ser estándares clínicos, administrativos y de satisfacción.

Un estándar de calidad es la declaración explícita de la calidad esperada en un proceso de atención, que deriva de las normas o guías establecidas por el ente rector de la salud. Es la medida del desempeño esperado.



Según la Norma de integración y funcionamiento de las CLECAS del ISSS, estándar “Es el patrón de medida, valor tipo regla de determinada actividad o modelo que señala el límite entre lo aceptable y lo inaceptable, pretende conformar o igualar lo diverso. En general se trata del cumplimiento de las normas mínimas establecidas y permite medir y evaluar la calidad en el otorgamiento de los servicios de salud.”

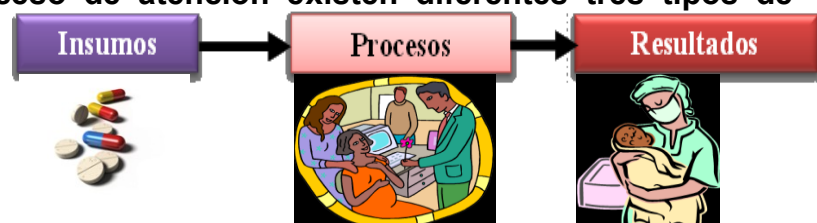
En términos prácticos los estándares incluyen las atenciones indispensables para que el resultado obtenido de las intervenciones en salud sea de la calidad esperada, tanto desde el punto de vista técnico como desde el punto de vista de satisfacción del usuario.

Todo estándar debe tener las siguientes características:

- **Validos:** Los estándares se definen por criterios claves del proceso de atención, basados en normas internacionales, nacionales o de la institución; es decir, que tienen una base científica.
- **Realistas:** Tienen que considerar los recursos con los que se cuenta para brindar la atención y deben contar con una fuente de verificación o de documentación.
- **Claros:** Deben ser entendidos de la misma manera por todo el personal
- **Dinámicos** de manera que puedan adaptarse a los cambios en los protocolos y a la Mejora Continua de la Calidad

Según las etapas del proceso de atención existen diferentes tres tipos de estándares:

- Entrada o insumos
- Procesos
- Salida o resultados



Entrada: Son los recursos necesarios para producir un servicio o bien y comprenden los recursos humanos, materiales, insumos, equipo, medicamentos, financieros e infraestructura. Responden a la pregunta **¿Con qué se hace la atención?**

Procesos: Se define como los pasos secuenciales por medio de los cuales las entradas o insumos se convierten en salidas o resultados. Es el elemento del sistema por medio del cual se brinda y se recibe la atención o intervención, en el que se logra la aplicación de las normas y se utilizan los insumos. Convierten las entradas en resultados. Responde a la pregunta **¿Qué se hace en la atención? ¿Cómo se hace? ¿Cuáles son los pasos a realizar para lograr los resultados?**

Los niveles operativos tendrán una mayor oportunidad de mejora en este tipo de estándares, puesto que son los que dependen directamente de las actividades realizadas por ellos.

En general todos los procesos de atención pueden ser analizados mediante **Flujogramas** que permitirán identificar los pasos en el proceso que son innecesarios, poco eficientes o que están ocasionando algún problema en la atención. (Ver anexo 1)

Salidas: Son las consecuencias de la interacción entre el usuario y el sistema de salud; se ve influenciado directamente por las entradas y los procesos de atención. Responde a la pregunta **¿Qué logramos?**

En términos prácticos para el área de la salud hay dos tipos de resultados:

- Estado de salud (Tasas de mortalidad)
- Grado de satisfacción de los usuarios.



Los estándares se monitorean y evalúan a través de indicadores cuantitativos que permiten medir y comparar la situación real con la deseada. Constituyen una referencia fundamental en la medición del éxito de las intervenciones realizadas con relación a los objetivos planteados en los planes de mejora propuestos.

Operativamente la calidad esperada para la atención de la salud materno-neonatal, se ha realizado a través de un paquete de estándares básicos, para construirlos se tomó de base la revisión y adecuación de los estándares utilizados por las 28 maternidades del MINSAL, los utilizados en otros países de Latinoamérica, los documentos regulatorios del Sistema Nacional de Salud relacionados a la atención materno-neonatal; con la finalidad de homologarlos para poder comparar los resultados obtenidos en el Hospital 1° de Mayo con otras maternidades de características similares y poder llegar así a realizar colaborativos a nivel nacional o internacional en un futuro no muy lejano.

Todos los estándares deben de ser definidos y operativizados de la siguiente manera:

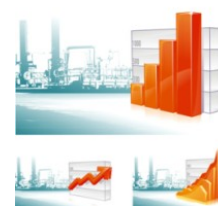
Definición o Criterios	Indicador	Formula indicador	Fuente de información	Técnica de recolección de datos	Muestra	Umbral	Periodicidad
<p>Son los pasos básicos y críticos a través de los cuales se alcanzará el objetivo de la calidad planteado en el estándar</p> <p>Son los elementos fundamentales que permitirán alcanzar el cumplimiento del estándar</p>	<p>Es una medida cuantitativa que valora el grado de cumplimiento de un estándar.</p> <p>Los indicadores traducen un enunciado cualitativo en uno cuantitativo</p> <p>Se expresa como un número, promedio o porcentaje</p>	<p>Los indicadores pueden, aunque no siempre contar con un numerador y un denominador</p>	<p>Indicadores necesitan de datos y de una fuente de información</p> <p>Cuando el indicador es una proporción la fuente de la información del numerador y denominador no siempre es la misma pero SIEMPRE REFLEJAN el mismo UNIVERSO</p>	<p>-Técnica directa: observación directa, encuestas</p> <p>-Técnica Indirecta: revisión de expedientes, historias clínicas, sistemas informáticos</p>	<p>El muestreo debe ser aleatorio sistemático</p> <p>Si la incidencia de la patología es muy rara se toma como muestra todo el universo.</p> <p>Si es un problema frecuente puede tomarse entre 10 a 20 expedientes.</p>	<p>Es el cumplimiento mínimo aceptable del estándar</p>	<p>Es el intervalo en el cual se medirá y evaluará el estándar.</p> <p>Mensual o trimestralmente</p>

2. Monitoreo y Evaluación de la Calidad de Atención

Es el proceso de recopilación y análisis de datos, para evaluar el grado de cumplimiento de los estándares, a través, de indicadores medidos por los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad de los diferentes servicios asistenciales o administrativos. Los resultados de la evaluación deben ser comunicados periódicamente a los distintos niveles del sistema de salud, a nivel local (Servicio y hospital) a nivel central (Administrativo) según corresponda.

Este es un paso fundamental para la aplicación de la metodología de la mejora continua de la calidad puesto que es indispensable conocer el grado de cumplimiento de los mismos para establecer los procesos que podemos mejorar para satisfacer a los usuarios, reducir la morbilidad, además de hacer más efectivos y eficientes los procesos de atención.

No se puede mejorar lo que no hemos medido y no podemos medir lo que No se ha definido, a través de estándares y sus indicadores.

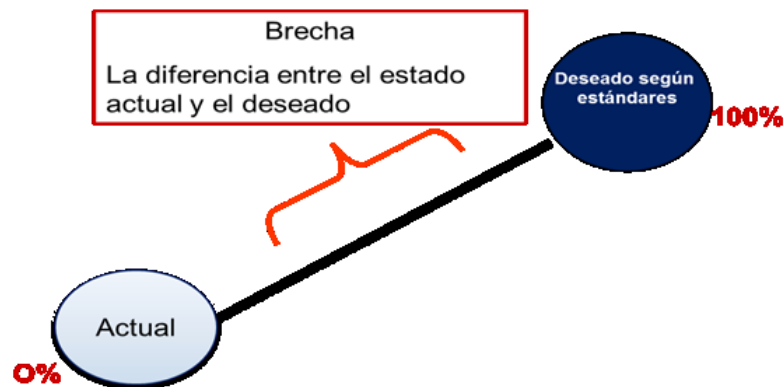


Para que el monitoreo funcione de forma eficiente, se deben considerar las siguientes acciones:

- 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.

El cumplimiento de los estándares es medido periódicamente (Mensual o trimestralmente) posteriormente hay que realizar el análisis de los determinantes del incumplimiento de los estándares o de los criterios que lo definen, para poder planificar y realizar planes de mejoramiento; introduciendo cambios concretos en procesos específicos para superar deficiencias y alcanzar mejores niveles de cumplimiento de los estándares.

Un problema de calidad existe cuando hay una brecha entre el estado actual y el estado ideal, entre el patrón de comparación (Estándar) y la realidad encontrada.



Para documentar la evaluación de estos estándares y facilitar el análisis de los resultados de los mismos, sea diseñado un instrumento de recolección de datos basado en Excel.

Base de datos electrónica de los estándares e indicadores de calidad:

La primera hoja de la base electrónica tiene un instructivo para la utilización de la misma.

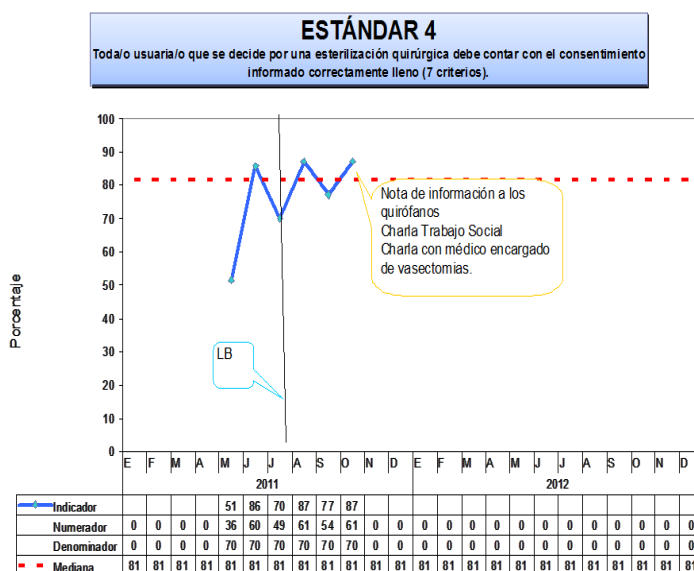
Las siguientes 31 hojas son para el ingreso de los datos de cada uno de los estándares y tienen los siguientes elementos:

- El Estándar a evaluar
- El período de evaluación
- La persona responsable de la evaluación
- Fecha en que se realizó la evaluación
- El número del expediente revisado
- Cada uno de los criterios que definen al estándar
- Las columnas para los 10 expedientes seleccionados como muestra

- El número total de criterios cumplidos y los aplicables según el caso
- El indicador a través del que se mide dicho estándar
- Una serie de viñetas en la parte superior del estándar que permite viajar a través de los diferentes estándares, las gráficas y meses

El instrumento de recolección de datos cuenta además con una hoja que corresponden a la base de datos introducidos para cada estándar y otra para el cálculo de la mediana. Estos datos son convertidos a **Gráficas en serie de tiempo** que posee los siguientes elementos:

- El nombre y número del estándar
- En el eje de las "X" el tiempo en meses, en total 24 meses
- En el eje de las "Y" el porcentaje de cumplimiento del indicador del estándar
- En el área del trazado del gráfico el indicador para ese mes como un punto azul y la mediana en color rojo (Percentil 50 el valor que divide a la serie de datos en 2 de mitades iguales debajo de este valor están la mitad de los datos y arriba de este la otra mitad de datos)
- Un vínculo por el cual pueden regresar a la hoja de ingreso de datos del estándar



Los gráficos de series de tiempo nos ayudan a entender si las acciones que estamos implementando están llevando a cambios en la mejora de la calidad de la atención desde un nivel inicial a un nivel consistentemente más alto y sostenido a lo largo del tiempo.

Análisis de los gráficos de serie de tiempo.

Son una herramienta simple y eficaz para el seguimiento del desempeño de un proceso en el tiempo y documentar la historia del trabajo realizado para mejorar los procesos de atención. Aunque la mayoría de los gráficos son como una fotografía que capta un momento del tiempo, el gráfico de series de tiempo es como un vídeo.

El seguimiento continuo de un indicador a través de un gráfico de series de tiempo es especialmente valioso en el mejoramiento de la calidad ya que nos permite visualizar el comportamiento natural de un fenómeno y el comportamiento luego de introducir cambios específicos en los procesos de atención, determinando si estos han sido para mejorar y si son sostenidos en el tiempo. La mediana dentro del gráfico en serie de tiempo, permite detectar cambios o tendencias del indicador para poder trazarla y que sea representativa se necesita de un mínimo de diez datos

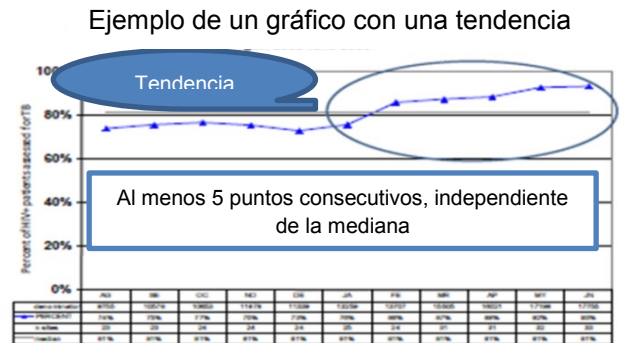
Para saber si los cambios implementados realmente son una mejora es importante determinar al menos los siguientes aspectos:

- **Tendencias** que son al menos cinco puntos consecutivos en la misma dirección
- **Cambios** son por lo menos seis puntos a un mismo lado de la línea mediana (Arriba o abajo)

El uso de estas reglas ayudan a evitar sacar conclusiones prematuras sobre los resultados, a la vez ayuda a identificar los cambios significativos, aun cuando no sean inmediatamente perceptibles.

La tendencia es un movimiento de larga duración que muestra la evolución general del fenómeno representado en la gráfica en serie de tiempo. La tendencia es un movimiento que puede ser estacionario, ascendente o descendente.

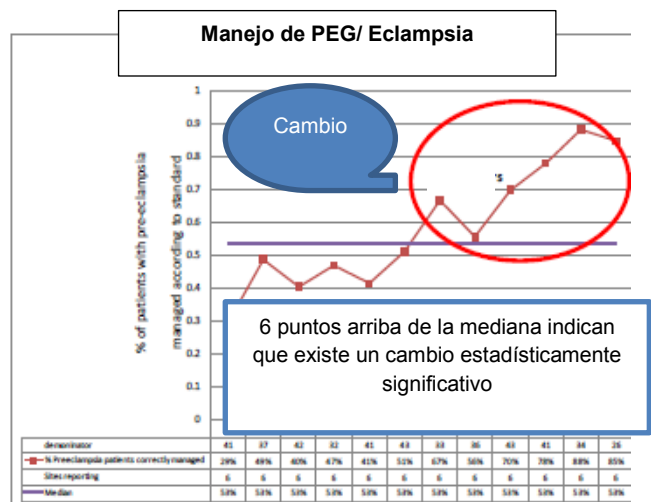
Para determinar una tendencia es necesario que se tengan al menos 5 puntos consecutivos. Al contar el número de puntos consecutivos para determinar una tendencia, si dos o más puntos de datos consecutivos de la serie son iguales, sólo uno de estos puntos se cuenta (Los demás se ignoran).



La mediana no es necesaria para detectar tendencias. Si usted tiene más de diez puntos de datos, se recomienda además calcular la mediana para proporcionar una mayor perspectiva sobre los datos.

Cambio es un patrón que indica que un proceso o su resultado se han movido ahora a un nivel diferente y que este cambio es estadísticamente significativo. De hecho, en la mejora de la calidad, es lo que esperamos lograr cuando hacemos cambios en el proceso de cómo se realiza el trabajo. La mediana de todos los datos disponibles, es necesaria para identificar un patrón como un cambio, **y un cambio requiere de al menos seis puntos en un lado (Por arriba o por abajo) de la línea de la mediana.** Si hay puntos que caen en la línea de la mediana, estos no pueden ser contados como parte de los seis puntos necesarios para detectar un cambio.

Ejemplo de un cambio en una serie de tiempo



Cabe señalar que es posible encontrar una tendencia incrustada en un cambio, si cinco puntos consecutivos de estos seis son ascendentes o descendentes y caen consistentemente por encima o por debajo de la mediana, tenemos una tendencia y un cambio.

La probabilidad de cumplir los criterios de cualquiera de estas reglas es inferior al 5% sin haber introducido cambios significativos en el proceso. En otras palabras, si estas reglas son identificadas en las gráficas de los datos se tiene un 95% de certeza que el cambio es debido a la intervención que se realizó y no al azar o a la tendencia natural del fenómeno.

Con la evaluación del cumplimiento de los estándares y con las gráficas en serie de tiempo podemos llegar a identificar donde existe un problema en la calidad de atención y pasar a realizar las etapas preparativas para el Ciclo de Mejora.

El EMCC al realizar el monitoreo de los estándares a través de sus **criterios** determinarán **aquellos estándares o criterios donde se encuentran deficiencias** en la atención para poder así impulsar los planes para mejorar los procesos.

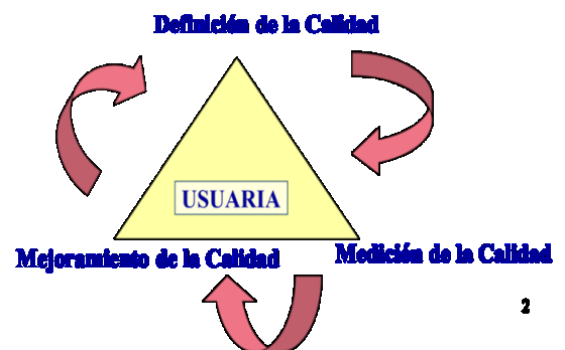
3. Modelo de mejoramiento continuo de la calidad

El mejoramiento de la calidad es un proceso constante y progresivo de introducción de mejoras en los sistemas de una organización, en general el mejoramiento significa transformación o cambio de un sistema para llevarlo cerca al estándar deseado.

El Mejoramiento continuo de la calidad se define como el ciclo que provee una estructura para identificar oportunidades de mejora y resolver problemas cuyo resultado final es la entrega de servicios al usuario satisfaciendo sus necesidades y expectativas. Se basa en el diseño/rediseño de procesos.

Es una metodología sistemática que introduce cambios concretos en los procesos de atención, a través de ciclos rápidos, lo cual facilita trabajar objetivos de mejoramiento, la planificación, ejecución de los mismo y posteriormente la medición para determinar si los cambios realizados realmente produjeron una mejora.

Triangulo de la Mejora Continua de la Calidad



Este enfoque es aplicado en los servicios de salud por equipos de mejoramiento continuo de la calidad (EMCC) constituidos por el mismo personal operativo del establecimiento que presta la atención correspondiente, puesto que ellos son los que mejor conocen los recursos con los que cuentan, los procesos que pueden interferir o hacer ineficiente las atenciones y el grado de satisfacción o no de los usuarios.

Luego de la evaluación de los estándares y sus respectivos indicadores se debe realizar el análisis de los siguientes elementos:

- a. **Fallos en la calidad identificados o Brechas:** son los estándares que tienen un porcentaje de cumplimiento más bajo y los criterios con menor cumplimiento dentro del mismo.
- b. **Causas probables del incumplimiento:** El equipo de mejoramiento con las personas involucradas en el proceso de atención identifican las causas probables de incumplimiento del o los criterios y estándares con menor porcentaje de cumplimiento

Para encontrar el verdadero origen del incumplimiento del criterio o estándar puede ser de utilidad la metodología del **¿Por qué? Porque, ¿Por qué? (Ver anexo 1)** esta nos permitirá establecer de una manera sencilla, práctica las posibles causas y sus respectivas soluciones a las fallas encontradas en los procesos de atención. De la siguiente manera:

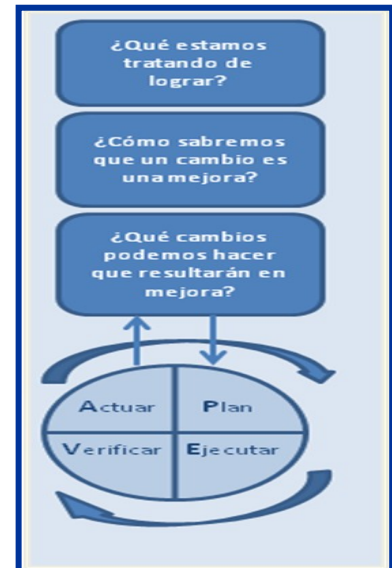
¿Por qué?	Por que
<p>Enunciamos la falla encontrada en los criterios del estándar deficiente y la transformamos en pregunta, por ejemplo:</p> <p>¿Por qué las pacientes no están recibiendo oxióticos pre alumbramiento como parte del MATEP? (1 de los 4 criterios que definen el estándar del MATEP)</p>	<p>Respondemos a la interrogante con una hipótesis consensuada con todo el equipo de MCC del servicio o establecimiento, por ejemplo:</p> <p>que no están capacitados y desconocen normativa relacionada a la implementación del MATEP</p>
<p>La respuesta a la pregunta anterior la transformamos en una pregunta para poder determinar las posibles soluciones al problema, continuando con el ejemplo</p> <p>¿Por qué el personal no está capacitado, y desconoce la normativa?</p>	<p>Determinamos las posibles causas de la pregunta anterior para establecer las soluciones más factibles al mismo con los recursos que cuenta el EMCC , por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El personal no ha sido capacitado en la normativa para la implementación del MATEP • Falta de supervisión en la aplicación del MATEP • Personal en el área de partos es interino y no recibe inducción
<p>Al determinar las posibles causas de calidad de atención evidenciado en los criterios que definen al estándar y se enuncian las soluciones más factibles al alcance del EMCC (Con los recursos, insumos y personal disponible) por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación continua y permanente al personal de partos en la aplicación de MATEP • Supervisión continua del área de partos especialmente en la aplicación del MATEP • Monitoreo y auditoría periódica de expedientes de partos para la documentación de los criterios que definen el estándar de atención, medición mensual del estándar • Inducción al personal interino que estará destacado en el área de partos 	<p>está presentando la deficiencia en la o deficiente cumplimiento de algunos</p>

Una vez realizado este ejercicio para cada uno de los criterios que están deficientes en el estándar podemos iniciar con la aplicación de la metodología del Ciclo Rápido de la Mejora, determinando los cambios propuestos para solucionar las brechas en el cumplimiento del estándar de calidad propuesto.

A. Elementos básicos del modelo de mejoramiento continuo de la calidad

El modelo de Mejoramiento Continuo de la calidad de ciclos rápidos tiene dos componentes fundamentales los cuales son complementarios entre sí que son:

- **Tres Preguntas fundamentales:**
 - ¿Qué estamos tratando de lograr?
 - ¿Cómo sabremos que el cambio es una mejora?
 - ¿Qué cambios podemos hacer para que resulten en una mejora?
- **El ciclo de Mejoramiento Continuo de la Calidad** se conoce también con los nombres de círculo de Deming o **ciclo PEVA**, consta de 4 fases:
 - **Planear**
 - **Ejecutar**
 - **Verificar**
 - **Actuar**



Las preguntas fundamentales establecen básicamente los siguientes aspectos:

1. **¿Qué tratamos de alcanzar?** Con esta pregunta establecemos EL OBJETIVO del plan de mejora. Identifica que es lo que hay que mejorar, esto puede implicar un problema que necesita solución, involucra el reconocimiento de una oportunidad para mejorar y luego fijar la meta que se desea alcanzar, además determina los procesos que conducen a esta meta de mejoramiento; determina quién o el personal que debe estar en el equipo que resolverá el problema.

Los objetivos deben reunir ciertas características:

- Deben tener un límite definido que especifique el ámbito de la meta de mejoramiento
- Deben tener metas numéricas específicas para resultados que sean ambiciosos pero alcanzables
- Deben establecer un marco de tiempo concreto
- Deben ser precisos, lógicos, coherentes y consensuado con todo el equipo de mejoramiento continuo; redactado siempre en infinitivo
- Deben de redactarse siempre en positivo y con verbos infinitivos para identificar en forma clara los resultados esperados

Ejemplo de objetivo:

¿Qué estamos tratando de lograr?

Objetivo de Mejoramiento: (¿Qué estamos tratando de lograr?)

Reducir la tasa de hemorragia post-parto en las parturientas del Hospital 1° de Mayo en un 50% en dos meses a través de la aplicación del MATEP

2. Cómo sabremos que un cambio es una mejora?

Esto se realiza a través del monitoreo y la evaluación de los estándares de calidad y sus respectivos indicadores. Puede ser necesario que para un problema en particular se tengan que crear nuevos indicadores o modificar los ya existentes.

¿Cómo sabremos que un cambio realizado produjo una mejora en el proceso?							
Nombre de los indicadores	Formula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método de recolección	Umbral	Muestra	Periodicidad
Porcentaje de parturientas a las que se les aplicó oxitócicos como parte del MATEP	Número de partos con oxitócicos pre-alumbramiento/ Total de nacimientos	Expediente clínico o SIP	Informe estadístico	Indirecto revisión de expedientes	100%	20 expedientes	Mensual

3. ¿Qué cambios podemos hacer que resultarán en una mejora?

Inicia con la identificación y el análisis del proceso que actualmente puede estar ocasionando un problema para ello es de utilidad realizar diagramas de **flujo de los procesos y el análisis del problema. (Ver anexo 1 y 2)**

En las atenciones rutinarias de la salud se producen simultáneamente muchos procesos, los que involucran múltiples funciones y diferentes profesionales. Debemos de saber que todos los procesos siempre están orientados a alcanzar una meta la cual dependerá de la coordinación adecuada de las personas, los insumos, materiales y procedimientos para lograr un resultado específico (Satisfacción del usuario y la calidad técnica)

Proceso es: Una secuencia de pasos a través de los cuales los insumos y procesos son convertidos en productos para los clientes o usuarios

Sistema es: La suma de los elementos totales (Incluyendo procesos) que interactúan para producir una meta común.

Para realizar un flujograma de los procesos de atención se debe determinar los siguientes aspectos:

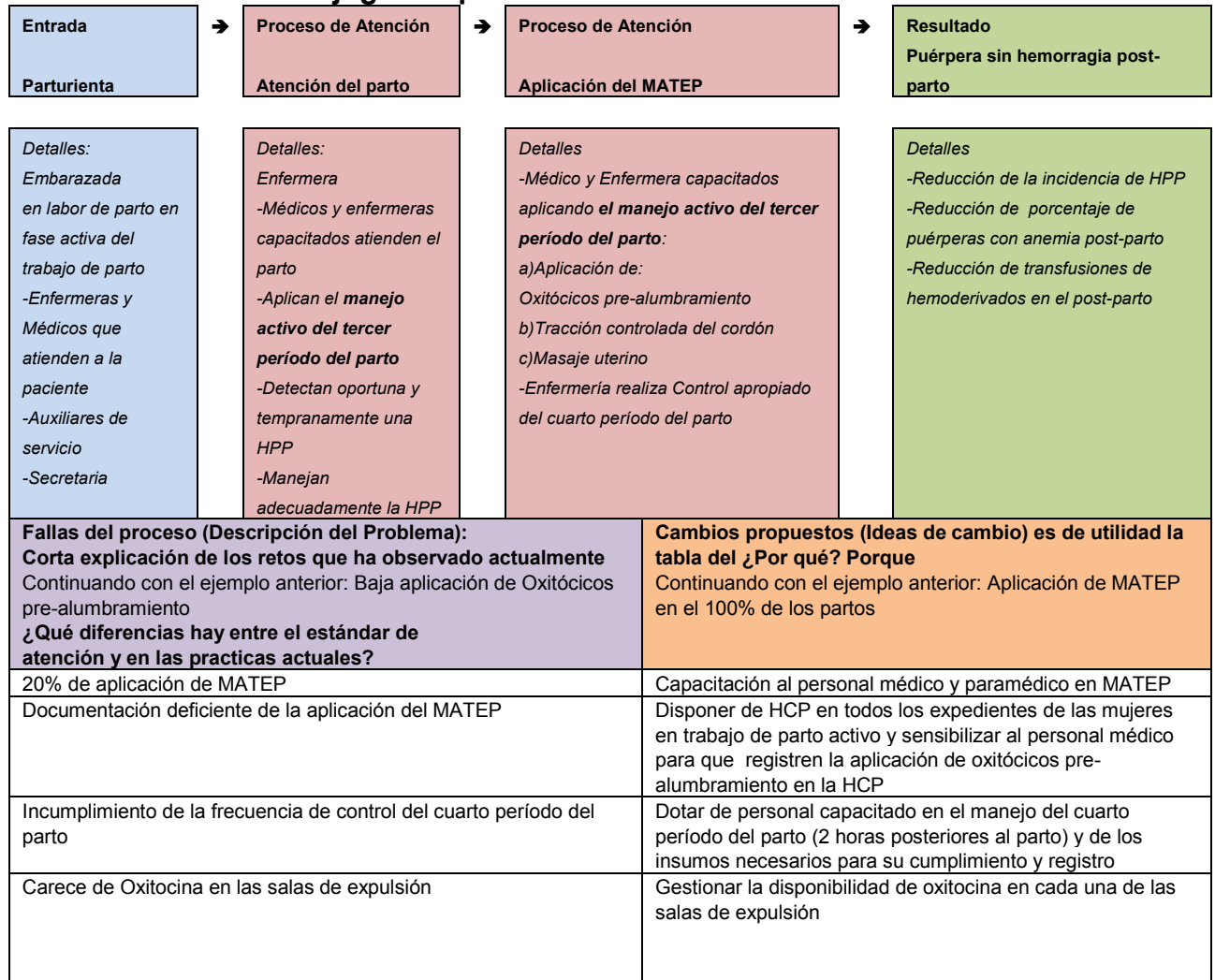
- Establecer los puntos de inicio y finalización del proceso cuyo flujo queremos crear o analizar
- Identificar los pasos del proceso
- Vincular los pasos del proceso con flechas

Se deberá estudiar las deficiencias en el proceso a través de flujogramas que refleje el proceso de atención y pensar en alternativas para introducir cambios al proceso y mejorarlas; este se complementa con la tabla del ¿Por qué? explicada anteriormente. De

esta manera podemos definir las deficiencias de una forma más precisa y clara para luego establecer las mejores opciones para solucionar el o los problemas.

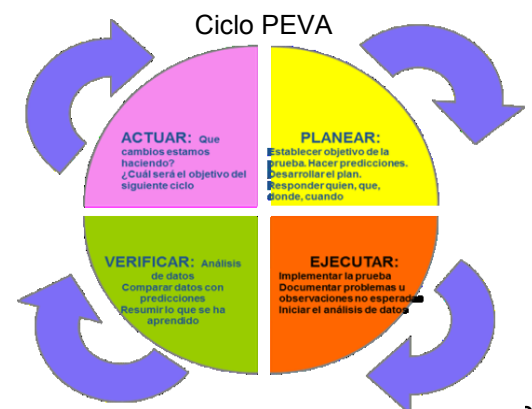
Deben incluirse propuestas concretas de cambio a implementarse en el proceso basado en las experiencias y conocimientos del EMCC, en la medicina basada en la evidencia, normas, protocolos y otros (Ejemplo el cumplimiento del MATEP)

Flujograma para el análisis de las atenciones



B. Ciclo de Mejora PEVA o de Deming

Las tres preguntas anteriores sirven de base para generar el conocimiento y la información necesaria para aplicar un cambio e iniciar un ciclo de mejora; con estas preguntas básicas establecemos el análisis del problema y la planificación de las actividades principales que se deberán realizar con el equipo de trabajo para mejorar los procesos de atención.



En el **CICLO DE MEJORA O PEVA** el equipo de mejoramiento debe realizar las acciones siguientes:

1. **PLANIFICAR:** Una vez que el equipo realiza el análisis de las fallas de calidad e identifica las causas, el siguiente paso es:

- **Definir las IDEAS DE CAMBIOS: ¿Qué vamos hacer?** Una vez identificadas las causas de incumplimiento, con la experiencia de las personas que participan en el ciclo rápido de mejora, identifican aquellas ideas de forma general que permitirán ver mejores resultados y la pregunta que haría es **¿Qué vamos hacer para superar las causas identificadas?** Para poder luego establecer las actividades a realizar

- **Determinar las actividades a realizar para solucionar la brecha identificada,**

Una vez consensuadas las ideas de cambio, hay describir para cada idea de cambio las actividades que permitirán su cumplimiento. La pregunta que se haría es **¿Cómo vamos hacer para que los cambios se cumplan?** Determinando la fecha en la que se realizarían las actividades, las personas responsables de ejecutarlas y de dar el seguimiento al cumplimiento de las mismas



Para facilitar la documentación del ciclo PEVA y sus diferentes componentes se utiliza una matriz que se llena de la siguiente manera: (Ver anexo 3)

- **Servicio:** registre el nombre del servicio o establecimiento donde se desarrollará el plan de mejora
- **Nombre del proceso de atención a mejorar:** Se colocará el nombre general del proceso sobre el cual se realizará el plan de mejora en general.
- **El objetivo de mejoramiento:** Se colocará el nombre del criterio que tiene más bajo cumplimiento dentro del proceso a mejorar, transformándolo en objetivo de mejoramiento. Recuerde que este criterio se toma de la lista de chequeo del estándar.
- **El nombre del indicador que se utilizará para determinar si hay una mejora:** Aquí se colocará el indicador de acuerdo al criterio o estándar que se mejorará y si es necesario se colocará la construcción de la fórmula del indicador en dicho apartado.
- **Análisis del Problema:** Se colocarán el criterio de menor cumplimiento identificado por el EMCC y en las causas del posible incumplimiento (Ayudados con las tablas de análisis de flujos y del ¿Por qué? Porque
- **Planificar:** Se documentarán las ideas de cambio que el EMCC pretende implementar para resolver los problemas con todas sus especificaciones

A continuación se presenta un ejemplo de llenado de la misma:

CICLO RÁPIDO DE MEJORA O (PEVA) Y SU DOCUMENTACIÓN					
Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Hospital Materno Infantil 1° de Mayo					
Servicio: Labor de partos Nombre del Proceso de atención a mejorar: Atención del parto , aplicación del MATEP en todo parto institucional					
Objetivo de mejoramiento: Aplicación de oxitócicos en el 100% de los partos vaginales atendidos en la institución					
Nombre del indicador que utilizará para determinar si hay mejora: % de oxitócicos pre-alumbramiento # de partos a los que se les aplicó oxitócicos pre-alumbramiento / total de partos institucionales atendidos					
ANÁLISIS DEL PROBLEMA			PLANIFICAR		
FALLOS en la calidad identificados ó (BRECHAS)	Cuáles son las CAUSAS probables de los fallos o brechas identificados?	Defina las IDEAS DE CAMBIOS ¿Qué vamos hacer para disminuir los fallos o brechas identificados?	ACTIVIDADES a realizar para disminuir la brecha ¿Cómo vamos hacer para que los CAMBIOS se cumplan?	Fecha de cumplimiento	Responsables
% de aplicación de oxitócico pre-alumbramiento es muy bajo	Falta de capacitación en MATEP del personal médico y paramédico	Capacitar en MATEP a personal médico y paramédico del área de partos. Supervisar el cumplimiento del MATEP y monitorear el cumplimiento del estándar	3 Talleres de capacitación en la habilidad de MATEP al personal de partos	5, 12 y 19 de Octubre	Jefe de partos en coordinación con Comité del CHON
Documentación deficiente de la aplicación de oxitócicos pre-alumbramiento como parte del MATEP	Falta de papelería HCP Personal no capacitado y sin habilidades el llenado de la HCP como insumo del sistema informático perinatal	Gestionar la dotación adecuada y oportuna de la HCP Capacitar al personal y desarrollar las habilidades para el llenado apropiado de la HCP Monitorear y supervisar el registro completo y oportuno de la HCP	-Reuniones de trabajo con jefaturas administrativas y de ginecología para diseñar el proceso de aseguramiento de la existencia de la HCP en el expediente de las mujeres en trabajo de parto -3Talleres teórico prácticos para el desarrollo de las habilidades de llenado de la HCP -Reunión con jefatura de enfermería, de ginecología y partos para crear los mecanismos, instrumentos procesos de monitoreo y supervisión sistemáticos del llenado de la HCP	29 de Septiembre 5, 12 y 19 de Octubre 20 y 21 de Septiembre	Jefe de Departamento de ginecología Jefe de partos Jefatura médica de partos
Carece de Oxitocina en el área de expulsión	Procesos administrativos de farmacia engorrosos	Crear estrategias para asegurar la existencia de oxitocina en cada una de las salas de expulsión; monitorear su existencia y almacenamiento apropiado	Reunión de coordinación entre jefaturas de farmacia, partos y enfermería	19 y 26 de Septiembre	Jefatura de enfermería de partos

En anexo 3 se encuentra el instructivo completo del llenado de esta matriz.

EJECUTAR: Implica aplicar los cambios estipulados en el plan de mejora (Paso anterior), independientemente que los cambios planeados den el resultado esperado.

Una vez definidas las actividades que forman parte del plan de mejora procedemos a la ejecución de las mismas, y posteriormente se realizará la verificación de si estas produjeron o no cambios en el comportamiento del criterio y/o estándar.

La implementación de un cambio no siempre será una mejora; pero cualquiera que sea el resultado del cambio, deberá producirse un aprendizaje y por ello en la siguiente prueba se contará con mejor información y mayor conocimiento.

Para minimizar los riesgos al momento de ejecutar los cambios, una forma de implementación es a través de pruebas en pequeña escala y observar-evaluar como el sistema funciona a lo largo de la ejecución de la prueba y si se obtienen los resultados esperados se implementa ya en todo el sistema (Hospital o unidades médicas o red de servicios de salud)

VERIFICAR: Mediante mediciones periódicas y sistemáticas en esta etapa se verificará si el plan de mejora va en dirección de obtener los resultados esperados o no. El equipo de mejoramiento revisará el cumplimiento del criterio y/o del estándar seleccionado en el plan de mejora y describirá la fecha y el porcentaje encontrado posterior a la ejecución del plan.

Al hacer la verificación del porcentaje de cumplimiento del criterio seleccionado deben compararse el porcentaje de cumplimiento previo y posterior a la ejecución del plan de mejora, para determinar si esto ha producido o no cambios en el comportamiento del indicador y si estos cambios son para mejorar o no.

Esta etapa del ciclo PEVA (Verificación) se auxilia con el análisis de los datos de Base de electrónica de Excel y el análisis de los gráficos en serie de tiempo lo que permitirá establecer si el plan implementado constituye o no una mejora.

Idealmente en la etapa de verificación del ciclo rápido de mejora o PEVA deben de realizarse evaluaciones cada semana posterior a la finalización de las actividades por lo que las mismas deben planearse a ser completadas a corto plazo 10 a 14 días.

El equipo de mejoramiento continuo de la calidad deberá realizar la revisión de una muestra de 5 expedientes semanales para verificar el cumplimiento del o los criterios a mejorar su cumplimiento y establecer si las actividades realizadas están produciendo una mejora en la calidad de atención o no. Si no pudieran realizarse mediciones semanales; el equipo debe realizar la evaluación de los resultados obtenidos por el plan de mejora al menos al menos mensualmente.

Es importante recordar que debemos de dar un tiempo prudencial antes de establecer si el plan de cambio ha producido un resultado beneficioso o no, antes de pasar a la etapa de actuación o de abandonar el plan de mejora; generalmente se considera un tiempo **prudente dos a tres meses de prueba.**

Continuando con el ejemplo anterior para documentar la etapa de verificación del plan de mejora

DOCUMENTACIÓN DEL PEVA (VERIFICAR)

Resultados de la medición previo al inicio del ciclo rápido de mejora: *55 % de cumplimiento del indicador del estándar*

Resultado de la medición al finalizar el ciclo: *74 % de cumplimiento del indicador del estándar*

Resultados Obtenidos con el Plan de Mejora:

1° Medición	Fecha: 28 de Octubre	Porcentaje: 68% del criterio
2° Medición	Fecha: 4 de Noviembre	Porcentaje: 75% del criterio
3° Medición	Fecha: 11 de Noviembre	Porcentaje : 80% del criterio
4° Medición	Fecha: 18 de Noviembre	Porcentaje : 85% del criterio

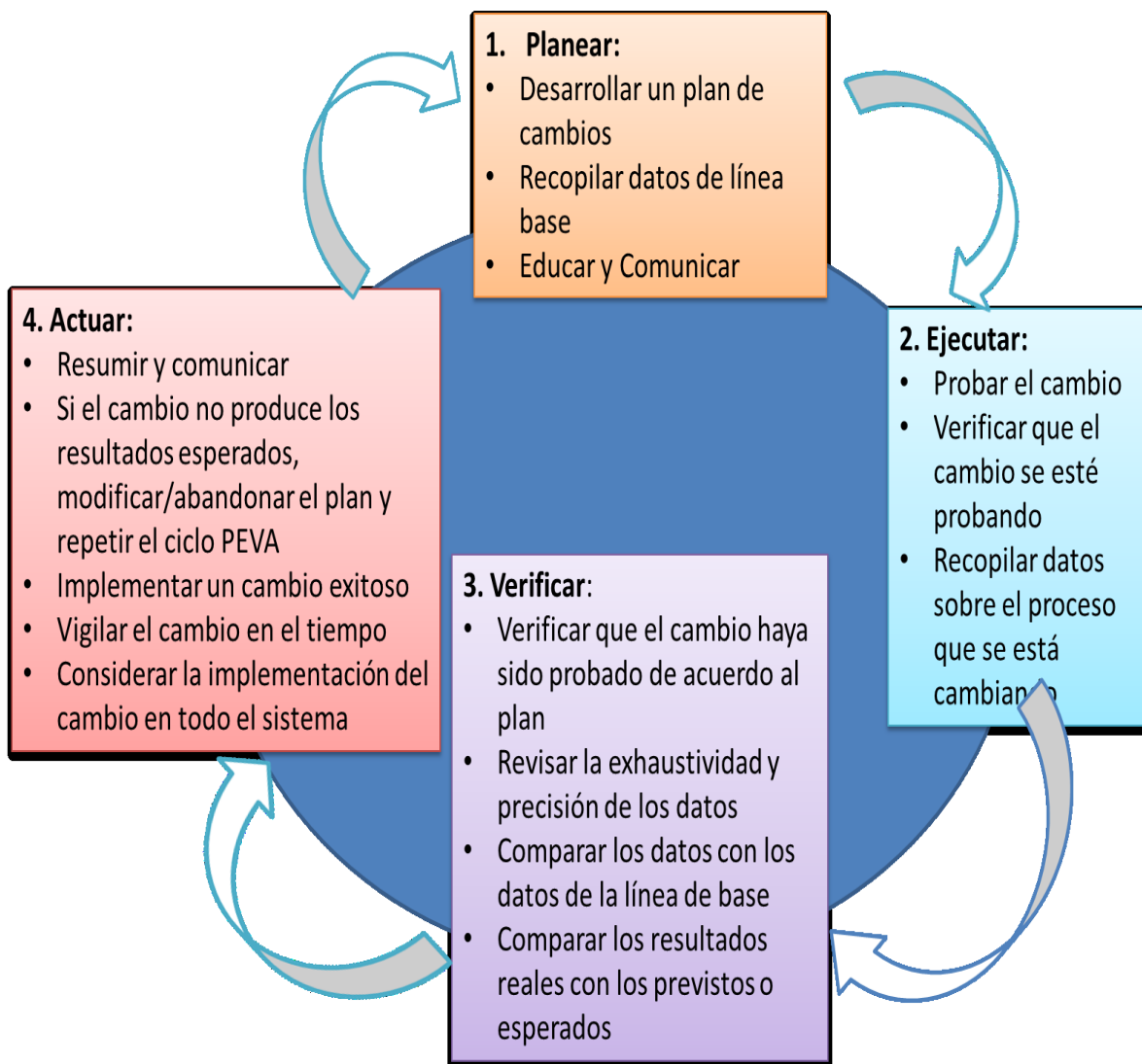
En los gráficos en serie de tiempo pueden colocarse los comentarios de las principales intervenciones que se realizaron en un determinado momento que explican los cambios evidenciados en el mismo para documentar las estrategias y actividades realizadas que explican el comportamiento del indicador a lo largo del tiempo.

ACTUAR: Una vez que se cuenta con los resultados del **inicio** y la **finalización** del ciclo rápido de mejora, el equipo de mejoramiento hace el análisis de ambos resultados y evalúa lo siguiente:

- El resultado fue **altamente efectivo**: Entonces podemos decir que si funciona y que podemos expandirlos a otra área.
- El resultado fue **efectivo pero no lo suficiente**: Entonces el equipo debe revisar los cambios, las actividades y hacer ajustes.
- El resultado **no fue efectivo o no hubo mejoría**: El equipo deberá volver a revisar las causas, las ideas de cambios y las actividades incluso si el personal responsable realizó lo que tenía que hacer. Podemos documentarlo y reflexionar sobre lo aprendido.

Si los resultados obtenidos de la implementación del ciclo de mejora son aceptables estos deberán ser divulgados y aplicados en forma sistemática en todo el sistema (Puede ser dentro de todo el hospital o en todas las maternidades de la institución) para luego ser implementados en forma gradual para mejorar los procesos de atención brindados en el establecimiento.

CUADRO RESUMEN DE CICLO DE PEVA:



Estándares de atención materno-neonatal en el hospital 1° de Mayo

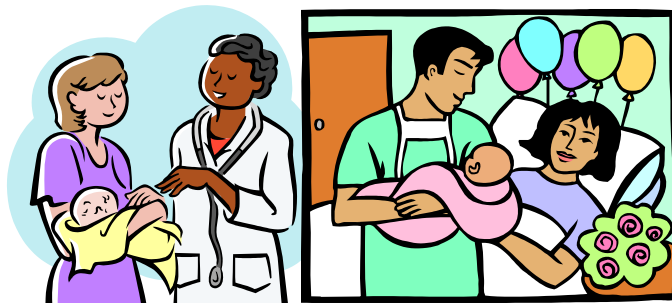
Se ha establecido un paquete básico de estándares para el monitoreo y evaluación de la calidad de las atenciones materno-neonatales; se han incluido estándares relacionados en las diferentes etapas de los procesos de atención de la siguiente manera:

- Tres estándares de entrada o de insumos
- Veinticuatro estándares de procesos de atención
- Cuatro estándares de salidas o resultados

Estos treinta estándares establecidos determinan la calidad esperada para las atenciones brindadas desde la etapa pre-concepcional hasta el nacimiento de un recién nacido sano o con complicaciones y están distribuidos según los momentos de la atención de la siguiente manera:

- Cinco estándares de servicios de Planificación Familiar
- Tres estándares de atención durante el control prenatal
- Cuatro de calidad de la atención del parto y post-parto
- Siete estándares relacionados con la atención de recién nacido normal y con complicaciones
- Cuatro estándares para evaluar la calidad de atención recibida en mujeres con complicaciones maternas graves
- Tres estándares para evaluar la mortalidad materno-perinatal
- Cuatro estándares relacionados con servicios con insumos e infecciones nosocomiales

A continuación se presenta una tabla resumen de los estándares de calidad de atención materno-neonatal del Hospital 1° de Mayo del ISSS



ESTÁNDARES DE ATENCIÓN MATERNO-NEONATAL

Tipo de Atención	Estándar
Planificación Familiar	1. El establecimiento de salud cuenta con el abastecimiento de oferta básica de PF para 2 meses
	2. Toda usuaria de planificación familiar en su inscripción es evaluado según guía
	3. Toda usuaria de planificación familiar en su control subsecuente es avaluado según guía
	4. Toda usuaria/o que decide una esterilización quirúrgica debe contar con el consentimiento informado completa y correctamente lleno
	5. Toda mujer post aborto recibió consejería en planificación familiar
Prenatal, parto, post-parto normal	6. Toda embarazada que recibe control prenatal en el establecimiento tendrá registro correcto de las atenciones en su HCP
	7. Toda mujer con amenaza de parto prematuro entre las 24 y 34 semanas recibió corticosteroides antenatalmente.
	8. Toda mujer embarazada en su control prenatal recibe consejería en prenatal según guía
	9. Toma mujer en trabajo de parto tendrá su partograma lleno e interpretado correctamente
	10. Sala de parto y de reanimación con insumos básicos para la atención de partos y recién nacidos normales y con complicaciones
	11. Toda Mujer con parto institucional recibirá uterotónicos como parte del Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATEP)
	12. Toda mujer es vigilada en el cuarto período del parto según guía
	13. Toda mujer post-parto antes del alta recibe evaluación clínica según guía
Complicaciones en el embarazo y post-parto	14. Toda mujer en el post-parto recibe control según guía
	15. Toda Infección puerperal debe ser manejada según guía
	16. Toda Mujer con hemorragia obstétrica debe ser manejada según guía
Atención del recién nacido	17. Toda mujer con Preeclampsia grave/Eclampsia debe ser manejada según guía
	18. Todo neonato nacido sano recibe atención inmediata según guía
	19. Todo neonato que egresa de encamados es evaluado y registrada la información en la Historia Clínica Perinatal (HCP)
	20. Todo neonato de parto hospitalario sin complicaciones materno-perinatales cumple los 4 criterios de lactancia materna exclusiva
	21. Todo Neonato con sospecha o con sepsis neonatal recibe atención según guía
	22. Todo Neonato con síndrome de aspiración de meconio recibe atención según guía
	23. Todo neonato que nace con asfixia es atendido según guía
24. Todo neonato en condiciones críticas es transportado al ser referido al hospital 1° de Mayo según protocolo del programa STABLE.	
Infecciones nosocomiales	25. A todo paciente hospitalizado en riesgo prevenible de desarrollar IAAS, se le cumplen las medidas de prevención
	26. Todo hospital debe manejar los desechos peligrosos bioinfecciosos intrahospitalarios (Infecciosos y punzocortantes) con base a la Norma.
	27. Todo hospital cumple con los criterios de calidad del agua potable para el consumo de los usuarios con base a la norma.
	28. Toda paciente a la que se le realizó cirugía electiva se le aplicó la lista de verificación de cirugía segura
Resultados Materno-Neonatales	29. Toda embarazada cuyo parto se atendió en el hospital primero de mayo recibe un recién nacido vivo (Indicado: Porcentaje de muertes fetales intrauterinas y porcentaje de cumplimiento de criterios del análisis de muertes fetales intrauterinas)
	30. Toda embarazada atendida en el Hospital 1° de Mayo egresa viva (Tasa de mortalidad materna y porcentaje de cumplimiento de criterios de análisis de muertes maternas)
	31. Todo recién nacido en el Hospital 1° de Mayo egresa vivo (Tasa de mortalidad neonatal y porcentaje de criterios del análisis de las muertes neonatales)

INSTRUCTIVO E INSTRUMENTOS DE ESTÁNDARES DE ATENCIÓN MATERNO NEONATALES

TABLA RESUMEN DE ESTÁNDARES DE ATENCIÓN SEGÚN TIPO DE ESTANDAR

PROCESO DE ATENCIÓN							
	Pre-concepcional	Prenatal	Parto	Post-Parto	Recién Nacido	Complicaciones Obstétricas	Complicaciones Neonatales
Entrada	-Abastecimiento de la oferta básica de PF para 2 meses		-Sala de partos y reanimación con equipo e insumos básicos para la atenciones normales y con complicaciones				
Todo hospital cumple con los criterios de calidad de agua potable para el consumo de usuarios con base a norma							
Procesos	<ul style="list-style-type: none"> -Toda usuaria de PF en su inscripción es evaluada con criterios esenciales -Toda usuaria de PF es evaluada con criterios esenciales en su control sub-secuente -Toda/o usuarios de esterilización quirúrgica con consentimiento informado correctamente lleno -Toda mujer post-aborto recibe consejería en PF 	<ul style="list-style-type: none"> -Toda embarazada recibe control prenatal según 16 criterios de la HCP -Toda mujer con riesgo de parto entre 24 y 34 semanas recibió corticosteroides -Toda embarazada recibe consejería prenatal 	<ul style="list-style-type: none"> -Toda mujer en trabajo de parto tendrá su partograma correctamente lleno e intervenciones según el mismo -Toda Mujer con parto se aplicó el MATEP 	<ul style="list-style-type: none"> -Toda mujer post-parto fue vigilada en el 4to período según guía -Toda mujer púérpera previa al alta es evaluada según guía - Toda púérpera recibe su control post-parto según guía 	<ul style="list-style-type: none"> -Todo neonato recibe atención inmediata según guía y se registrarse en HCP -Todo neonato que egresa de encamados debe ser evaluado según guía y registrarse en HCP -Todo neonato que egresa de encamados cumple 4 criterios de lactancia materna exclusiva 	<ul style="list-style-type: none"> -Toda mujer con infección puerperal es manejada según guía -Toda mujer con Hemorragia obstétrica es manejada según guía -Toda mujer con PEG/Eclampsia debe ser manejada según guía 	<ul style="list-style-type: none"> - Todo neonato con sospecha o con sepsis neonatal recibe atención según guía -Todo neonato con síndrome de aspiración de meconio recibe atención según guía -Todo neonato con asfixia perinatal será atendido según guía -Todo neonato que es trasladado en condiciones críticas a esta unidad debe de cumplir con los siguientes criterios
<ul style="list-style-type: none"> -Todo hospital debe manejar los desechos peligrosos bio-infecciosos intrahospitalarios según norma -Toda cirugía electiva tiene lista de verificación del programa de cirugía segura completamente llena 							
Salida	-Toda embarazada cuyo parto es atendió en el hospital primero de mayo pare un recién nacido vivo				-Todo neonato atendido en hospital 1 de Mayo egresa vivo		
<ul style="list-style-type: none"> - A todo paciente hospitalizado en riesgo prevenible de desarrollar IAAS, se le cumplen las medidas de prevención -Toda embarazada atendida Hospital 1° de Mayo egresa viva del ISSS 							

I. Estándares de Atención Ambulatoria (Planificación Familiar y Prenatal)

a. Estándar de Insumo de planificación familiar

Estándar 1	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
Estándar 1: El establecimiento de salud cuenta con abastecimiento de la oferta básica de P. F. (5) para un mínimo de 2 meses: Orales, inyectables, DIU, condones, Anillos de Yoon	Porcentaje de oferta básica de P.F. para un mínimo de dos meses	Métodos de Oferta básica disponible para un mínimo de 2 meses en el período evaluado $\frac{\text{Métodos de la oferta básica (5)}}{\text{Métodos de la oferta básica (5)}} \times 100$	SAFISSS	SAFISSS	Revisión de insumos y medicamentos disponibles según SAFISSS	100%	Trimestral

INSTRUCTIVO:

1. Se registrará trimestralmente.
2. La enfermera encargada del programa de PF solicitará a farmacia el informe de las existencias reportadas en el SAFISSS de anticonceptivos orales e inyectables; para las existencias de condones, DIU y anillos de Yoon deberá solicitar el informe de existencias del SAFISSS al jefe de almacén según la fecha en la que se hace la evaluación trimestral (En el último mes del trimestre).
3. Deberá solicitar el consumo promedio mensual que reporta el SAFISSS, para cada uno de los cinco métodos de planificación familiar, para poder estimar si se dispone de métodos suficientes para la demanda promedio para 2 meses.
4. Para el llenado del instrumento de evaluación del estándar llenará según corresponda los datos del Período, Fecha y responsable de la evaluación. Colocará en la columna y fila correspondiente al criterio el N° "1" si hay métodos suficientes para 2 meses y "0" si no los hay.
5. Entregará los resultados de la evaluación de este estándar (Electrónicamente) con su respectiva opinión, al Coordinador del comité de mejora continua de la calidad del hospital (Sub-director Médico) cada tres meses; con su respectivo análisis del proceso y las alternativas de solución a las brechas encontradas en el cumplimiento del estándar. Dicha entrega será en los primeros 8 días hábiles del trimestre evaluado.

Instrumento de recolección de datos estándar 1				
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO				
Período evaluado:				
Fecha de la evaluación:				
Responsables de la evaluación:				
Estándar 1. El establecimiento de salud cuenta con abastecimiento de la oferta básica de P. F. (5) para un mínimo de 2 meses				
Estándar que permitirá evaluar la provisión de métodos de planificación familiar en el establecimiento de salud, almacén y farmacia				
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 oferta básica de métodos de planificación familiar para el período evaluado				
Criterios	MARZO	JUNIO	SEPTIEMBRE	DICIEMBRE
1.Existencia de ORALES para un mínimo de 2 meses				
2.Existencia de INYECTABLES para un mínimo de 2 meses				
3.Existencia de T DE COBRE (T Cu 380 A) para un mínimo de 2 meses				
4.Existencia de CONDONES para un mínimo de 2 meses				
5.Existencias de Anillos de Yoon para un mínimo de 2 meses				

b. Estándares de Servicios de planificación familiar

Estándar 2	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
Toda usuaria de PF en inscripción es evaluada con los criterios esenciales según guía.	Porcentaje de expedientes de inscripciones en P.F que cumplen los criterios (13) según guía	Expedientes que cumplen con los Criterios $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ No. de expedientes revisados del período evaluado.	Hoja de inscripción de PF Expediente de usuaria y	Expediente de usuaria	Revisión retrospectiva de expedientes	100%	Mensual
Estándar 3	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
Toda usuaria de PF en su control subsecuente es evaluada con los criterios esenciales (9) según guía	Porcentaje de expedientes con controles subsecuentes de PF en los cuales se evaluaron los 9 criterios según guía	Expedientes que cumplen con los Criterios $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ No. de expedientes revisados del período evaluado.	Hoja de control sub-secuente de PF Expediente de usuaria y	Expediente de usuaria	Revisión retrospectiva de expedientes	100%	Mensual
Estándar 4	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
Toda/o usuaria/o que se decide por una esterilización quirúrgica debe contar con el consentimiento informado correctamente lleno (7 criterios)	Porcentaje de expedientes con esterilización quirúrgica con el consentimiento informado completamente lleno	Expedientes que cumplen con los Criterios $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ No. de expedientes revisados del período evaluado.	Hoja de consentimiento informado especial para esterilización quirúrgica	Expediente de usuaria/o	Revisión retrospectiva de expedientes	100%	Mensual

INSTRUCTIVO:

1. Los encargados de la evaluación mensual de estos estándares serán: **La enfermera y el médico coordinador de atención a la mujer, la jefatura médica y de enfermería de consulta externa**. Idealmente participarán los 4 para recopilar los datos y hacer análisis en conjunto de los problemas en el proceso de atención y proponer las alternativas de solución más apropiadas con los recursos disponibles.
2. Para seleccionar aleatoria y sistemáticamente la muestra de 10 expedientes:
 - a. Dividirá el total de cada tipo de consulta en el mes a evaluar (Inscripción, subsecuentes, esterilizaciones) que se encuentran registradas en el formulario **B-Realizaciones de Programa**, entre 10 y el valor obtenido de esta operación será el intervalo de selección de cada uno de los 10 expedientes de la muestra. Por ej: si fueron 80 esterilizaciones en el mes evaluado divide este número entre 10 el intervalo de selección para cada expediente de la muestra es de 8; de la lista tomarán el expediente 1, 8,16, 24 y así sucesivamente hasta completar los 10 expedientes.
 - b. En el formulario **C-Registro diario de consultas médicas** se seleccionará el número de expedientes que se dividirá entre 10 para establecer el intervalo de selección de los expedientes a revisar para determinar el cumplimiento de los diferentes criterios de cada uno de los estándares, igual que en el caso anterior.
3. **Si el expediente seleccionado no corresponde al diagnóstico del estándar evaluado seleccione el siguiente**. Si el expediente seleccionado lo permite se **podrán evaluar más de 1 estándar** (por ejemplo inscripción y sub-secuente si ya fueron brindadas ambas atenciones y evitará con ello sacar otro expediente del archivo clínico). Si el universo es pequeño (10 o menos) se tomará como muestra la totalidad de expedientes.
4. Fuente de verificación serán:
 - a. Estándar 2: Hoja de consulta de inscripción (Mujeres)
 - b. Estándar 3 Hoja de consulta sub-secuente (Mujeres)
 - c. Estándar 4: Hoja de consentimiento informado para esterilización (Masculina y Femenina)
5. Para el llenado del instrumento de evaluación del estándar (Base electrónica) se colocará en la casilla correspondiente el número de expediente. En el 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 no se registró la información o se cumplió parcialmente, "N/A" no aplica cuando el criterio no corresponde al caso.
6. Los responsables de estos estándares entregarán al Coordinador del comité de mejora continua de la calidad del hospital (Sub-director Médico), en los primeros 10 días hábiles, los instrumentos de evaluación de los 3 estándares (Base electrónica) completamente llenos incluyendo el encabezado de fecha, período y responsable **y el análisis del proceso de atención con sus respectivos planes de mejora o ciclos PEVA de encontrar brechas** en el cumplimiento del indicador que evalúa el estándar.

Instrumento de recolección de datos estándar 2																					
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO																					
Período evaluado:																					
Fecha de la evaluación:																					
Responsables de la evaluación:																					
Estándar 2. Toda usuaria de PF en la inscripción es evaluada con los criterios esenciales según guía.																					
Estándar que evalúa la calidad de atención que reciben las usuarias en su inscripción como usuarias de planificación familiar. 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 inscripciones en PF que cumplen con los criterios esenciales según guía																					
CRITERIOS										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
N° de Expediente																					
1.Datos generales y personales																					
2. Antecedentes obstétricos																					
3.Antecedentes ginecológicos																					
4.Verificación de PAP y/o resultado																					
5.Uso previo de métodos de planificación familiar, incluyendo lactancia materna (MELA)																					
6.Registro de signos vitales: temperatura, pulso, TA y peso																					
7.Examen físico completo, que incluya el ginecológico y de mamas																					
8.Histerometría para el caso de inserción de DIU																					
9.Categorización del método indicado, según criterios de elegibilidad a de OMS																					
10. Consejería sobre mecanismo de acción, uso correcto, tasa de efectividad, efectos secundarios y signos de alarma según el método elegido																					
11. Registro del método entregado																					
12. Registro de próxima cita																					
13. Consignación del responsable de inscripción																					

Instrumento de recolección de datos estándar 3										
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO										
Período evaluado:										
Fecha de la evaluación:										
Responsables de la evaluación:										
Estándar 4. Toda usuaria de PF en su control subsecuente es evaluada con los criterios esenciales según guía										
Estándar para evaluar la calidad de atención que reciben las usuarias de métodos de planificación familiar en su control sub-secuente. 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 con controles subsecuentes de PF que cumplen los criterios según guía										
CRITERIOS	EXPEDIENTE									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No. de Expediente Clínico										
1. Documentó los datos relacionados al parto: Fecha del parto, vía del parto, si se realizó episiotomía o no, causa de la cesárea										
2. Documentó los datos generales de la madre, edad y paridad										
3. Registró en el expediente clínico la presencia o no de signos de alarma: Dolor abdominal, fiebre, problemas para el amamantamiento, sangrado abundante o fétido, dificultad para orinar o defecar, síntomas de depresión.										
4. Registró en el expediente clínico signos vitales: peso, temperatura, tensión arterial y Frecuencia cardíaca.										
5. Buscó y registro signos de palidez en conjuntivas y palmas										
6. Evaluó el estado de las mamas y pezones.										
7. Determinó el grado de involución uterina										
8. Realizó examen de la vulva y el periné: documentando las características de los loquios, edema, secreciones anormales, estado de heridas										
9. Se brinda consejería en Planificación familiar y se refiere a planificación familiar o brinda método de PF										
10. Brindó consejería sobre lactancia materna exclusiva										
11. Se brindó el tratamiento apropiado según condición clínica										
12. Registró los datos generales del recién nacido: sexo, peso y talla al nacer										
13. Firmó y selló hoja de consulta de puerperio										

Instrumento de recolección de datos estándar 4										
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO										
Período evaluado:										
Fecha de la evaluación:										
Responsables de la evaluación:										
Estándar 5. Toda/o usuaria/o con esterilización quirúrgica debe contar con el consentimiento informado correctamente lleno (7 criterios)										
Estándar para evaluar la calidad de atención y consentimiento informado para los métodos permanentes de planificación familiar. 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 con esterilización quirúrgica con el consentimiento informado completamente lleno										
	Expedientes									
CRITERIOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N° de Expediente										
1. Datos generales.										
2. Antecedentes obstétricos contributorios.										
3. Indagar sobre uso previo de métodos de planificación familiar.										
4. Motivo de esterilización.										
5. Consentimiento informado firmado por usuaria y por proveedor que brinda consejería.										
6. Registro del tipo de esterilización realizada.										
7. Responsable de realizar la esterilización.										

c. Estándares de Atención y consejería prenatal

Estándar 5	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
Toda embarazada que recibe atención prenatal en el establecimiento tendrá registro correcto de su HCP (15 criterios)	Porcentaje de expedientes clínicos de embarazadas en atención prenatal que cuentan con información completa de los 15 criterios establecidos en la HCP	$\frac{\text{Expedientes que cumplen con los Criterios}}{100} \times \text{No. de expedientes revisados del período evaluado.}$	HCP	Expediente	Revisión retrospectiva de expedientes	100%	Mensual
Estándar 6	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
Toda embarazada en su atención prenatal recibe consejería, haciendo énfasis según condición	Porcentaje de expedientes clínicos de embarazadas que recibieron consejería prenatal	$\frac{\text{Expedientes que cumplen con los Criterios}}{100} \times \text{No. de expedientes revisados del período evaluado.}$	-Hoja de Consejería Prenatal	Expediente	Revisión retrospectiva de expedientes	100%	Mensual
Estándar 7	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
Toda puérpera recibe control post-parto según guía	Porcentaje de expedientes que cuentan con la información del control post-parto	$\frac{\text{Expedientes que cumplen con los Criterios}}{100} \times \text{No. de expedientes revisados del período evaluado.}$	-Hoja de control post-parto	Expediente	Revisión retrospectiva de expedientes	100%	Mensual

INSTRUCTIVO:

1. Los encargados de la evaluación de estos estándares serán **la enfermera y el Coordinador del programa de atención a la mujer, las jefaturas médica y de enfermería consulta externa**. Idealmente participarán los 4 para recopilar los datos y hacer análisis en conjunto más apropiados para encontrar las alternativas de solución.
2. Para seleccionar aleatoria y sistemáticamente la muestra realizará lo siguiente:
 - a. Se tomará el total de la consulta de perinatología en el mes a evaluar, para ello se hará una inferencia estadística de la siguiente manera: Se seleccionará un día de la primera semana del mes que se evaluará y se tomarán el número total de pacientes vistas ese día; se multiplicará por el número de días que se dará consulta prenatal en el mes para establecer un universo estimado de la muestra; este valor se dividirá entre 10 para establecer el intervalo de expedientes con el cual se seleccionará el número de expediente que se tomará como muestra. Por ej: Si fueron 30 controles prenatales dados en el día jueves de la primera semana del mes a evaluar y se darán 20 días de consulta prenatal en el mes, se multiplicará 20×30 y luego se dividirá entre 10; el intervalo de selección será cada 60 expedientes.
 - b. Del censo diario de la consulta prenatal de todo el mes se tomará un expediente de muestra cada intervalo de selección para el ejemplo anterior: Del total de censos de consulta prenatal se seleccionará como muestra el expediente 1, luego el 60, el 120 y así sucesivamente de todos los días en los que se de consulta de prenatal hasta completar los 10 expedientes de la muestra.
3. **Si el expediente seleccionado no corresponde al diagnóstico del estándar evaluado seleccione el siguiente en censo**. Si el expediente seleccionado lo permite se podrán evaluar más de 1 estándar (Por ejemplo control prenatal y consejería prenatal, evitando con ello pedir otro expediente al archivo clínico). Si el universo es pequeño (10 o menos) se tomará como muestra la totalidad de expedientes
4. Fuentes de verificación serán :
 - a. Estándar 5 será la HCP y el expediente clínico
 - b. Estándar 6 será la hoja de consejería prenatal y la nota de enfermería
 - c. Estándar 7 será la hoja de control post-parto y el expediente clínico
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 PEVA. Dicha entrega se realizará en los primeros 10 días hábiles.

Instrumento de recolección de datos estándar 5										
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO										
Período evaluado:										
Fecha de la evaluación:										
Responsables de la evaluación:										
Estándar 5. Toda embarazada que recibe la atención prenatal en el establecimiento tendrá registro correcto de su HCP (15 criterios).										
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 atención prenatal que cuentan con información completa de los 15 criterios establecidos en la HCP										
Criterios	Expedientes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No. de Expediente Clínico										
1. Antecedentes personales y obstétricos										
2. Medición de la talla										
3. Medición del peso										
4. Semanas de amenorrea										
5. Determinación de la TA										
6. Medición de la altura uterina										
7. Auscultación de FCF										
8. Movimientos fetales después de 18 sem.										
9. Aplicación de la vacuna antitetánica (Dt) según norma										
10. Registro de exámenes prenatales realizados										
11. Evaluación nutricional.										
12. Examen odontológico										
13. Examen de mamas										
14. Prescripción de Fe y Ac. Fólico										
15. Solicitud de VIH										

Instrumento de recolección de datos estándar 6										
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO										
Período evaluado:										
Fecha de la evaluación:										
Responsables de la evaluación:										
Estándar 6. Toda embarazada en su atención prenatal recibe consejería, haciendo énfasis según condición.										
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 embarazadas en atención prenatal que recibieron consejería según condición.										
	Expedientes									
CRITERIOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N° de Expediente										
1. Lactancia materna										
2. Planificación familiar										
3. Signos de complicaciones										
4. Violencia intrafamiliar.										
5. Alimentación										

Instrumento de recolección de datos estándar 7																			
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL																			
HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO																			
Período evaluado:																			
Fecha de la evaluación:																			
Responsables de la evaluación:																			
Estándar 7. Toda puérpera recibe control post-parto según guía																			
Estándar que evaluará la calidad de atención recibida en el control post-parto. 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 mujeres a las que se les brindó control puerperal que cumplen criterios según guía																			
CRITERIOS										EXPEDIENTES									
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No. de Expediente Clínico																			
1. Documentó los datos relacionados al parto: Fecha del parto, vía del parto, si se realizó episiotomía o no, causa de la cesárea																			
2. Documentó los datos generales de la madre, edad y paridad																			
3. Registró en el expediente clínico la presencia o no de signos de alarma: Dolor abdominal, fiebre, problemas para el amamantamiento, sangrado abundante o fétido, dificultad para orinar o defecar, síntomas de depresión																			
4. Registró en el expediente clínico signos vitales: peso, temperatura, tensión arterial y Frecuencia cardíaca.																			
5. Buscó y registro signos de palidez en conjuntivas y palmas																			
6. Evaluó el estado de las mamas y pezones.																			
7. Determinó el grado de involución uterina																			
8. Realizó examen de la vulva y el periné: documentando las características de los loquios, edema, secreciones anormales, estado de heridas																			
9. Se brinda consejería en Planificación familiar y se refiere a planificación familiar o brinda método de PF																			
10. Brindó consejería sobre lactancia materna exclusiva																			
11. Se brindó el tratamiento apropiado según condición clínica																			
12. Registró los datos generales del recién nacido: sexo, peso y talla al nacer																			
13. Firmó y selló hoja de consulta de puerperio																			

II. Estándares de atención intrahospitalaria

a. Estándares: Aplicación Corticosteroides prenatales, Atención post-aborto y evaluación previa al alta de la puérpera

Estándar 8	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
Toda mujer post-aborto recibe consejería en PF	Porcentaje de expedientes de mujeres postaborto, que reciben consejería y que cumplen 4 criterios según guía.	Expedientes de mujeres post-aborto que cumplen con todos los Criterios $\frac{\quad}{100} \times$ 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	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
Toda mujer con riesgo de parto entre las 24 y 34 sem de gestación recibió corticosteroides ante-natales	Porcentaje de expedientes de embarazadas con riesgo de parto entre las 24 y 34 sem gestación; que recibieron corticoides ante-natales	Expedientes de mujeres con APP que cumplen con los Criterios $\frac{\quad}{100} \times$ No. de expedientes revisados del período evaluado.	HCP, Expediente de usuaria, o	Expediente de usuaria	Revisión retrospectiva de expedientes, o SIP	100%	Mensual

Estándar 10	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
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 $\frac{\quad}{100} \times$ 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, período y responsable, en el estándar 12 de acuerdo al calendario del servicio que le corresponde (Cirugía o Puerperio II). 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 estándar 8										
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO										
Período evaluado:										
Fecha de la evaluación:										
Responsables de la evaluación:										
Estándar 8. Toda mujer post-aborto debe recibir consejería en PF (4 criterios).										
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 mujeres en post-aborto que recibieron consejería y que cumplen los 4 criterios.										
CRITERIOS										Expedientes
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No. de Expediente Clínico										
1.Registró el diagnóstico de post-aborto										
2.Registró la consejería en el expediente clínico										
3. Registró y entregó el método de planificación familiar elegido por la paciente o la referencia consignada en expediente clínico										
4.El método adoptado por usuaria es con base a su situación clínica y categorización de OMS										

Instrumento de recolección de datos estándar 9										
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO										
Período evaluado:										
Fecha de la evaluación:										
Responsables de la evaluación:										
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.										
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 embarazadas con riesgo de parto entre las 24 y menos de 34 sem gestación; que recibieron corticoides según criterios evaluados.										
CRITERIOS										EXPEDIENTES
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No. De expediente clínico										
1. Cumplimiento de 1a dosis de esteroides.										
2. Cumplimiento de dosis subsecuentes de esteroides.										
3. Registro en HCP en corticoides antenatales.										

Instrumento de recolección de datos estándar 10										
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO										
Período evaluado:										
Fecha de la evaluación:										
Responsables de la evaluación:										
Estándar 10. Toda mujer en post parto previo al alta recibe una evaluación clínica y referencia según 9 criterios										
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 púerperas controladas previo al alta según 9 criterios										
Criterios	EXPEDIENTES									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N° de Expediente										
1. Frecuencia cardíaca.										
2. Tensión arterial.										
3. Temperatura.										
4. Involución uterina.										
5. Sangrado/loquios.										
6. Estado de mamas.										
7. Estado de la herida (cesárea o episiotomía).										
8. Días del parto.										
9. Referencia a control postparto.										

b. Estándares de Atención durante el trabajo de parto, parto y post-parto

Estándar 11	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
Toda mujer en trabajo de parto tendrá su partograma llenado e interpretado correctamente según condición	Porcentaje de expediente con partogramas llenados e interpretados correctamente.	$\frac{\text{Expedientes que cumplen con todos los Criterios}}{100} \times \text{No. de expedientes revisados del período evaluado.}$	Partograma	Expediente	Revisión retrospectiva de expedientes	100%	Mensual
Estándar 12	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
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.	$\frac{\text{Expedientes que cumplen con los Criterios}}{100} \times \text{No. de expedientes revisados del período evaluado.}$	HCP -Hoja de descripción del parto -Hoja de enfermería	Expediente	Revisión retrospectiva de expedientes	100%	Mensual

Estándar 13	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente 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.	$\frac{\text{Expedientes que cumplen con los Criterios}}{100} \times \text{No. de expedientes revisados del período evaluado.}$	Hoja de Signos vitales y nota de enfermería	Expediente	Revisión retrospectiva de expedientes	100%	Mensual

INSTRUCTIVO:

1. 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.
2. Para seleccionar aleatoria y sistemáticamente la muestra de 10 expedientes:
 - a. 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 800 partos en el mes evaluado divide éste entre 10, el número al azar para este caso será cada 80 expedientes
 - b. Se tomará como universo el total de nacimientos ocurridos durante el mes que puede ser obtenido del Sistema de Información en Salud (SES) 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:
 - a. **Estándar 9:** El partograma y el expediente clínico (Hoja de indicaciones).
 - b. **Estándar 10:** Será la HCP y/o nota de enfermería de atención del parto.
 - c. **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 PEVA. Dicha entrega se realizará en los primeros 10 días hábiles de cada mes.

Instrumento de recolección de datos estándar 11										
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO										
Período evaluado:										
Fecha de la evaluación:										
Responsables de la evaluación:										
Estándar 11. Toda mujer en trabajo de parto tendrá su partograma llenado, interpretado y aplicado correctamente según condición obstétrica.										
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 expediente con partogramas llenados e interpretados correctamente.										
CRITERIOS	EXPENDIENTES									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No. de Expediente Clínico										
1. Existe Partograma										
CONTROLÓ Y REGISTRÓ COMPLETA Y CORRECTAMENTE LOS SIGUIENTES DATOS:										
2. Frecuencia cardíaca fetal										
3. Estado de las membranas y lo representó apropiadamente C= Claro, I= Integras, M=Meconial, A= Ausente.										
4. Grado de moldeamiento fetal (0,+,,++ o +++)										
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)										
6. Graficó 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)										
7. Descenso de la presentación con variedad de presentación										
8. Actividad uterina (Frecuencia, intensidad y duración)										
9. Signos vitales maternos (TA, pulso y Temperatura)										
DOCUMENTÓ LA TOMA DE DECISIONES DE ACUERDO AL PARTOGRAMA SEGÚN EL CASO CLÍNICO										
10. A la derecha de la Línea de Acción realizó un vigilancia más cercana del trabajo de parto (MFE registrado en el expediente)										
11. Al llegar a la curva de Acción revaloró el caso con una segunda opinión, descartó desproporción cefalo-pélvica y lo constató en el expediente										
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)										
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										

Instrumento de recolección de datos estándar 12										
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO										
Período evaluado:										
Fecha de la evaluación:										
Responsables de la evaluación:										
Estándar 12. Toda mujer con parto institucional recibirá uterotónicos como parte del Manejo Activo del Tercer Período (MATEP)										
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 mujeres con parto institucional que recibieron uterotónicos como parte del MATEP, según criterios establecidos										
CRITERIOS	Expedientes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No. de Expediente Clínico										
1. Oxitocina 10 UI IM										
2. Tracción y contratracción controlada del cordón umbilical (aprovechando la contracción uterina)										
3. Masaje uterino inmediatamente después del alumbramiento										
4.Registro correcto en HCP en la casilla de uterotónicos pre-alumbramiento										
Instrumento de recolección de datos estándar 13										
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO										
Período evaluado:										
Fecha de la evaluación:										
Responsables 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 puérpera que fueron controladas en las primeras 2 hrs. según criterios										
Criterios	Expedientes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N° 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)										

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

Estándar 14	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
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 PEVA. Dicha entrega se realizará.

Instrumento para recopilar la información estándar 14					
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL					
HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO					
Período evaluado:					
Fecha de la evaluación:					
Responsables 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		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
1. Lavabo/jabón antiséptico /agua clorada/alcohol gel antiséptico		
2. Papel interfoliado		
3. Estetoscopio		
4. Tensiómetro		
5. Cinta métrica		
6. Lámpara de mano con baterías y funcionando		
7. Monitores fetales electrónicos		
8. Estimulador vibro acústico		
9. Electro gel		
10. Monitores de signos vitales de adulto		
11. Bombas de infusión o Microgotero		
12. Líneas de infusión para bombas		
13. Líneas de infusión y jeringas con protección UV		
14. Espéculos con sus pinzas		
15. Equipos completos para atención de parto		
16. Sondas nasogástricas		
17. Gel lubricante para exámenes vaginales		
18. Guantes estériles de diferentes números		
19. Guantes limpios		
20. Sondas Vesicales		
21. Tricótomos con baterías y hojas reemplazables		
22. Amniótomos estériles		
23. Gorro, Mascarilla y gabachones		
24. Equipos para aseo vulvar		

25. Equipos de cateterismo vesical		
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 cc		
30. Esparadrapo		
31. Gasas estériles		
32. Catéter venoso No. 16, 18, 20, 22 y 24		
33. Equipo de venoclisis y válvulas de 3 vías		
34. Mesas para atención de parto en condiciones apropiadas y funcionando		
35. Desfibrilador		
36. Tegaderm		
37. Recipientes sólidos para desecho de cortopunzantes		
38. Tiras reactivas para orina y glucosa		
39. Basureros		
40. Oxígeno y mascarillas para adulto		
41. Equipo y sondas para aspiración		
42. Cánulas Mayo		
43. Carros para transporte de paciente con barandales y funcionando		
44. Silla de ruedas en buenas condiciones y funcionando		
45. Tubos y frascos para muestras de laboratorio		
46. Suturas de crómico 1, 2-0 y 3-0, Vicryl 2-0,3-0 y 1, Nylon 2-0 y 3-0		
47. Lámparas quirúrgicas		

48. Equipos de anestesia		
49. Sondas Foley 16, 18, 20 y 22		
50. Recipientes rígidos herméticos para disposición de materiales cortopunzante.		
MEDICAMENTOS		
51. Soluciones parenterales: Lactato Ringer / SSN ó Dw 5% y 50%		
52. Soluciones coloides y expansoras de volumen		
53. Mesa de paro con todos los medicamentos y que estén vigentes e identificados apropiadamente		
54. Oxitocina conservando cadena de frío		
55. Carbetocina		
56. Misoprostol		
57. Hidralazina IV		
58. Nitroglicerina IV almacenada apropiadamente		
59. Fenoterol		
60. Lidocaína 2%		
61. SO4MG,Ca++, K+, Na+, HCO3-, Gluconato de calcio		
62. Betametasona		
63. Dexametasona		

REANIMACIÓN DE RECIÉN NACIDOS	SI	NO
1. Lavabo/jabón/gel antiséptico		
2. Papel interfoliado		
3. Estetoscopio		
4. Oxímetro de pulso funcionando		
5. Cinta Métrica		
6. Lámpara de emergencia funcionando		
7. Termómetros rectales		
8. Lámpara de Mano funcionando y con baterías		
9. Bascula con tallímetro para lactante		
Equipo de aspiración		
10. Pera de goma estéril y bien almacenada		
11. Aspirador mecánico		
12. Sondas de aspiración 6F,8F,10F,12F		
13. Sonda de alimentación 5 y 8F y jeringa de 10 y 20ml		
14. Aspirador de meconio		
Equipo de soporte ventilatorio		
15. Máscaras faciales tamaños de RN a término y prematuro		
16. Fuente de oxígeno con flujómetro (Flujo hasta 10L/min) y tubos		
17. Dispositivo para proveer ventilación positiva(de 90-100% de Oxígeno)		
18. Campana Cefálica		
Equipo de Intubación		
19. Laringoscopios con hojas rectas y curvas, N° 0,		

00 y N°1		
20. Foco y baterías de remplazo para laringoscopio.		
21. Tubos endo-traqueales 2, 2.5,3,3.5 y 4mm de diámetro interno.		
22. Tijeras		
23. Cinta adhesiva ½ ó ¾ de pulgada		
24. Alcohol y algodón		
25. Solución protectora		
26. Máscara laríngea		
27. Material de fijación: Cinta umbilical, tintura protectora y esparadrapo		
28. Oxímetro de pulso		
29. Suministro de oxígeno empotrados		
30. Líneas de Oxígeno		
Equipo en área de Puerperios		
31. Bolsa con equipo de reanimación neonatal básica en puerperio 2 con: Bolsa auto inflable, mascarilla, Tambo de oxígeno portátil, perillas, sondas de aspirar, equipo de aspirar, laringoscopios y tubos orotraqueales de diferentes diámetros		
Insumos para accesos vasculares		
32. Tegaderm		
33. Solución antiséptica (Alcohol y Clorhexidrina)		
34. Catéteres umbilicales 3.5 F y 5 F		
35. Seda 3-0		
36. Llave de tres vías		
37. Jeringas 1,3,5,10,20 y 50ml		
38. Aguja 25,21 y 18G		
39. Equipo de disección yugular		
Medicamentos		
40. Adrenalina 1:10,000(0.1mg/ml) ampollas de 1ml		
41. Cristaloides isotónicos (solución salina o lactato de Ringer)para expansión de volumen 100 ó 250 ml		
42. Bicarbonato de sodio.2%(5mEq/10ml) frasco de 50 ml		
43. Hidrocloruro de naloxona 0.4mg/ml-ampollas de 1ml, ó 1.0mg/ml-ampollas de 2.ml resguardado apropiadamente		
44. Dextrosa 10% de 250ml		
45. Material, equipo para cateterización de vasos umbilicales		
46. Guantes estériles de diferentes tamaños		
47. Bisturí o tijeras		
48. Vitamina k		
49. Ungüento oftálmico		
50. Ampollas de agua bidestilada de 10 cc		
51. Xilocaina al 2%		

d. Estándares de manejo de principales complicaciones durante el embarazo y parto

Estándar 15	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
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 $\frac{\quad}{100} \times$ No. de expedientes revisados del período evaluado.	Expediente	Expediente	Revisión retrospectiva de expedientes	100%	Mensual
Estándar 16	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
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 $\frac{\quad}{100} \times$ No. de expedientes revisados del período evaluado.	Expediente	Expediente	Revisión retrospectiva de expedientes	100%	Mensual
Estándar 17	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
Toda mujer con preeclampsia 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 $\frac{\quad}{100} \times$ No. de expedientes revisados del período evaluado.	Expediente	Expediente	Revisión retrospectiva de expedientes	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). Además entregará el análisis del proceso de atención con sus planes de mejora o ciclos PEVA. Dicha entrega será en los primeros 10 días hábiles del mes evaluado.

Instrumento de recolección de datos estándar 15										
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO										
Período evaluado:										
Fecha de la evaluación:										
Responsables de la evaluación:										
<p>Estándar 15. Toda mujer con infección puerperal debe ser manejada 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).</p>										
MANEJO INICIAL DE INFECCIÓN POR CAUSA OBSTÉTRICA:	ABORTO SÉPTICO	ENDOMETRITIS POST PARTO	INFECCION DE HERIDA OPERATORIA	TROBOFLEBITIS PELVICA						
	MASTITIS	POST-CESÁREA	ABCESO PELVICOS	SHOCK SEPTICO						
Indicador: Porcentaje de púerperas con Infección puerperal que recibieron tratamiento según guía										
Criterios	Expedientes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N° de Expediente										
AL INICIO DE DETECTADA LA MORBILIDA; EN TODO PATOLOGIA DEBERA DE EVALUAR LOS SIGUIENTES CRITERIOS :										
1. Días post parto o post aborto en que presenta la infección/fiebre.										
2. Tensión Arterial.										
3. Pulso.										
4. Estado de conciencia.										
5. Frecuencia respiratoria.										
6. Temperatura.										
7. Presencia de loquios fétidos.										
8. Signos de infección en herida operatoria o canal vaginal.										
9. Involución uterina.										
10. Examen de mamas (si aplica).										
11. Evaluación por especialista o médico de mayor jerarquía al ingreso.										
PRUEBAS DE LABORATORIO:										
12. Hemograma completo (Ht, Hb, Leucograma + plaquetas).										
13. Tipeo Rh.										
14. Prueba cruzada.										
15. Eritrosedimentación.										
16. Proteína C reactiva.										
17. Prueba del tubo o Lee White.										
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										

Instrumento de recolección de datos estándar 16.

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO

Período evaluado:

Fecha de la evaluación:

Responsables de la evaluación:

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

Estándar evalúa la calidad de atención brindada a las mujeres con hemorragia obstétrica según diagnóstico y condición clínica.

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).

Placenta Previa	Abruptio 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	7	8	9	10

No. de Expediente Clínico

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 $\leq 7\text{gr\%}$ 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 cont ol normal, plaquetas si son $<50,000$.

PRUEBAS DE LABORATORIO PARA TODAS LAS PATOLOGIAS DETECTADAS:

11. Hemograma

12. Plaquetas

1 . Típeo y Rh

14. Prueba Cruzada

15. Prueba del tubo

16. Fibrinógeno

17. TP, TPT, TT

PLACENTA PREVIA: Criterios

18. Realizó Ultrasonografía de emergencia.

19. No realizó Tacto vaginal, ni examen con espéculo.

20. Si embarazo era entre las 24 y menos de 34 sem de Gestación, aplicó Betametasona 12 mg IM cada 24 horas # 2.

De acuerdo a la cantidad de sangrado:

21. Si era profuso y continuo, con compromiso materno fetal: indicó, realizo o refirió para Cesárea.

22. Si era leve o se detuvo: sin compromiso materno-fetal considero manejo

Instrumento de recolección de datos estándar 17										
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO										
Período evaluado:										
Fecha de la evaluación:										
Responsables de la evaluación:										
Estándar 17. Toda mujer con preeclampsia grave/eclampsia debe ser manejada según guía										
Estándar para evaluar la calidad de atención de las mujeres con cuadros hipertensivos del embarazo y sus 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 de embarazadas preeclampsia grave/eclampsia que recibieron tratamiento según guía y condición clínica										
Criterios	Expedientes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No. de Expediente Clínico										
Al inicio de detectada la morbilidad, determinación de										
1. Edad gestacional/parto.										
2. Tensión Arterial (Identificación de TA diastólica \geq 110 mmHg y TA sistólica \geq 160 mmHg después de las 20 sem gestación).										
3. Frecuencia respiratoria.										
4. Convulsiones.										
5. Proteinuria (\geq 2-3 gr en orina de 24hr ó \geq 3 a 4 + en tira reactivas con orina al azar (\geq 500gr)										
6. Describió ROT.										
7. Auscultó FC cada hora										
Pruebas de laboratorio										
8. Hemograma completo										
9. Frotis de sangre periférica.										
10. Típo 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.										
13. Pruebas hepáticas: Transaminasas, Bilirrubinas, LDH, proteínas séricas.										
Manejo clínico										
14. Diagnóstico y clasificación según guía.										
15. Valoración por médico especialista o de mayor experiencia máximo media hora después del ingreso.										
16. Uso de sonda vesical posterior a impregnación con SO ₄ Mg.										
Guía para cumplimiento de protocolo de SO ₄ Mg:										
17. Dosis de impregnación método Zuspan: 4.5 gr, diluir 3 ampollas de SO ₄ Mg 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										
18. Dosis de mantenimiento Zuspan: 1.5 gr/dl cumplir de la dilución anterior 100 cc/ hora en bomba de infusión.										
Eclampsia.										
19. Inicie la administración de sulfato de magnesio a dosis de impregnación, según esquema.										
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.										
Estatus convulsivo										
21. Impregnación: Difenilhidantoína 1gr IV # 1 dividido en dosis fraccionadas.										
22. Mantenimiento: Difenilhidantoína 250 mg IV c/8hr por 24 hrs. Luego 125 mg. IV c/8hr por 48 hrs.										

e. Estándar de Atenciones al recién nacido normal y lactancia materna

Estándar 18	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
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	$\frac{\text{Expedientes que cumplen con los Criterios}}{100} \times \text{No. de expedientes revisados del período evaluado.}$	HCP y nota de enfermería de neonatólogos de atención inmediata del recién nacido	Expediente Materno	Revisión retrospectiva de expedientes	100%	Mensual
Estándar 19	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
Todo neonato que egresa de encamados (Puerperio o cirugía), es evaluado y registrada la información según HCP	Porcentaje de expedientes clínicos de madres que cumplen con los criterios establecidos para la evaluación al alta del neonato de la HCP	$\frac{\text{Expedientes que cumplen con los Criterios}}{100} \times \text{No. de expedientes revisados del período evaluado.}$	HCP Nota del neonatólogo que evaluó al recién nacido al momento del alta	Expediente Materno	Revisión retrospectiva de expedientes	100%	Mensual
Estándar 20	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
Todo neonato de parto vaginal sin complicaciones cumple los 4 criterios de la lactancia materna exclusiva.	Porcentaje de expedientes clínicos que cumplen con los criterios de lactancia materna exclusiva.	$\frac{\text{Expedientes que cumplen con los Criterios}}{100} \times \text{No. de expedientes revisados del período evaluado.}$	HCP y/o Nota de descripción del parto, del neonatólogo y de enfermería al momento del alta del recién nacido	Expediente Materno de parto vaginal	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:
 - a. **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.
 - b. **Estándar 19** la HCP y la nota del neonatólogos que evalúa al recién nacido sano al momento del alta en el servicio de encamados (Cirugía, puerperio I y II).
 - c. **Estándar 20:** el expediente de la madre en los servicios de encamados se revisará las notas de descripción del parto, del neonatólogos y de enfermería al momento del alta
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 estándar 18										
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO										
Período evaluado:										
Fecha de la evaluación:										
Responsables 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										

Instrumento de recolección de datos estándar 19										
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO										
Período evaluado:										
Fecha de la evaluación:										
Responsables de la evaluación:										
Estándar 19. Todo neonato que egresa de encamados (Puerperios o cirugía) es evaluado previo al alta según 23 criterios										
Estándar para evaluar la calidad evaluación del recién nacido antes del alta del 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).										
Indicador: Porcentaje de expedientes clínicos de madres que cumplen con los criterios de evaluación al alta del neonato										
Criterios	Expedientes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No. de expediente clínico										
1. Nombre o identificación del recién nacido.										
2. Fecha y hora de la evaluación al alta.										
3. Edad del recién nacido al alta.										
4. Sexo.										
5. Peso.										
6. Longitud.										
7. Perímetro cefálico.										
8. Frecuencia cardíaca.										
9. Frecuencia respiratoria.										
10. Temperatura.										
11. Registró de antecedentes maternos de riesgo (si es el caso).										
12. Registró la Presencia o no de fiebre.										
13. Registró la Presencia o no de ictericia.										
14. Registró la Presencia o no de vómito.										
15. Falta de micción.										
16. Documentó Presencia o no de ano imperforado.										
17. Registró la Presencia o no de fractura de clavícula u otros miembros.										
18. Registró la Presencia o no de cefalohematoma.										
19. Registró la Presencia o no de soplo cardíaco.										
20. Registró de la maniobra de Ortolani y Barlow.										
21. Registró de malformaciones congénitas mayores.										
22. Registró de recomendaciones al alta.										
23. Firma y sello del responsable del alta.										

Instrumento de recolección de datos estándar 20										
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO										
Período evaluado:										
Fecha de la evaluación:										
Responsables de la evaluación:										
Estándar 20. Todo neonato de parto hospitalario vaginal sin complicaciones materno-neonatales se le cumple y fomenta la lactancia materna exclusiva.										
Estándar para evaluar aspectos importantes que deben de cumplir las maternidades para fomentar y cumplir la lactancia materna exclusiva										
Estándar para evaluar la calidad evaluación del recién nacido antes del alta del 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).										
Indicador: Porcentaje de expedientes clínicos que cumplen con los criterios de lactancia materna exclusiva.										
Criterios	Expedientes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No. de Expediente Clínico										
1. Apego precoz (En la primera media hora de vida). No aplica para cesáreas.										
2. Alojamiento conjunto.										
3. Lactancia materna exclusiva al alta.										
4. Consejería en lactancia materna										

f. Estándares de manejo de complicaciones neonatales: Sepsis neonatal, Síndrome de Aspiración de Meconio y Reanimación neonatal

Estándar 21	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
Todo recién nacido con sospecha o diagnóstico de sepsis neonatal recibe atención según guía	Porcentaje de expedientes de recién nacidos con sospecha o diagnóstico de sepsis que cumplieron criterios según guía y condición clínica	Expedientes correspondientes al diagnóstico que cumplen con los Criterios $\frac{\text{No. de expedientes que cumplen con los Criterios}}{\text{No. de expedientes revisados del período evaluado.}} \times 100$	Expediente	Expedientes	Revisión retrospectiva de expedientes	100%	Mensual
Estándar 22	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
Todo recién nacido con síndrome de aspiración de meconio se manejó de acuerdo a la guía de atención	Porcentaje expedientes de recién nacidos con Síndrome de Aspiración de Meconio que cumplen criterios de manejo según guía y condición clínica	Expedientes correspondientes al diagnóstico que cumplen con los Criterios $\frac{\text{No. de expedientes que cumplen con los Criterios}}{\text{No. de expedientes revisados del período evaluado.}} \times 100$	Expediente	Expediente	Revisión retrospectiva de expedientes	100%	Mensual
Estándar 23	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
Todo recién nacido que durante el nacimiento presenta asfixia se atendió siguiendo la guía de reanimación neonatal.	Porcentaje expedientes de recién nacidos con asfixia que cumplieron criterios de manejo según guía y condición clínica	Expedientes correspondientes al diagnóstico que cumplen con los Criterios $\frac{\text{No. de expedientes que cumplen con los Criterios}}{\text{No. de expedientes revisados del período evaluado.}} \times 100$	Expediente	Expediente	Revisión retrospectiva de expedientes	100%	Mensual

INSTRUCTIVO:

1. Los responsables de la evaluación de este estándar serán: los representantes en **el comité de calidad de neonatología y del comité de prevención de infecciones**, quienes realizarán la evaluación mensual del mismo.
2. Para establecer el universo y seleccionar aleatoria-sistemáticamente la muestra de 10 expedientes:
 - a. Se recopilará el total de cada uno de los 3 diagnósticos de las complicaciones neonatales y las fuentes para determinar la totalidad de cada uno de los serán:
 - i. Las hojas de patologías de los expedientes clínicos
 - ii. Libros de ingresos de los servicios de Observación, Intermedios y Unidad de cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)
 - b. Dividirá el número total de los diferentes diagnósticos entre 10 para establecer el intervalo de selección de la muestra
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: Si se dieron medidas de reanimación y luego desarrollo sepsis neonatal se evalúan los dos estándares en el mismo expediente. Si el universo es pequeño (10 o menos) se tomará como muestra la totalidad de expedientes.
4. Las fuentes de verificación de la información será el expediente clínico
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. En el estándar de Sepsis Neonatal en los criterios 21 y 22 deberá marcar sólo 1 de las 6 opciones posibles
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, 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 estándar 21										
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO										
Período evaluado:										
Fecha de la evaluación:										
Responsables de la evaluación:										
Estándar 21. Todo recién nacido con sospecha o diagnóstico de sepsis neonatal recibe atención según guía										
Estándar que permitirá evaluar la calidad de atención que recibierpecha o diagnóstico de son los recién nacidos con sepsis										
Indicador: Todo recién nacido con sospecha o diagnóstico de sepsis recibe atención según guía y condición clínica										
CRITERIOS	Expedientes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. No de expediente clínico										
2.Registró los antecedentes maternos prenatales e intraparto de riesgo para sepsis neonatal (IVU, pielonefritis, vaginosis bacteriana, proceso febril de origen por determinar, corioamnionitis, ruptura prolongadas de membranas, trabajo de parto prolongado)										
3.Documentó el Apgar y si se aplicó o no reanimación en el recién nacido										
4. Registró si se realizaron procedimientos invasivos o no en el recién nacido										
5.Registró la edad gestacional del neonato										
6.Documentó la temperatura y destacó la presencia de hipotermia o hipertermia										
7.Registró la presencia o no de letargia, hipoactividad o irritabilidad										
8. Evidenció y documentó los resultados de glicemia (Destacó la presencia de hipoglicemia)										
9. Documentó la presencia o no de hiperbilirrubinemia sin otra explicación obvia										
10. Documentó la presencia o no de distress respiratorio										
11. Registró la presencia o no de vómitos, intolerancia a la vía oral o diarrea										
12. Registró la presencia o no de distensión abdominal										
13. Documentó la presencia o no de convulsiones, temblores, fontanelas a tensión o coma.										
Se indicaron y tomaron las siguientes Pruebas de laboratorio:										
14. Leucograma y neutrófilos (Con recuento de los neutrófilos en banda)										
15. Proteína C reactiva										
16. Recuento de plaquetas										
17. Eritrosedimentación										
18. Punción lumbar (Según estado clínico y pruebas de laboratorio)										
19.Urocultivo en sepsis tardía y nosocomial										
20. Hemocultivo.										
Cumplió protocolo de antibióticos según condición clínica y resultado de hemocultivo de la siguiente manera:										
21. Si NO hay turbidez en el Hemocultivo a las 72 horas de incubación aplicó el siguiente protocolo de tratamiento:										
a. Antecedentes perinatales predisponentes para procesos infecciosos + laboratorio no concluyente y neonato sin manifestaciones clínicas : Indicó tratamiento empírico por 3 días										
b. Antecedentes perinatales predisponentes para procesos infecciosos +laboratorio sugerente de sepsis + evidencia sin clínica de proceso infeccioso: Indicó tratamiento empírico por 5-7 días.										
c. Con o sin antecedentes perinatales predisponentes de proceso infeccioso +laboratorio sugerente de sepsis, con cuadro clínico manifiesto: Se indicó tratamiento por 7-10 días.										
22. SI HAY turbidez el Hemocultivo a las 72 horas de incubación aplicó el siguiente protocolo de tratamiento:										
a. Sin evidencia clínica de sepsis indicó tratamiento por 7 -10 días										
b. Con cuadro clínico de sepsis indicó tratamiento por 10 -14 días										
c. Compromiso meníngeo indicó tratamiento por 14-21 días.										

Instrumento para la recolección de datos de estándar 22										
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO										
Período evaluado:										
Fecha de la evaluación:										
Responsables de la evaluación:										
Estándar 22. Todo recién nacido con síndrome de aspiración de meconio se manejó de acuerdo a la guía de atención										
Estándar para evaluar la calidad de atención que reciben los recién nacidos con Síndrome de aspiración de meconio. 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 expedientes de recién nacidos con Síndrome de Aspiración de Meconio que cumplen criterios de manejo según guía y condición clínica										
Criterios	Expedientes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N° de Expediente clínico										
1. Se identificó y registraron factores de riesgo de hipoxia fetal										
2. Se documentó la presencia de meconio espeso en el trabajo de parto										
3. En recién nacido vigoroso se aspiró las secreciones de boca y nariz										
4. En Recién nacido NO vigoroso se realizó laringoscopia por neonatólogo										
5. Se evaluó y clasificó la severidad del distress respiratorio según la escala clínica de Wood-Downes de la siguiente manera:										
a. Leve: Taquipnea o dificultad respiratoria leve, PCO2 baja (32-35 mmHg) y pH normal, resolviéndose en 24 a 72 horas.										
b. Moderado: Taquipnea importante (Frecuencia respiratoria hasta de 90 por minuto), hay signos de dificultad respiratoria progresiva.										
c. Grave: Después del parto o en las primeras horas de vida se produce una insuficiencia ventilatoria progresiva con hipoxia severa. Se observa hiper-aireación con aumento del diámetro anteroposterior, estertores gruesos y sub-crepitantes en ambos campos pulmonares y una coloración de la piel pálida grisácea, producto de la hipoxia y acidosis metabólica, secundaria a asfixia, hipotensión arterial y falla miocárdica.										
6. Se ingresó al recién nacido a UCIN o Intermedios II según evaluación de escala de Wood-Downes en 2 horas o menos tiempo										
7. Utilizó y documentó la oximetría de pulso en sala de reanimación.										
8. Monitoreo de signos vitales, oximetría de pulso y T.A.										
9. Brindó y documentó la asistencia respiratoria necesaria según el caso										
10. Tomó, evaluó y describió la Rx de tórax										
11. Documentó el uso de catéter umbilical arteriales y venosos para monitorizar gases arteriales, Ph, administración de fluidos IV y medicamentos según condición clínica										
12. Se realizaron exámenes de laboratorio Hemograma, PCR,										

Eritrosedimentación, hemocultivo y glicemia																				
13.Mantuvo el ayuno hasta que el recién nacido se estabilizó hemodinámica y respiratoriamente																				
14. Documentó la administración de líquidos IV a razón de 80cc/kg de peso con Dw 10 %																				
15.Indicó campana cefálica																				
16. Indicó CPAP para mantener una oxigenación con una PO2 de 60 a 80 mmHg. Si las necesidades de FiO2 superan 60% e incrementa dificultad respiratoria (Presión de 4 a 7 cm H2O)																				
17. Indicó ventilación mecánica si hay deterioro clínico: Hay hipercarbia (PaCO2 mayor de 50 mm Hg) o una hipoxemia persistente (PaO2 menor de 50 mm Hg), con una FiO2 mayor de 60%.																				
18. Indicó Ventilación de alta frecuencia (VAFO) cuando hay fuga aérea con deterioro clínico, Hipertensión pulmonar o fracaso de ventilación convencional																				
19. Inició tratamiento con doble antibiótico de primera línea (Ampicilina +Aminoglucósido)																				
20.Documentó el uso de drogas vasoactivas, para mantener una presión arterial normal																				
21.Realizó ecocardiograma según evolución de ser necesario																				
22. Manejó la hipertensión pulmonar en aquellos casos en que se presente																				

Instrumento para la recolección de datos estándar 23										
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO										
Período evaluado:										
Fecha de la evaluación:										
Responsables de la evaluación:										
Estándar 23. Todo recién nacido con asfixia neonatal se atendió según protocolo reanimación.										
Este estándar servirá para evaluar la calidad de atención que recibió todo recién nacido que necesitó reanimación inmediata al nacimiento. 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 expedientes de recién nacidos con asfixia que cumplieron criterios de manejo según guía y condición clínica										
Criterios	Expedientes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No. de Expediente Clínico										
1. Documentó factores de riesgo materno para hipoxia intra-parto										
2. Brindaron y registraron los cuidados de la atención inmediata del recién nacido según guía										
3. Se evaluó y documentó el Apgar al 1,5 minutos y luego cada 5 minutos si persiste a bajo de 7										
4. Se documentó la ventilación a presión positiva durante 30 segundos en caso de apnea o FC menor de 100 latidos x minuto.										
5. Se documentó la aplicación de masaje cardíaco durante 30 segundos cuando la ventilación a presión positiva es inefectiva y la FC es menor de 60 latidos x´.										
6. Se documentó la administración de adrenalina cuando el masaje cardíaco y la ventilación es inefectiva o la FC es menor de 60 latidos por minuto										
8. Se estableció y documentó el acceso intravenoso durante la reanimación.										
9. Se cumplieron e indicaron expansores de volumen, considerando la posibilidad de hipovolemia										
10. Se documentó la oximetría de pulso durante la reanimación.										
11. Tomaron y documentaron gases arteriales para confirmación de diagnóstico.										
12. Se ingresó a UCIN para cuidados post reanimación										
Cuidados post- reanimación										
13. Se retrasó el inicio de alimentación										
14. Documentó el Monitoreo continuo de signos vitales (FC, FR,TA, temperatura)										
15. Se documentó la presencia de apneas										
16. Documentó el Monitoreo de la diuresis										
17. Se administraron líquidos intravenosos, según peso , edad y condición clínica										
18. Proporcionó y registró la administración de oxígeno y ventilación según condición clínica para mantener una saturación de oxígeno entre el 85 y 92% en el RN prematuro y entre 94 y 98% en el RN a término										
19. Se tomó y documentó Rx toraco-abdominal (La cual fue valorada y comentada en el expediente).										
20. Indicó Gasometría Arterial seriada según condición										
21. Se documentó la administración de inotrópicos de ser necesario para el manejo del shock										
22. Se tomaron exámenes seriados de hematocrito, plaquetas, electrolitos, glicemia y pruebas renales										
23. Se documentó la presencia o no de hipo o hipertermia										
24. Se documentó marcadores bioquímicos de asfixia										
25. Documentó la presencia y gravedad de encefalopatía hipóxico isquémica										
26. Se administró terapia anticonvulsiva de ser necesaria										

g. Estándar para la evaluación de los cuidados durante el transporte neonatal

Estándar 24	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
Todo recién nacido en condiciones críticas es trasladado cumpliendo con los criterios de la guía de transportación	Porcentajes de expedientes de recién nacidos en condiciones críticas que cumplieron los criterios para el transporte según guía y condición clínica	$\frac{\text{Expedientes que cumplen con los Criterios}}{100} \times \text{N}^\circ \text{ de expedientes revisados en el período evaluado}$	Expediente	Libro de referidos	Revisión retrospectiva de expedientes	100%	Mensual

INSTRUCTIVO:

- Los responsables de la evaluación de este estándar serán **la coordinadora del curso de transporte neonatal y el jefe de residentes de neonatología** quienes realizarán la evaluación mensual del mismo.
- Para establecer el universo y seleccionar aleatoria-sistemáticamente la muestra de 10 expedientes:
 - El universo será el total de los neonatos referidos al hospital que se establecerá con libro de ingresos de cada servicio y el libro de referidos al establecimiento.
 - Dividirá el número total de los referidos entre 10 para establecer el intervalo de selección de la muestra
- Si el expediente seleccionado no es un neonato que ha sido referido al hospital seleccione el siguiente de la lista Si el expediente seleccionado lo permite se podrán evaluar más de 1 estándar, por ejemplo: Si fue un paciente referido por síndrome de aspiración de meconio pueden evaluarse ambos estándares. Si el universo es pequeño (10 o menos) se tomará como muestra la totalidad de expedientes.
- Las fuentes de verificación de la información serán:
 - Hoja de control de transporte neonatal**
 - Hoja de referencia-retorno**
- 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.
- 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 estándar 24										
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO										
Período evaluado:										
Fecha de la evaluación:										
Responsables de la evaluación:										
Estándar. 24 Todo recién nacido en condiciones críticas es trasladado cumpliendo con los criterios de la guía de transportación										
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).										
Indicador: Porcentajes de expedientes de recién nacidos en condiciones críticas trasladados al hospital 1° de Mayo, que cumplieron los criterios según guía y condición clínica										
CRITERIOS	EXPEDIENTES									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Centro que refiere										
No. de Expediente Clínico										
UNIDAD O CENTRO DE REFERENCIA										
1. Se realizó la coordinación con la unidad receptora del traslado										
2. Documento y estabilizó al recién nacido crítico previamente al traslado: al menos documentando la toma de TA, SaO2, Temperatura, HgT, llenado capilar antes y durante el transporte										
3. Garantizó y documentó que el niño(a) tenga un acceso vascular disponible (Vena periférica o central)										
4. Vigiló y documento que durante el traslado que la vía área del niño(a) estuviera permeable o libre de secreciones										
5. Documentó y verificó que el aporte de O2 para el paciente fuera suficiente para su traslado										
6. Vigiló y registró durante el traslado la temperatura del paciente (Hipotermia, hipertermia).										
7. Se informó a los padres la causa de traslado.										
8. Documentó o no la presencia de anomalías durante el transporte										
UNIDAD RECEPTORA DEL TRASLADO										
9. Verificó el llenado de la hoja de control de transporte neonatal										
10. Verificó y registró el estado en que se recibe el recién nacido: SaO2, TA, Hgt, T.										
11. Trae hoja de autorización de procedimiento, firmada por uno de los padres.										

h. Estándar para la evaluación de prevención de infecciones nosocomiales

Estándar	Indicador	Formula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
A todo paciente hospitalizado en riesgo prevenible de desarrollar IAAS, se le cumplen las medidas de prevención	Porcentaje de usuarios/as hospitalizado 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	10 Expedientes	Mensual

INSTRUCTIVO

- 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.
- 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.
- 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.
- Se considerará como antiséptico apropiado el jabón yodado con 1% de yodo libre o clorhexidina al 4%.
- Los criterios se verificarán en el periodo comprendido desde la exposición al riesgo hasta el periodo establecido según definición de IAAS
- 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.
- En un solo expediente pueden evaluarse varias infecciones si el paciente las ha presentado.
- 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 estándar 25										
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO										
Período evaluado:										
Fecha de la evaluación:										
Responsables 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).										
Indicador: Porcentaje de usuarios en riesgo de IAAS en que se cumplen las medidas preventivas										
Criterios	Expedientes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No. de Expediente Clínico										
DATOS GENERALES										
1. Edad										
2. Sexo										
3. Registro de la T°										
4. Signos vitales (TA, pulso, frecuencia cardíaca y respiratoria)										
Prevención de Infección de sitio quirúrgico										
5. Identificó y trató focos infecciosos previos a la cirugía										
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.										
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.										
8. Utilizó un antiséptico apropiado de efecto residual para la preparación de la piel del paciente.										
9. Si colocó drenaje lo hizo a través de otra incisión										
Prevención 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										
11. Utilizó un antiséptico apropiado con efecto residual para preparación de la piel del paciente										
12. Seleccionó y registró la región anatómica ideal para la inserción del catéter, según condición clínica del paciente según lineamientos.										
13. Remoción del catéter dentro de las 24 posterior a la indicación de retiro.										
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.										
15. Utilizó un antiséptico apropiado de efecto residual para la preparación de la piel del paciente,										
16. Retiro el catéter vesical dentro de las 24 posterior a la indicación										
Prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica										
17. Indicó y mantuvo al paciente en semicúbito con respaldo a 30-45°, si no está contraindicado.										
18. Revisión y registró diario de la sedación										

i. Estándar. Manejo de desechos bio-infecciosos

Estándar 26	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
Todo hospital debe manejar los desechos peligrosos bioinfecciosos intrahospitalarios (infecciosos y punzocortantes) con base a la Norma.	Porcentaje de criterios cumplidos en el manejo de desechos peligrosos bioinfecciosos intrahospitalario	$\frac{\text{Criterios cumplidos}}{100} \times \text{Criterios aplicados}$	Instrumento del recolección de datos del estándar 20	Información de la producción de desechos por servicio	Observación directa	100%	Mensual

INSTRUCTIVO:

- El responsable de la evaluación de este estándar será el Inspector de Saneamiento Ambiental (Infecciones nosocomiales) y se evaluará mensualmente
- La fuente primaria para la verificación de los criterios del estándar serán:
 - "Por observación directa para los criterios N° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 13 y 14. Se puede fortalecer con material de apoyo: fotografías y videos."
 - "Por documentación: el criterio N° 8 la programación de recolección, N° 9 la ruta crítica señalizada en un plano o en las instalaciones físicas hospitalarias y N° 12 tarjeta de vacunación del personal de recolección y transporte."
- Momentos para la verificación de los criterios del estándar en cada proceso:
- "Proceso de segregación y envasado: Para este proceso deberá registrar el área hospitalaria donde realizará la inspección de la segregación y envasado; mensualmente se irán rotando las diferentes áreas hospitalarias, priorizando las que generan mayor volumen de estos desechos.
- Para obtener datos de calidad en este proceso la observación se realizará antes del horario de recolección
- de los desechos del área generadora."
- Proceso de acumulación en áreas hospitalarias: La evaluación de los criterios de este proceso se realizará antes del horario de recolección de los desechos del área generadora.
- Proceso de recolección intrahospitalario: La evaluación de los criterios por inspección se realizará en el momento en que el personal encargado efectúe sus funciones.
- "Proceso de transporte interno: La evaluación de los criterios por inspección se realizará en el momento en que el personal encargado efectúe sus funciones."
- Proceso de almacenamiento temporal (caseta de almacenamiento): La evaluación de los criterios de este proceso se realizará antes de la recolección de los desechos bioinfecciosos para su tratamiento final.
- 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 No aplica (N/A) cuando el criterio no corresponde al caso
- El responsable de este entregará al coordinador del comité hospitalario de MCC (Subdirector Médico) cada mes el instrumento de evaluación 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.

Instrumento de recolección de datos estándar 26												
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO												
Fecha de la evaluación:												
Periodo evaluado:												
Responsables de la evaluación:												
Estándar 26. Todo hospital debe manejar los desechos peligrosos bioinfecciosos intrahospitalarios (infecciosos y punzocortantes) con base a la Norma.												
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 criterios cumplidos en el manejo de desechos peligrosos bioinfecciosos intrahospitalario												
Criterios	Chequeo Mensuales											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Meses	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Proceso de segregación y envasado.												
Área monitoreada:												
1. Los desechos sólidos comunes se separan de los peligrosos bioinfecciosos y éstos se clasifican en infecciosos y punzocortantes.												
2. Los envases para los desechos infecciosos cumplen con las siguientes características: a) Bolsas plásticas color rojo. b) Depósitos de color rojo, material rígido, impermeable, resistente y con tapadera hermética. c) Las bolsas se llenan hasta 2/3 de capacidad.												
3. Los depósitos para los desechos punzocortantes cumplen con las siguientes características: a) Depósito de material rígido, impermeable, resistente, descartable con tapadera hermética y con la leyenda "Punzocortantes". b) Los depósitos se llenan hasta 2/3 de capacidad.												
4. Las camisas y émbolos de las jeringas: a) Contaminadas con sangre o vacunas de origen viral o bacteriana se encuentran en bolsas rojas o envases rígidos. b) Las no contaminadas se encuentran en depósitos para desechos sólidos comunes.												
5. Los punzocortantes que estén o no contaminados se encuentran en envase rígido, impermeable y resistente.												
Proceso de acumulación en áreas hospitalarias												
6. Las áreas de generación de desechos bioinfecciosos cuentan con: a) Envases y bolsas para desechos bioinfecciosos y sólidos comunes, accesibles al personal. b) Los envases y bolsas para desechos bioinfecciosos se encuentran en cajas de embalaje fuera de las áreas generadoras (consultorios, servicios, quirófanos, entre otros).												
7. Los desechos punzocortantes son tratados con hipoclorito de sodio mayor del 1% CUANDO NO EXISTA TRATAMIENTO FINAL FUERA DEL HOSPITAL.												
Proceso de recolección intrahospitalario												
8. Existe una programación para la recolección con base a volumen de producción de las áreas generadoras (mínimo 2 veces al día).												

9. Existe ruta crítica señalizada (de áreas generadoras al centro temporal de almacenaje).																				
Proceso de transporte interno																				
10. Cumplen las carretillas manuales para el transporte de desechos bioinfecciosos: a) Uso exclusivo para cajas rojas de embalaje. b) Con sujetadores. c) Ruedas de hule. d) No excede la capacidad máxima.																				
11. El personal que transporta, utiliza el equipo de protección: a) Guantes anticorte. b) Delantal impermeable. c) Botas de hule. d) Gorro. e) Lentes. f) Mascarilla.																				
12. El personal que transporta cuenta con el esquema de vacunación que establece el MSPAS (Hepatitis B, toxoide tetánico, Influenza estacional entre otras).																				
Proceso de almacenamiento temporal (caseta de almacenamiento).																				
13. Las cajas de embalaje se encuentran en el espacio específico, tapadas, estibadas, externamente limpias e identificadas.																				
14. El sitio de almacenamiento temporal cumple con: a) Los desechos sólidos comunes y bioinfecciosos se encuentran en áreas separadas. b) Identificación con el símbolo internacional de desechos bioinfecciosos. c) Acceso restringido con puerta asegurada con candado. d) Aseo y desinfectado.																				

j. Estándar Calidad del agua

Estándar 27	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral
Todo hospital cumple con los criterios de calidad del agua potable para el consumo de los usuarios con base a la norma	Porcentaje de criterios cumplidos del agua potable para el consumo intrahospitalario	$\frac{\text{Criterios cumplidos}}{\text{N}^\circ \text{ de criterios evaluados}} \times 100$	Lista de chequeo de estándar	Consolidado de Bitácora diaria de análisis de agua	Observación directa	100%

INSTRUCTIVO:

1. El responsable de la evaluación de estos estándares Inspector de saneamiento ambiental (Infecciones nosocomiales) y realizará el consolidado mensual de las observaciones diarias y vaciará los datos al instrumento de recolección de datos mensualmente
2. La fuente primaria para la verificación de los criterios del estándar será:
 - a. "Por observación directa los criterios N°. 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12 y 13. Se puede fortalecer con material de apoyo: fotografías y videos."
 - b. Por documentación: el criterios N°. 1, 2, 7, 14, 15 y 16. Momentos para la verificación de los criterios del estándar en cada proceso:
 - i. "Proceso de fuente de abastecimiento: Para la obtención de los datos de este proceso se realizará una vez al mes a todas las fuentes de abastecimiento por parte del Comité Local de Calidad.
 - ii. "Proceso de almacenamiento: Para la evaluación de los criterios de este proceso se realizará a todos las cisternas y tanques de almacenamiento una vez al mes por el Comité Local de Calidad.
 - iii. "Proceso de distribución: Para la obtención de los datos de este proceso se realizará una vez al mes por el Comité Local de Calidad. "
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, no se registró la información o se cumplió parcialmente y No aplica (N/A) cuando el criterio no corresponde al caso
4. El responsable de este entregará al coordinador del comité hospitalario de MCC (Subdirector Médico) cada mes el instrumento de evaluación 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.
5. El ingreso de los datos a la base electrónica recopilados será realizado por el digitador del SIP o en forma rotativa por los diferentes miembros de la comité de mejora continua de la calidad o sus respectivos asistentes

Instructivo de recolección de datos estándar 27												
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO												
Período evaluado:												
Fecha de la evaluación:												
Responsables de la evaluación:												
Estándar 27. Todo hospital cumple con los criterios de calidad del agua potable para el consumo de los usuarios con base a la norma.												
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). 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 criterios cumplidos en el manejo de desechos peligrosos bioinfecciosos intrahospitalario												
Criterios	Chequeo Mensuales											
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Registro de la fecha de la hoja de lectura de cloro residual. Para los criterios 6, 13 y 16												
1. El personal encargado tiene certificado de conocimientos sobre calidad de agua												
FUENTE DE ABASTECIMIENTO (Pozo de hospital, si se utiliza cotidianamente o en caso de emergencia)												
2. Existe cercado del terreno donde está ubicado el pozo												
3. Entrada restringida a personal no autorizado												
4. Existe canal de derivación de aguas superficiales												
5. No existe fugas en el sistema de bombeo de agua en el pozo												
6. Las lecturas de cloro cumplen la norma de agua potable a diario (0.3mg/lit mínimo)												
ALMACENAMIENTO (Cisterna y/o tanque)												
7. Existe cercado del terreno donde está ubicada la cisterna o tanque												
8. Entrada restringida a personal no autorizado												
9. Existe un canal de derivación de aguas superficiales												
10. Existe tapadera para inspección con pasador y candado												
11. Existe hermeticidad en las paredes de cisternas y/o tanques												
12. Existen respiradores con malla o cedazo												
13. Las lecturas de cloro cumplen la norma de agua potable a diario (0.3mg/lit mínimo)												
14. Existe registro de limpieza de las cisternas y tanques cada tres meses como mínimo o seis meses como máximo												
DISTRIBUCION												
15. Las tuberías expuestas están protegidas												
16. Las lecturas de cloro cumplen la norma de agua potable a diario (0.3mg/lit mínimo en el punto más alejado del sistema de distribución)												

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

Instrumento de recolección Estándar 28										
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO										
Período evaluado:										
Fecha de la evaluación:										
Responsables de la evaluación:										
Estándar 28. Toda lista de verificación del programa de cirugía segura debe estar completamente llena en toda cirugía electiva										
Este estándar servirá para evaluar la calidad de atención que recibió todo recién nacido que necesitó reanimación inmediata al nacimiento. 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 criterios cumplidos de la lista de verificación del programa de cirugía segura en cirugías electivas										
Criterios	Expedientes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No. de Expediente Clínico										
PACIENTE Y ANESTESIOLO										
1. Tiene hoja de lista de verificación de cirugía segura										
2. Se confirmaron datos patronímicos del paciente, el procedimiento y su consentimiento										
3. Se corroboró que las máquinas y el equipo de anestesia funcionen apropiadamente										
4. Colocó el oxímetro de pulso y capnógrafo										
5. Administró antibióticos profilácticos en la última hora										
6. Documentó alergias o vía área difícil o riesgo de hemorragia										
CIRUJANO										
7. Confirmando la identidad del paciente, sitio y procedimiento quirúrgico a realizar										
8. Se documentó cuánto duraría la operación										
9. Se documentó la pérdida de sangre prevista y se prepararon hemoderivados										
INSTRUMENTISTA Y CIRCULAR										
10. Se confirmó la esterilidad del equipo										
11. Se documentó el recuento de instrumentos, gasas y agujas										
12. Se documentó el etiquetado apropiado de las muestras										

INSTRUCTIVO:

1. Los responsables de la evaluación de estos estándares serán el jefe médico y de enfermera de Sala de operaciones y la coordinadora de sala de operaciones electivas; quienes evaluarán mensualmente los indicadores del mismo.
2. Este estándar se medirá a través del indicador de porcentaje de criterios cumplidos de la lista de verificación del programa de cirugía segura en cirugías electivas
3. Para seleccionar aleatoria y sistemáticamente la muestra de 10 expedientes: En sala de operaciones se llenará un libro con el número de expediente, nombre de la paciente y fecha de la cirugía para poder tener el universo de las listas de verificación del programa de cirugía segura y el total de ese mes se dividirá entre 10 para obtener el intervalo de selección; posteriormente se revisarán las listas de verificación para corroborar el llenado
4. Fuente de información será la lista de verificación del programa de cirugía segura
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 **No aplica (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 PEVA. Dicha entrega se realizará en los primeros 10 días hábiles de cada mes.

III. ESTÁNDARES DE RESULTADOS DE ATENCIÓN MATERNO-NEONATAL .

Son tres estándares: Madre recibe un Recién nacido vivo, recién nacido egresa vivo y embarazada egresa viva

Los estándares relacionados a los resultados materno-perinatales, en general tienen dos indicadores:

- **Tasas de mortalidades materno-perinatales;** indicador **cuantitativo** que servirá para monitorear las mensual-anualmente las tasas de mortalidades de pacientes atendidas en el hospital 1° de Mayo y de los referidos a dicho establecimiento cuyo denominador está acorde a las estadísticas internacionales y variará con base a 1,000 nacidos vivos para los resultados peri-neonatales y en relación a 100,000 nacidos vivos para los maternos.
- El otro indicador es **cuantitativo** medirá el grado de cumplimiento de diferentes criterios orientados a estandarizar el análisis de las muertes. Este indicador está orientado a la identificación de factores de riesgo para que ocurra un evento adverso (muerte fetal, neonatal o intrauterina) a la identificación de brechas en la calidad de atención en las diferentes etapas de atención de la mujer embarazada (Pre-concepcional, prenatal, Intraparto, post-parto) con el objetivo de que posteriormente se elaboren y apliquen planes de mejora que contribuyan a reducir la ocurrencia de malos resultados.

Para unificar el llenado de estos tres estándares en la Base electrónica de Excel en el mes de Enero de 2012 se han insertado como comentarios como se aplicará la escala de calificación de 1,0 y NA.

Con relación a las gráficas de estos estándares en la hoja de Excel que corresponde a las mismas se tiene una gráficas en serie de tiempo para cada uno de los indicadores, en donde se representará con la gráfica principal en cumplimiento del mismo y en las tasas de mortalidades se tendrá el valor numérico de las tasas diferenciadas de pacientes propios del hospital 1° de Mayo y de los referidos al mismo que tuvieron un mal resultado.

a. Estándar. Toda embarazada cuyo parto se atendió en el hospital primero de mayo recibe un recién nacido vivo

Estándar 29	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
Toda embarazada cuyo parto se atendió en el hospital primero de mayo recibe un recién nacido vivo	- Tasa de muerte fetal intrauterina por 1000 nacidos vivos	-Número de muertes fetales intrauterinas >22 sem hasta el parto $\frac{\text{Total de nacidos vivos en el Hosp. 1° de Mayo}}{1000} \times$	Sistema estadístico del CIE-10	Estadísticas del SES para el total de nacidos vivos en el Hospital 1° de Mayo	Revisión retrospectiva de expedientes	100%	Mensual
	- Porcentaje de criterios cumplidos en expedientes de muertes fetales intrauterinas	-Expedientes que cumplen con los Criterios $\frac{\text{No. de expedientes revisados del período evaluado.}}{100} \times$	Expediente	Expediente			

INSTRUCTIVO:

1. Los responsables de la evaluación de estos estándares serán el equipo de mejoramiento continuo de perinatología, el encargado de la auditoría mensual, el jefe de residentes quienes evaluarán mensualmente los indicadores del mismo.
2. Este estándar se medirá a través de dos indicadores: Tasa de mortalidad fetal intrauterina y del porcentaje de criterios cumplidos del análisis de las muertes fetales intrauterinas cuyas fuentes de información se recopilarán de la siguiente manera:
 - a. Tasa de mortalidad fetal intrauterina: Solicitará el listado de las muertes fetales intrauterinas al encargado del CIE-10 o lo podrá obtener del libro de partos el total de nacidos muertos.
 - b. El total de nacidos vivos se obtendrá del sistema estadístico de salud.
 - c. Aplicará la fórmula de tasa de mortalidad fetal intrauterina, por cada 1,000 nacidos vivos y se obtendrá mensual y anualmente.
3. Para seleccionar aleatoria y sistemáticamente la muestra de 10 expedientes:
 - a. Dividirá el total de muertes fetales intrauterinas nacidos en el mes a evaluar entre 10 con ello se establecerá el intervalo de selección por ejemplo si fallecieron 20 neonatos durante el mes a evaluar el intervalo sería cada 2 expedientes.
 - b. Para el análisis de las muertes fetales intrauterinas como fuente de información será el expediente clínico en su totalidad
4. Si el expediente seleccionado lo permite se podrán evaluar más de 1 estándar por ejemplo si la causa de fallecimiento fue por sepsis neonatal puede evaluar ambos estándares. Si el expediente seleccionado no corresponde al diagnóstico del estándar evaluado seleccione el siguiente en la lista.

5. Fuente de verificación será el expediente clínico
6. Recuerde que para facilitar el llenado y la calificación de cada uno de los criterios de este estándar en la **base electrónica de Excel en el mes de Enero de 2012 tiene insertados como comentarios** el significado de cada una de las calificaciones a las que corresponde **1, 0 y NA.** por ejemplo para el criterio 3: **Control prenatal en hospital 1° de Mayo o no tubo control prenatal** colocará “1” si no lo tubo o fue llevado dentro del hospital 1° de Mayo puesto que ambos indican que existe un factor de riesgo de muerte perinatal y por lo tanto el mal resultado no necesariamente sería atribuible a una falla en el proceso de atención, Colocará “0” Si tenía control prenatal en el hospital 1° de Mayo y no lo documentó y NA si lo tubo en otro establecimiento del ISSS, público o privado.
7. 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 PEVA. Dicha entrega se realizará en los primeros 10 días hábiles de cada mes.

Instrumento de recolección de datos estándar 29												
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL												
HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO												
Período evaluado:												
Fecha de la evaluación:												
Responsables de la evaluación:												
Estándar 29. Toda embarazada cuyo parto se atendió en el hospital primero de mayo recibe un recién nacido vivo Este estándar servirá para evaluar la calidad de atención del trabajo de parto, parto, inmediata y durante los primeros 28 días del recién nacido. 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 1: Tasa de Mortalidad Neonatal por 1,000 nacidos vivos												
Criterios	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Número de muertos en los primeros 28 días de vida nacidos en el hospital 1° de Mayo												
Número de muertos en los primeros 28 días de vida referidos de otros establecimientos del ISSS al hospital 1° de Mayo												
Total de nacidos vivos en ese período en el hospital 1° de Mayo y en los establecimientos que refirieron al hospital												
Número total de neonatos referidos al hospital 1 de mayo												

Indicador 2: Porcentaje de criterios cumplidos en expedientes de muertes fetales intrauterinas										
Criterios	Expedientes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No. de Expediente Clínico										
Referido de otro establecimiento										
1.Edad gestacional <37 sem o >41 sem										
2.Edad materna <18 y >35 años										
3.Se evidenció control prenatal según guía de atención (edades a las que deben realizarse)										
4.Se identificaron y documentaron factores de riesgo de muerte intrauterina en el prenatal										
5.Se documentó la presencia de anomalías congénitas intrauterinas mayores en el prenatal										
6. Se identificaron factores de riesgo de MFI durante el trabajo de parto										
7.Se documentaron e identificaron anomalías durante el período expulsivo										
8.Se documentó la presencia de anomalías congénitas mayores en el nacido muerto										
9.Se describieron las características del cordón umbilical (Trombosis, nudos, circular de cordón) líquido amniótico (Meconial, vinoso o ausente) piel (Cambios de coloración, presencia de bulas o maceración) y calota craneana (Deformada o con licuefacción de masa encefálica) del nacido muerto contributorios para establecer causa probable y tiempo estimado de evolución de la Muerte Fetal intrauterina										
10.Se registró demora en la búsqueda de atención o demora en acudir al establecimiento de salud (Demora 1 ó 2)										

a. Estándar. Todo recién nacido atendido en el Hospital 1° de Mayo egresa vivo

Estándar 29	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
Todo recién nacido atendido en el Hospital 1° de Mayo egresa vivo	-Tasa de Mortalidad Neonatal Bruta	-Número de muertos en los primeros 28 días total de nacidos vivos $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 1000$	Libro de fallecidos en el servicio	Estadísticas del SES para el total de partos atendidos en las maternidades del ISSS que refirieron neonatos al hospital y los partos atendidos en el Hospital 1° de Mayo	Revisión retrospectiva de expedientes	100%	Mensual
	-Porcentaje de criterios cumplidos del análisis de muertes neonatales	Total de nacidos vivos en el Hosp. 1° de Mayo y en los hospitales del ISSS que refirieron neonatos y los nacidos -Expedientes que cumplen con los Criterios $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$ No. de expedientes revisados del período evaluado.	Expediente	Expediente			

INSTRUCTIVO:

1. Los responsables de la evaluación de estos estándares serán el encargado de la auditoría mensual y el jefe de residentes quienes evaluarán mensualmente los indicadores del mismo.
2. Este estándar se medirá a través de dos indicadores: Tasa de mortalidad neonatal bruta y del porcentaje de criterios cumplidos del análisis de las muertes neonatales, cuyas fuentes de información se recopilarán de la siguiente manera:
 - a. Tasa de mortalidad neonatal bruta: Se determinará el número de fallecidos en el servicio del respectivo libro donde se registra dicha información
 - b. El total de nacidos vivos se obtendrá del sistema estadístico de salud y se incluirán los nacimientos vivos que fueron atendidos en el hospital 1° de Mayo y el los nacidos en aquellas maternidades que refirieron recién nacidos que fallecieron en el hospital 1° de Mayo.
 - c. Se aplicará la fórmula de tasa de mortalidad neonatal en menores de 28 días de vida por 1000 nacidos vivos
3. Para seleccionar aleatoria y sistemáticamente la muestra de 10 expedientes:
 - a. La fuente de información para establecer el universo será el libro de fallecidos en ese mes
 - b. Dividirá el total recién nacidos fallecidos en el mes a evaluar entre 10, y se establecerá el intervalo de selección por ejemplo si fallecieron 20 neonatos durante el mes a evaluar el intervalo sería cada 2 expedientes.

- c. Si el expediente seleccionado no corresponde al diagnóstico del estándar evaluado seleccione el siguiente en la lista
4. Si el expediente seleccionado lo permite se podrán evaluar más de 1 estándar por ejemplo si la causa de fallecimiento fue por sepsis neonatal puede evaluar ambos estándares.
 5. Fuente de verificación será el expediente clínico
 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 **No aplica (N/A)** cuando el criterio no corresponde al caso. Recuerde que en la base electrónica en el mes de enero de 2012 insertados en cada uno de los criterios del estándar están la escala para evaluar el cumplimiento del mismo.
 7. 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 PEVA. Dicha entrega se realizará en los primeros 10 días hábiles de cada mes.
 8. El ingreso de los datos a la base electrónica recopilados será realizado por el digitador del SIP o en forma rotativa por los diferentes miembros de la comité de mejora continua de la calidad o sus respectivos asistentes

Instrumento de recolección de datos estándar 30												
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL												
HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO												
Período evaluado:												
Fecha de la evaluación:												
Responsables de la evaluación:												
Estándar 30. Todo recién nacido atendido en el Hospital 1° de Mayo egresa vivo (Incluye los nacidos y los referidos)												
Este estándar servirá para evaluar la calidad de atención del trabajo de parto, parto, inmediata y durante los primeros 28 días del recién nacido												
Indicador 1: Tasa de Mortalidad Neonatal por 1,000 nacidos vivos												
Crterios	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiem bre	Octubre	Novem bre	Diciemb re
Número de muertos en los primeros 28 días de vida nacidos en el hospital 1° de Mayo												
Número de muertos en los primeros 28 días de vida referidos de otro establecimiento del ISSS al hospital 1° de Mayo												
Total de nacidos vivos en ese período en el hospital 1° de Mayo y de otros establecimientos que refirieron al hospital												

Indicador 2: Porcentaje de criterios cumplidos en expedientes de Muertes neonatales cumplen										
Criterios	Expedientes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No. de Expediente Clínico										
1. Edad materna <18 o >35 años										
2. Edad gestacional <37 o >41 sem										
3. Se evidenció un control prenatal según guía de atención (edades a las que deben realizarse)										
4. Se identificaron factores de riesgo materno para muerte neonatal (Prenatales e intra-parto)										
5. Se documentó durante el trabajo de parto la presencia o no de líquido amniótico meconial										
6. Se documentó y clasificó el Peso inadecuado para la Edad gestacional										
a) Bajo peso al nacer										
b) Muy bajo peso al nacer										
c) Extremo bajo peso al nacer										
d) Grande para edad gestacional										
7. Se documentó la presencia de anomalías congénitas mayores al nacer										
8. Fue una muerte neonatal temprana <7 días de vida										
9. El recién nacido fue referido de otro establecimiento										
10. Se documentaron los hallazgos clínicos por problemas a su ingreso										
11. El manejo del recién nacido en el servicio fue según guía										
12. Se confirmó y registró la causa básica de muerte (No quedó como presuntiva)										
Otros										

b. Estándar. Toda embarazada atendida en el ISSS recibe egresa viva

Estándar 31	Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Método de recolección	Umbral	Periodicidad
Toda embarazada atendida en el ISSS egresa viva	- Tasa de Mortalidad Materna por 100,000 nacidos vivos hasta el primer año post-parto	-Número de muertes maternas $\frac{\text{-----}}{100,000} \times$ Total de nacidos vivos en el hospital 1° de Mayo y en los establecimientos que refirieron madres que fallecieron en el	-Sistema Nacional de Vigilancia de Mortalidad Materno-perinatal	-Estadísticas del SES para el total de partos atendidos en las maternidades del ISSS	-Revisión retrospectiva de expediente	100%	Mensual
	-Porcentaje de criterios cumplidos en expedientes de muertes fetales intrauterinas	hasta el primer año post-parto. - Criterios cumplidos del análisis de muertes fetales intrauterinas $\frac{\text{-----}}{100} \times$ No. de expedientes revisados del período evaluado.	Expediente	Expediente			

INSTRUCTIVO:

1. Los responsables de la evaluación de estos estándares serán el encargado del sistema de vigilancia de la mortalidad materno-perinatal, el encargado de la auditoría mensual y el jefe de residentes quienes evaluarán mensualmente los indicadores del mismo.
2. Este estándar se medirá a través de dos indicadores: Tasa de mortalidad materna y del porcentaje de criterios cumplidos del análisis de las muertes maternas, cuyas fuentes de información se recopilarán de la siguiente manera:
 - a. Tasa de mortalidad materna: Sistema Nacional de Vigilancia de Mortalidad materno-perinatal
 - b. El total de nacidos vivos se obtendrá del sistema estadístico de salud
 - c. Se aplicará la fórmula de Tasa de Muerte Materna con base a 100,000 nacidos vivos
3. Para seleccionar aleatoria y sistemáticamente la muestra de 10 expedientes:
 - a. La fuente de información para establecer el universo será el listado de los casos de reportados por el sistema de vigilancia de mortalidad materno-perinatal para el mes evaluado.
 - b. Dividirá el total de muertes maternas ocurridas en el mes a evaluar entre 10 para establecer el intervalo de selección por ejemplo si fallecieron 20 madres en cualquier establecimiento del ISSS durante el mes a evaluar el intervalo sería cada 2 expedientes.

4. Si el expediente seleccionado lo permite se podrán evaluar más de 1 estándar por ejemplo si la causa de fallecimiento fue por sepsis neonatal puede evaluar ambos estándares. Si el expediente seleccionado no corresponde al diagnóstico del estándar evaluado seleccione el siguiente en la lista
5. Fuente de verificación de los diferentes criterios será el expediente clínico
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 **No aplica (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 (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 PEVA. Dicha entrega se realizará en los primeros 10 días hábiles de cada mes.

Instrumentos de recolección de datos estándar 31												
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL												
HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO												
Período evaluado:												
Fecha de la evaluación:												
Responsables de la evaluación:												
Estándar 31. Toda embarazada atendida en el ISSS egresa viva (Incluye las referidas de otro establecimiento y las que por su condición se refirieron a otro hospital de mayor capacidad resolutive así como las que fallecieron en el primer año post-parto por complicaciones del parto)												
Este estándar servirá para evaluar la calidad de atención del control prenatal, trabajo de parto, parto y post-parto en todo el ISSS no sólo del Hospital 1° de Mayo.												
Indicador 1: Tasa de Mortalidad Materna por 100,000 nacidos vivos hasta el primer año post-parto												
Criterios	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Número de muertes maternas atendidas en hospital 1° de Mayo que fallece en cualquier establecimiento del ISSS												
Número de muertes maternas referida de otro establecimiento y que fallece en cualquier establecimiento del ISSS												
Total de Nacidos vivos en el ISSS												

Indicador 2: Porcentaje de criterios cumplidos del total de criterios en los expedientes de muertes maternas hasta el año del post-parto										
Criterios	Expedientes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No. de Expediente Clínico										
1. Edad materna <18 ó >35 años										
2. Se documentó control prenatal temprano										
3. Control prenatal completo según edad gestacional										
4. Se detectaron y documentaron factores de riesgo obstétricos en el prenatal										
5. Se realizó y registró el manejo del factor de riesgo prenatal según guía										
6. Se realizó y documentó la referencia oportuna ante el factor de riesgo o una complicación de ser necesario										
7. Si la complicación ocurrió en el hospital, se documentó oportuna y apropiadamente su diagnóstico										
8. Se documentó la atención de la complicación por personal especializado de mayor jerarquía en la primera hora de haberlo detectado										
9. Se brindó y documentó el manejo de la complicación según guía										
10. Se indicó y realizó el traslado de la paciente en forma oportuna de ser necesario										
11. Se brindaron y documentaron cuidados de la paciente durante el traslado										
12. Se documentó demora en la búsqueda de la atención o en llegar al establecimiento de salud (1 ó 2)										

ANEXOS

ANEXO 1.

Tabla para el análisis de las causas de problema

¿Por qué?	Por que
Enunciamos la falla encontrada en los criterios del estándar deficiente y la transformamos en pregunta	Respondemos a la interrogante con una hipótesis consensuada con todo el equipo de MCC del servicio o establecimiento,
La respuesta a la pregunta anterior la transformamos en una pregunta para poder determinar las posibles soluciones al problema,	Determinamos las posibles causas de la pregunta anterior para establecer las soluciones más factibles al mismo con los recursos que cuenta el EMCC.
Al determinar las posibles causas del ¿Por qué? se está presentando la deficiencia en la calidad de atención evidenciado en el incumplimiento o deficiente cumplimiento de algunos criterios que definen al estándar y se enuncian las soluciones más factibles al alcance del EMCC (Con los recursos, insumos y personal disponible)	

ANEXO 2.

Flujograma para el análisis de las atenciones

Entrada	→	Proceso de Atención	→	Proceso de Atención	→	Resultado
<i>Detalles:</i>		<i>Detalles:</i>		<i>Detalles</i>		<i>Detalles</i>
Fallas del proceso (Descripción del Problema): Corta explicación de los retos que ha observado actualmente ¿Qué diferencias hay entre el estándar de atención y en las practicas actuales?				Cambios propuestos (Ideas de cambio) es de utilidad la tabla del ¿Por qué? Porque		

ANEXO 3.

CICLO RÁPIDO DE MEJORA O PEVA Y SU DOCUMENTACIÓN					
Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Hospital Materno Infantil 1° de Mayo					
Servicio: _____ Nombre del Proceso de atención a mejorar: _____					
Objetivo de mejoramiento: _____					
Nombre del indicador que utilizará para determinar si hay mejora: _____					
ANÁLISIS DEL PROBLEMA		PLANIFICAR			
FALLOS en la calidad identificados ó (BRECHAS)	Cuáles son las CAUSAS probables de los fallos o brechas identificados?	Defina las IDEAS DE CAMBIOS ¿Qué vamos hacer para disminuir los fallos o brechas identificados?	ACTIVIDADES a realizar para disminuir la brecha ¿Cómo vamos hacer para que los CAMBIOS se cumplan?	Fecha de cumplimiento	Responsables
DOCUMENTACIÓN: VERIFICAR: Resultados Obtenidos 1° Medición Fecha: _____ % _____ 2° Medición: Fecha _____ % _____ 3° Medición: Fecha: _____ % _____ 4° Medición: Fecha: _____ % _____ Resultados de la medición previo al inicio del ciclo rápido de mejora: _____ Resultado de la medición al finalizar el ciclo: _____					
ACTUAR: De acuerdo a los resultados obtenidos entre el <i>inicio</i> y <i>finalización</i> del ciclo de mejora. Ustedes deben analizar lo siguiente: <ol style="list-style-type: none"> 1. El resultado fue efectivo 2. El resultado fue efectivo pero necesita mejoría 3. No fue efectivo, no hubo mejoría 					
RECOMENDACIONES: Los cambios que fueron efectivos deben ser incorporados en el gráfico sujeto de análisis; en caso contrario se debe generar un gráfico para mostrar los resultados obtenidos.					

Instructivo Para el llenado y registro del Ciclo de Mejora ó PEVA y su Documentación)

1. **Servicio:** Registre el nombre del servicio o establecimiento donde se realizará el ciclo de mejora
2. **Nombre del proceso de atención a mejorar:** Registre el proceso global sobre el cual se está diseñando el ciclo de mejora y sobre el cual se establecerán las intervenciones necesarias para alcanzar el cambio, así como el del estándar que se pretende mejorar el cumplimiento, por ejemplo Atención Materna es el proceso global, Toda embarazada que recibe la atención prenatal en el establecimiento tendrá registro correcto de su HCP (15 criterios) el nombre del estándar.
3. **Objetivo de mejoramiento:** En este inciso el equipo de mejoramiento selecciona el criterio más bajo en el cumplimiento del **estándar** y este debe ser transformado en objetivo de mejoramiento. Recuerde que el criterio seleccionado se toma de la lista de chequeo. Ej. El criterio que menos se cumple en la atención a la embarazada, es la determinación del **estado nutricional** con base al IMC, por lo tanto al plantear el objetivo de mejoramiento debería describirse de la siguiente manera. **Que el 100% de las embarazadas que acuden a su prenatal se les evalúe el estado nutricional con base en la determinación del IMC y el incremento de peso materno.**
4. **Nombre del indicador que usará para determinar si hay una mejora:** En este inciso debe registrar el indicador de acuerdo al criterio antes seleccionado para mejorar. Recuerde que si el criterio que menos se cumple en la atención de la embarazada es la **determinación del estado nutricional con base al IMC y el incremento de peso materno.**
5. La construcción del indicador debe quedar de esta manera ej: **Porcentaje de embarazadas en las que en su HCP se les evaluó el estado nutricional con base en la determinación del IMC y el incremento de peso materno.**

En la matriz del CICLO DE MEJORA O PEVA (Planificar, Ejecutar, Verificar y Actuar) El equipo de mejoramiento debe realizar lo siguiente:

6. **ANÁLISIS DEL PROBLEMA:** Con el resultado del monitoreo del estándar de calidad y con la lista de chequeo el equipo de mejoramiento identifica el criterio que menos se está cumpliendo y realizan los siguientes:
 - **Fallos en la calidad identificados o Brechas:** Registre en esta columna el o los criterios de más bajo cumplimiento. Ej. No se determina el IMC para evaluar el estado nutricional de la embarazada, y cuando se realiza no se utiliza para evaluar el estado nutricional o bien se pesa pero no se evalúa el incremento de peso materno.
 - **Causas probables del incumplimiento:** el equipo de mejoramiento con las personas involucradas en el proceso de atención identifican las causas probables de incumplimiento, finalmente registre en esta columna las causas que son sujetas de ser modificadas con intervenciones factibles y de bajo costo.
 - a. Desconocimiento en como determinar el IMC
 - b. Desconocimiento de la tabla de IMC que permite la evaluación del estado nutricional de la embarazada.
 - c. No saben dónde registrar el IMC.
7. **PLANIFICAR:** Una vez que el equipo realiza el análisis de las fallas de calidad e identifica las causas el siguiente paso es:
 - **Definir las IDEAS DE CAMBIOS: ¿Qué vamos hacer?** Una vez identificadas las causas de incumplimiento, con la experiencia de las personas que participan en el ciclo rápido de mejora, identifican aquellas ideas de forma general que permitirán ver mejores resultados y la pregunta que haría es **¿Qué vamos hacer para superar las causas identificadas?** Ej.
 - Capacitar al personal de salud en la determinación del IMC.
 - Divulgar en el personal de salud las nuevas intervenciones para reducir mortalidad materna y neonatal.
 - **Actividades a realizar:** Una vez consensuadas las ideas de cambio, describir para cada idea de cambio las actividades que permitirán el cumplimiento. La pregunta que se haría es **¿Cómo vamos hacer para que los cambios se cumplan?** Ej.
 - Si la idea de cambio fue capacitar al personal de salud en la determinación del IMC, en esta columna debe registrar el cómo se harán las capacitaciones, es decir utilizando la metodología de Abordaje Basado en Problema, educación continua, haciendo preguntas diarias de conocimiento en el personal, etc.
 - Si la segunda línea de intervención registrada en la tercera columna fue divulgación, él como que es lo que debe registrarse en esta columna será: colocar afiches, colocar recordatorios en los expedientes de las embarazadas que acuden a su control prenatal.
 - **Fecha de cumplimiento:** Registrar la fecha en que se ejecutarán cada uno de las actividades para dar cumplimiento a las ideas de cambio. Para cada actividad definir la fecha en que ésta será cumplida. Usualmente el ciclo rápido debe desarrollarse en un período corto de 10 a 15 días, máximo un mes.
 - **Responsables:** Registrar los nombres y apellidos de las personas responsables de dar seguimiento al cumplimiento de las actividades planificadas.

Documentación del ciclo PEVA (Planificar, Ejecutar, Verificar y Actuar)

En la parte inferior del formato, una vez que el equipo planifica, ejecuta las actividades los siguientes pasos que deben realizar son:

VERIFICAR:

- a. Cada semana el equipo de mejoramiento revisará el cumplimiento **del criterio seleccionado a mejorar** y describirá la fecha y el porcentaje encontrado. Ej. Revisar 5 expedientes de atención prenatal para verificar si se está determinando el IMC y evaluando el incremento de peso materno, anota la fecha y el porcentaje encontrado.
- b. Anotar el resultado obtenido en porcentaje del indicador que el equipo ha seleccionado, antes de iniciar el ciclo de mejora. Por ej. De 20 expedientes revisados 4 cumplieron los criterios. El resultado es **20%**.
- c. Anotar el resultado obtenido en porcentaje del indicador que el equipo ha seleccionado después de finalizado el ciclo de mejora. Por ej. De 20 expedientes revisados 15 cumplieron los criterios. Ej. El resultado después de haber implementado los cambios fue de **75%**. Puede ocurrir que esta primera medición haya sufrido modificaciones importantes pero también puede suceder que requiera de mediciones posteriores hasta alcanzar el 90 a 100 % de cumplimiento.

ACTUAR:

Una vez que se cuenta con los resultados del **inicio** y la **finalización** del ciclo rápido de mejora, el equipo de mejoramiento hace el análisis de ambos resultados y evalúa lo siguiente:

- a. El resultado fue **altamente efectivo**, entonces podemos decir que si funciona y que podemos expandirlos a otra área a otra institución etc, que podemos documentarlo y reflexionar sobre lo aprendido.
- b. El resultado fue **efectivo pero no lo suficiente** entonces el equipo debe revisar los cambios las actividades y hacer ajustes.
- c. El resultado **no fue efectivo o no hubo mejoría** el equipo deberá volver a revisar las causas, las ideas de cambios y las actividades incluso si el personal responsable realizó lo que tenía que hacer.


RECOMENDACIONES:

Dos aspectos importantes que debe manejar el equipo de mejoramiento.


- a. Los cambios que fueron efectivos deben ser incorporados en el gráfico sujeto de análisis y en el mes que se propusieron realizar el ciclo de mejora.
- b. En caso contrario que el ciclo rápido de mejora realizado no se haya tomado de los resultados obtenidos en la base de datos de estándares de calidad, se debe generar un gráfico para mostrar los resultados obtenidos.

Anexo 4. Hojas de fuente de información

a. Consulta de Inscripción de Planificación Familiar Anverso



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL



CONSULTA DE INSCRIPCIÓN

EXAMEN GINECOLÓGICO

GENITALES EXTERNOS	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	PROLAPSO UTERINO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	GRADO	<input type="checkbox"/>	VAGINA	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	
CUELLO UTERINO: MOVILIDAD	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	DOLOR A LA MOVILIZACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SANGRA AL CONTACTO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
TOMA PAP	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	OBSERVACIONES _____								
UTERO: POSICION	A <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	TAMAÑO	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	HISTEROMETRIA	<input type="text"/>			
MOVILIDAD	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	DOLOR A LA MOVILIZACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>						
ANEXOS: LIBRES	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ENGROSADOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DOLOR A LA PALPACION	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
TUMORES	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>									
FONDOS DE SACO	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>									

TAMIZAJE SEGUN CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MEDICA

	SI	NO	SI LA RESPUESTA ES SI, NO DAR:
ESTA LACTANDO CON MENOS DE 6 SEMANAS POSPARTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
EDAD >= 35 AÑOS Y FUMA MAS QUE >=15 CIGARRILLOS/ DÍA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
HIPERTENSION: Sistólica >=160 O Diastólica >=100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
EDAD >= 35 AÑOS Y SUFRE MIGRAÑA SIN AURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
MIGRAÑA CON AURA A CUALQUIER EDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
ANTECEDENTES DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
ENFERMEDADES COMPLICADAS DE LAS VÁLVULAS CARDÍACAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA/ ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
ENFERMEDAD VASCULAR O DIABETES DE > 20 AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
CÁNCER CERVICOUTERINO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DDU
CÁNCER ENDOMETRIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DDU
CÁNCER ACTUAL DE MAMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla ni el inyectable
ENFERMEDAD TROFOBLASTICA (GESTACIONAL MALIGNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DDU
SANGRADO VAGINAL INEXPLICADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DDU
CIBROSIS GRAVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
HEPATITIS ACTIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
TUMORES HEPÁTICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
CERVICITIS PURULENTE ACTUAL, CLAMIDIA, GONORREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DDU
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI) ACTUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DDU

SE INFORMÓ DEL METODO ELEGIDO:

MECANISMO DE ACCIÓN	<input type="checkbox"/>	
USO CORRECTO	<input type="checkbox"/>	
EFFECTOS SECUNDARIOS	<input type="checkbox"/>	
TASA DE EFECTIVIDAD	<input type="checkbox"/>	
SIGNOS DE ALARMA	<input type="checkbox"/>	
SEGUIMIENTO	<input type="checkbox"/>	

INFORMACION CLAVE DE LA CONSERVACIÓN


METODO ENTREGADO

FECHA INICIO METODO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ANTICONCEPTIVO ORAL	<input type="checkbox"/>	NOMBRE _____	DIU <input type="checkbox"/>	TIPO _____			
CONDONES	<input type="checkbox"/>	INJECTABLES <input type="checkbox"/>	NORPLANT <input type="checkbox"/>	ESTERILIZACIONES <input type="checkbox"/>	OTROS _____		
INDICACIONES	_____						
OBSERVACIONES	_____						
FECHA PROXIMA CONSULTA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>


RESPONSABLE

NOMBRE PERSONA RESPONSABLE _____	FIRMA Y SELLO _____
----------------------------------	---------------------

a. Consulta de Inscripción de Planificación Familiar Reverso



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL



CONSULTA DE INSCRIPCIÓN

EXAMEN GINECOLÓGICO

GENITALES EXTERNOS	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	PROLAPSO UTERINO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	GRADO	<input type="checkbox"/>	VAGINA	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	
CUELLO UTERINO: MOVILIDAD	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	DOLOR A LA MOVILIZACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SANGRA AL CONTACTO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
TOMA PAP	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	OBSERVACIONES _____								
UTERO: POSICION	A <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	TAMAÑO	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	HISTEROMETRIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MOVILIDAD	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	DOLOR A LA MOVILIZACIÓN		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>					
ANEXOS: LIBRES	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ENGROSADOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DOLOR A LA PALPACION	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
TUMORES	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>									
FONDOS DE SACO	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>									

TAMIZAJE SEGUN CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MEDICA

	SI	NO	<u>SI LA RESPUESTA ES SI, NO DAR:</u>
ESTA LACTANDO CON MENOS DE 6 SEMANAS POSTPARTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
EDAD >= 35 AÑOS Y FUMA MAS QUE >=15 CIGARRILLOS/ DÍA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
HIPERTENSION: Sistólica >=160 O Diastólica >=100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
EDAD >= 35 AÑOS Y SUFRE MIGRAÑA SIN AURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
MIGRAÑA CON AURA A CUALQUIER EDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
ANTECEDENTES DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
ENFERMEDADES COMPLICADAS DE LAS VÁLVULAS CARDÍACAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA/ ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
ENFERMEDAD VASCULAR O DIABETES DE > 20 AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
CÁNCER CERVICOUTERINO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DIU
CÁNCER ENDOMETRIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DIU
CÁNCER ACTUAL DE MAMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla ni el inyectable
ENFERMEDAD TROFOBLASTICA (GESTACIONAL MALIGNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DIU
SANGRADO VAGINAL INDEPLICADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DIU
CIRROSIS GRAVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
HEPATITIS ACTIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
TUMORES HEPÁTICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
CERVICITIS PURULENTO ACTUAL, CLAMIDIA, GONORREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DIU
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI) ACTUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DIU

INFORMACION CLAVE DE LA CONSERVACIÓN

SE INFORMO DEL METODO ELEGIDO:

MECANISMO DE ACCION

USO CORRECTO

EFECTOS SECUNDARIOS

TASA DE EFECTIVIDAD

SIGNOS DE ALARMA

SEGUIMIENTO



METODO ENTREGADO

FECHA INICIO METODO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANTICONCEPTIVO ORAL	<input type="checkbox"/>	NOMBRE _____	<input type="checkbox"/>	DIU	<input type="checkbox"/>	TIPO _____	
CONDONES	<input type="checkbox"/>	INYECTABLES	<input type="checkbox"/>	NORPLANT	<input type="checkbox"/>	ESTERILIZACIONES	<input type="checkbox"/>
		OTROS _____					
INDICACIONES _____							
OBSERVACIONES _____							
FECHA PROXIMA CONSULTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESPONSABLE

NOMBRE PERSONA RESPONSABLE _____	FIRMA Y SELLO _____
----------------------------------	---------------------

b. Hoja de Control Subsecuente de Planificación Familiar

	PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD	INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL PLANIFICACION FAMILIAR		
CONSULTA SUBSECUENTE				
No EXPEDIENTE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	FECHA DÍA <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> MES <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> AÑO <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			
NOMBRE:	1er APELLIDO	2do APELLIDO	NOMBRES	APELLIDO DE CASADA
EDAD <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> AÑOS	PESO _____ PA _____			
Método Utilizado _____		Tiempo de uso _____		
HISTORIA Y HALLAZGOS: VISION BORROSA DOLOR EN EL ABDOMEN, PECHO O BRAZO DOLORES INTENSOS DE CABEZA INFLAMACION O DOLOR INUSUAL EN LA PIERNA COLOR AMARILLENTO EN LA PIEL SANGRADO VAGINAL INTENSO O PROLONGADO FIEBRE Y/O ESCALOFRIOS SIN CAUSA APARENTE SINTOMAS GRIPALES: DOLOR MUSCULAR, FATIGA	SI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
¿CONTINUA CON EL METODO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		CAMBIA A: _____		
MOTIVO DE CAMBIO: _____ _____ _____				
DIAGNOSTICO _____ _____ _____				
¿TOMA DE PAP? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
TIPO DE CONSULTA: CONTROL NORMAL <input type="checkbox"/> MORBILIDAD <input type="checkbox"/> FALLA DE METODO <input type="checkbox"/>				
INDICACIONES _____ _____				
FECHA PROXIMA VISITA:		DÍA <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	MES <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	AÑO <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
_____ NOMBRE DE RESPONSABLE				
CONTROL NORMAL: Es aquel en el cual la usuaria usando de manera regular el método de planificación familiar no presenta morbilidad asociada con este. CONTROL POR MORBILIDAD (M): Será considerado cuando la usuaria consulte por morbilidad asociada al método utilizado, que comprometa su estado de salud con base a lo descrito en la Guía de Atención en Planificación Familiar CONTROL POR FALLA: Se entenderá como falla aquella en que la mujer sale embarazada utilizando correctamente un método de planificación familiar.				

c. Hojas de Registro de Consultas de Métodos de Planificación Familiar. Formulario B



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR
INFORME MENSUAL "B" REALIZACIONES DE PROGRAMA

PAG 1 DE 2

CENTRO DE ATENCION: _____ MES: _____ AÑO: _____

CONSULTAS DE PLANIFICACION FAMILIAR					
TIPO DE CONSULTA	INSCRIPCION (1)	NORMAL (2)	SUBSECUENTE POR MORBILIDAD (3)	POR FALLA (4)	TOTAL (5) 1+2+3+4=5
METODOS					
ORALES (Dosis Baja)					
ORALES (Dosis Alta)					
DIU					
INyec. MENSUAL					
INyec. TRIMESTRAL					
ESTERILIZACION					
TOTAL CONSULTAS					

ESTERILIZACIONES QUIRURGICAS							
TECNICAS	POST-PARTO (1)	LAPAROSCOPIA		MINI LAPAROTOMIA (4)	HISTE RECTOMIA (5)	VASECTOMIA (6)	TOTAL (7) 1+2+3+4+5+6=7
		POR ANILLOS (2)	POR CAUTERIO (3)				
CARACTERISTICA DE USUARIA (O)							
TOTAL ESTERILIZACIONES							

FORM. 510401-004-02-01

PAG. 2 DE 2

INFORME MENSUAL "B" REALIZACIONES DE PROGRAMA

METODOS		USUARIAS DE PRIMERA ENTREGA	USUARIAS PR. MERA ENTREGA DE METODO
ORALES	DOSIS BAJA (*)		
	DOSIS ALTA (*)		
	TOTAL ORALES		
	DIU		
DIU	T. DE COBRE (*)		
	TOTAL DIU's		
	TOTAL CONDONES		
TOTAL TABLETAS VAGINALES			
INYECTABLES	MENSUAL (*)		
	TRIMESTRAL (*)		
	TOTAL INYECTABLE		
TOTAL ANILLOS DE YOON			
OTROS (*)			

(*) ESPECIFIQUE LA MARCA COMERCIAL

USUARIAS ACTIVAS (SOLO JUNIO Y DICIEMBRE)	
ORAL -DOSIS BAJA	
ORAL -DOSIS ALTA	
TOTAL ORALES	
DIU	
CONDONES	
TABLETAS VAGINALES	
INy. MENSUAL	
INy. TRIMESTRAL	
TOTAL INYECTABLES	
E.Q. FEMENINAS	
E.Q. MASCULINAS (VASECTOMIAS)	
TOTAL E.Q.	
TOTAL GENERAL	

NOTA: PARA EL DATO DE USUARIAS ACTIVAS, SE CONTARAN LAS TARJETAS

NOMBRE DEL RESPONSABLE: _____

C:\DEE\FORM\FAMILIAR\B\B3.XLS

FORM. 510401-004-02-01

f. Hoja de Consejería en Atención Prenatal



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1 ° DE MAYO

CONSEJERÍA PRENATAL Y POST-NATAL

Nombre:	Nº de Afiliación:
---------	-------------------

Dirección: _____ Telf: _____

Paciente con embarazo de: _____ semanas

Se orienta sobre la importancia de:

Edad Gestacional										
Fecha de orientación										
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1- Lactancia materna										
2- Planificación Familiar										
3- Signos de Alarma										
4- Violencia Intrafamiliar										
5- Alimentación										
6- Vacunación										
7- Higiene Dental										
8- Auto examen de mamas										
9- Documentación a presentar para la atención del parto: a) Copia de DUI de ambos padres b) Traer nombre de niño o niña c) Carta de 12 semanas d) Controles prenatales										
10- Cuidados del Recién Nacido										
11- Cuidados post parto										
Nombre, firma y sello de la enfermera										
Firma de paciente										

Observaciones:

g. Partograma O.M.S



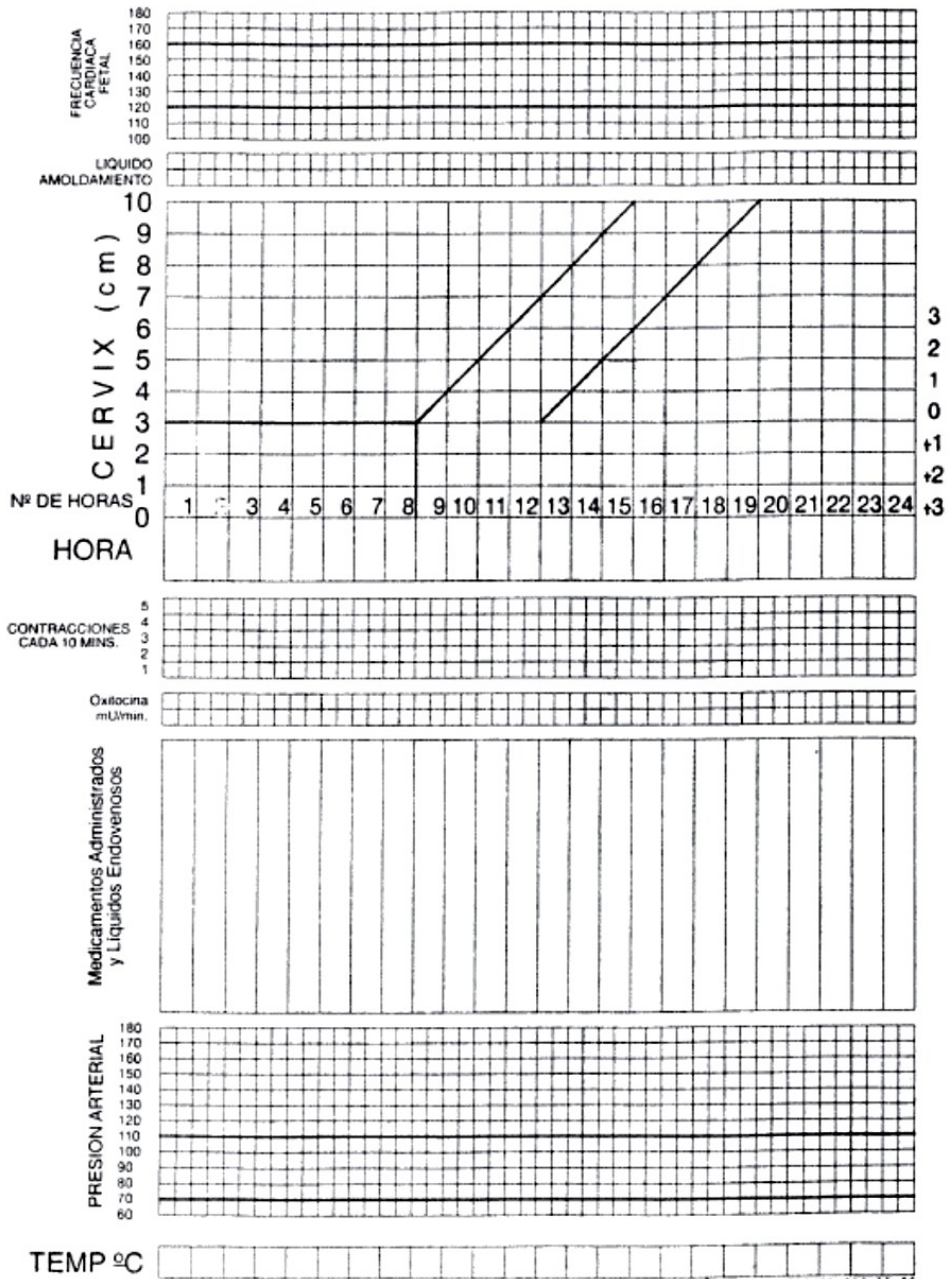
PARTOGRAMA

Nombre _____ Edad _____ No. Esp. _____

Hospital _____ Fecha de Admisión _____ Hora de Admisión _____

Grávida _____ Para _____ Ruptura de Membranas _____ Hras. AU. _____ AM. _____

Cesárea Anterior _____ Factor de Riesgo _____



Form. No. 510401-013-11-96

h. Hojas de Control del Cuarto Período del Parto y Evaluación al Alta de la Púérpera



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO
HOJA DE CONTROL POST-PARTO RECUPERACIÓN (4to Período del parto)



Nombre: _____ Expediente N°: _____

Fecha y Hora del parto: _____

HORA	TIEMPO	SANGRADO VAGINAL NORMAL				ÚTERO CONTRAÍDO		APEGO PRECOZ		ALOJAMIENTO CONJUNTO		ESTADO DE H.OP/ EPISIOTOMÍA	DIURESIS EN CBT ó PEG VAG	RESPONSABLE
		TA	FC	FR	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	C/HORA	CC/HR
	15 Min													
	30 Min													
	45 Min													
	1 Hr													
	1.5 Hr													
	2 Hr													

Observaciones:



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO
HOJA DE CONTROL POST-PARTO AL MOMENTO DEL ALTA



Nombre: _____

Expediente N°: _____

Fecha y Hora del alta: _____

Signps Vitales			Involución Uterina	Sangrado/ Loquios	Estado de las mama	Estado de H. Operatorio/ Episiotomía	Días del Parto	Lugar de referencia a control Post-parto	CONSEJERÍA			Típeo y Rh de la Madre	RESPONSABLE
TA	FC	T°	SEMANAS	Características	Características	Características	Horas/ Días	Nombre del establecimiento	PF	LM	Signos de Alarma		FIRMA Y SELLO

OBSERVACIONES:

i. Lista de Verificación de Cirugía Segura

 Organización Mundial de la Salud		Seguridad del Paciente <small>Una alianza mundial para una atención más segura</small>
Lista de verificación de la seguridad de la cirugía		
Antes de la inducción de la anestesia	Antes de la incisión cutánea	Antes de que el paciente salga del quirófano
(Con el enfermero y el anestesista, como mínimo)	(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)	(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)
<p>¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?</p> <input type="checkbox"/> Sí	<p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función</p>	<p>El enfermero confirma verbalmente:</p> <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento <input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gasas y agujas <input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos <p>Cirujano, anestesista y enfermero:</p> <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?
<p>¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	<p><input type="checkbox"/> Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento</p>	
<p>¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?</p> <input type="checkbox"/> Sí	<p>¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	
<p>¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?</p> <input type="checkbox"/> Sí	<p>Previsión de eventos críticos</p> <p>Cirujano:</p> <input type="checkbox"/> ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados? <input type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la operación? <input type="checkbox"/> ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?	
<p>¿Tiene el paciente...</p> <p>... Alergias conocidas?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<p>Anestesista:</p> <input type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico?	
<p>... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible <p>... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales	<p>Equipo de enfermería:</p> <input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)? <input type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos? <p>¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	

J. Hoja de transporte Neonatal



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1º DE MAYO
HOJA DE CONTROL DE CONDICIONES DE TRANSPORTE NEONATAL - STABLE



Nombre: _____ N° de Transporte: _____
 Hospital Receptor: _____ Registro: _____
 Hospital que refiere: _____ Registro: _____
 Fecha y hora del traslado: _____ Duración del traslado: _____
 Fecha y hora de nacimiento: _____ Edad de traslado: _____
 Producto: único múltiple Edad gestacional x Ballard _____
 Sexo: masculino femenino ambiguo
 Peso: _____ Talla: _____ PC: _____ Apgar 1 min: _____ Apgar 5 min: _____
 Diagnósticos de referencia: _____

Llenado capilar: menor de 3 seg. frialdad distal palidez cianosis
 buen color
 FC en hospital que refiere: _____ FC en hospital que recibe: _____
 TA en hospital que refiere: _____ TA en hospital que recibe: _____
 Observaciones: _____

EXÁMENES DE LABORATORIO:

AZÚCAR Y CUIDADO SEGURO

Medio de Transporte: ambulancia vehículo particular otro
 Transportado en: incubadora bassinet otro
 Acompañado por: médico enfermera paramédico familiar
 HGT en hospital de referencia _____ HGT en hospital que recibe _____
 LIV permeables: si no Dw al 10%: si no dosis: _____
 Observaciones: _____

¿Se cumplió primera dosis de antibiótico?: si no

Medicamento y dosis: _____

SOPORTE EMOCIONAL:

¿Se informó a la madre o responsable del cuidado del neonato, sobre el traslado? si no
 ¿Se les informó sobre las condiciones del neonato al traslado?: si no
 ¿Se les mostró el neonato antes del traslado?: si no
 Observaciones: _____

TEMPERATURA

T° en hospital de referencia _____ T° en hospital que recibe _____
 Si es menor de 1,500g medidas adicionales para conservar la temperatura: si no
 Gorro: sábana plástica: incubadora:
 Observaciones: _____

Problemas durante el traslado:

Extubación hipotermia pérdida de acceso venoso
 Neumotórax paro cardiorrespiratorio fallecido

Hoja de referencia con historia clínica completa: si no

Trae plantares: si no

Fecha y Hora en que se da por recibido: _____

Firma y Sello de quien entrega al neonato: _____

Firma y Sello de quien recibe al neonato: _____

VÍA AÉREA

Suplemento de Oxígeno por: hood bigotera opap nasal
 Tubo oro traqueal: buena posición extubado obstruido
 FR en hospital que refiere: _____ FR en hospital que recibe: _____
 Sat de O₂ en hospital de referencia _____ Sat de O₂ en hospital que recibe _____
 Se cumplió surfactante: si no N° dosis: _____
 Observaciones: _____

PRESIÓN SANGUÍNEA:

k. Hoja de atención inmediata y de evolución del recién nacido atermo



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO**



HOJA DE ATENCIÓN INMEDIATA Y DE EVOLUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

RN _____ EXP _____

FECHA _____ Hora de Nacimiento: _____
Hora de Evaluación: _____

ANTECEDENTES MATERNOS: PREECLAMPSIA I G E

G _____ EDAD _____ DIABETES: G I II Corioamnionitis: No Si Convulsiones: No Si
P _____ VIH _____ RPM No Si Hrs _____ IVU : No Si APP : No Si
A _____ VDRL _____ FIEBRE : No Si Antifosfolipi : No Si L.amniotico: O P
V _____ T.Rh _____ TROMBOC: No Si Enf.tiroidea : Hiper Hipo Emb.Multiple: G T
A _____ CPN . _____ TT _____ Madur.Pulmonar SI NO DOSIS: _____

OTROS _____

CARACTERÍSTICAS DEL PARTO: Vigoroso SI NO

VIA DEL PARTO PRESENTACION REANIMACION SI NO LÍQUIDO LAVADO GÁSTRICO

Estimulación Claro +
Vaginal Cefálico Oxígeno FiO2<40% Meconial -
Cesárea Podálico IPPV Sanguinolento
Causa _____ Otra _____ TOT # Recambio _____

APGAR

	1'	5'	10'
FC			
E.respiratoria			
Tono			
E.refleja			
Color			
Total			

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

Peso gr. Pt
Talla cm Pa
Pc cm Sat

SIGNOS VITALES

Fc
Fr
T°

EXAMEN FISICO: SEXO: M F BALLARD _____ SILVERMAN A. _____ DOWNES _____

	N	A		N	A		N	A
CABEZA			TORAX			MESQUELETICO		
OJOS			CV			BARLOW		
CAE			ABDOMEN			ORTOLANI		
FN			C.UMBILICAL			COLUMNA		
BOCA			GENITALES			NEUROLOGICO		
CUELLO			ANORECTAL			PIEL		
						A.CONGENITAS	NO	SI

k. Hoja de atención inmediata y de evolución del recién nacido reverso

DX : RNT RNPT RNPOST AEG PEG GEG BPN MBPN EBPN

Plan: _____

FIRMA Y SELLO

Evolución:

Fecha					
Hora					
Edad					
Edad gestacional					
Sexo					
BCG					
Boca arriba					
Seno Mat exclusivo					
Antecedentes maternos					
Paso meconio					
Micción espontánea					
Buena succión					
Buena tolerancia a VO					
Presencia de fiebre					
Frecuencia cardiaca					
Frecuencia respiratoria					
Temperatura (°C)					
Peso (gr)					
Talla (cm)					
PC (cm)					
Ictericia					
Cefalohematoma					
Soplo cardiaco					
Distres respiratorio					
Barlow y Ortolani					
Presencia de fracturas					
Malformaciones congéni mayores					
Consj. Lact. Materna					
Observaciones					
Firma y sello de Medico					

Bibliografía

1. Academia Americana de Pediatría, Reanimación Neonatal (5° edición), Programa de S.T.A.B.L.E. Cuidados post-reanimación y pre-transporte para neonatos enfermos, 2005. 2006
2. Alvear Sevilla Celina, Calidad Total II, Aseguramiento y Mejora Continua, México 2002
3. Colaborativos de Mejoramiento. Un enfoque para el mejoramiento continuo de los procesos y la diseminación de las mejores prácticas. Jorge Hermida. QAP. Agosto 2007
4. Humberto Cantú Delgado, Desarrollo de una cultura de calidad, segunda edición, Editorial Mc GrawHill, Interamericana editores, SA de CV, México, 2001.
5. Kaoru Ishikawa, ¿Qué es el control total de la calidad? Undécima reimpresión, Grupo Editorial Norma, 1994.
6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guía técnica de mejora continua de la calidad, El Salvador, 2008
7. Ministerio de Salud, Estándares e Indicadores de calidad de los procesos de atención en salud. Nicaragua 2009
8. Ministerio de Salud Pública, Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la atención materno-neonatal, Ecuador, 2008
9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Cuaderno de Trabajo Mejoramiento continuo de la calidad, El Salvador, 2009
10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Gerencia de Atención Integral a la Mujer, Directiva Técnica Nacional para la Atención de la Mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, El Salvador, 2001
11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Salud, ABC de Calidad, El Salvador, Diciembre 2003.
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guías Clínicas del Recién Nacido con Patología, El Salvador, 2003.
13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Evaluación de disponibilidad y uso de cuidados obstétricos de emergencia en El Salvador, San Salvador, El Salvador, C. A. 2004.
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guías clínicas de atención a las principales morbilidades obstétricas en el 3er nivel, El Salvador 2004
15. Ministerio de Salud Pública y Asistencial Social, Dirección de Regulación, Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer y Niñez, Guías Clínicas de Atención a la principales morbilidades obstétricas en el segundo nivel de atención, El Salvador, Diciembre 2005.
16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Salud, Programa Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud en El Salvador, El Salvador, 2005.
17. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guías clínicas de atención a las principales morbilidades obstétricas en el 3er nivel, El Salvador 2006.
18. Ministerio de Salud, Manual de procedimientos técnicos para la vigilancia de la calidad del agua de consumo humano. El Salvador, 2008
19. Ministerio de Salud, Lineamientos para el Control de Infecciones en la Atención Sanitaria. El Salvador, 2010.
20. Ministerio de Salud, NSO 13.25.01:07, Normas Técnicas para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos. El salvador, 2008.
21. Ministerio de Salud, Lineamiento Técnico para la Atención para la Atención de la Mujer en el periodo Preconcepcional, Prenatal, Parto, Puerperio y al Recién Nacido, El Salvador, 2011.

22. Ministerio de Salud, Guías Clínicas para la Atención Hospitalaria del Neonato I y II, El Salvador, 2011 Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud, Estrategia Regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas, 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington DC, 23 a 27 de septiembre de 2002.
23. Organización Mundial de la Salud. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009.
24. Rashad Massoud, et al, un paradigma moderno para mejorar la calidad de la atención de salud. QAP, Bethesda 2004.
25. Rodríguez Weber, Miguel Angel Udaeta Mora, Enrique. Neonatología Clínica. Editorial Mc GrawHill. México, 2003
26. USAID, Health Care improvement Project 2008. Norms for Presentation of Time Series Charts. Bethesda; M.D. University Research, Co, LLC.
27. USAID Health Care improvement Project, QAP. OPS. Guía de la Mejora Continua de la Calidad Iniciativa Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Quito, 2004.
28. USAID Health Care improvement Project. The improvement Collaborative: an approach to Rapidly Improve Quality and Sale up best practices. May 2008. Published by USAID Health Care improvement Project. Bethesda. MD: University Research Co., LLC (URC)