

Guía metodológica para la evaluación de la adherencia a los protocolos de atención obstétrica y neonatal en establecimientos de salud de la red de hospitales públicos de la República Dominicana



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Guía metodológica para la evaluación de la adherencia a los protocolos de atención obstétrica y neonatal en establecimientos de salud de la red de hospitales públicos de la República Dominicana

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

SANTO DOMINGO
REPÚBLICA DOMINICANA
2018

Título original:

Guía metodológica para la evaluación de la adherencia a los protocolos de atención obstétrica y neonatal en establecimientos de salud de la red de hospitales públicos de la República Dominicana.

Citar:

República Dominicana, Servicio Nacional de Salud; Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Guía metodológica para la evaluación de la adherencia a los protocolos de atención obstétrica y neonatal en establecimientos de salud de la red de hospitales públicos de la República Dominicana. Santo Domingo, D.N.: SNS; 2017.

Servicio Nacional de Salud

Calle Leopoldo Navarro, Santo Domingo, D. N.

© Servicio Nacional de Salud, 2017.

Esta publicación fue elaborada con la cooperación técnica y financiera de la OPS/OMS.

Diseño y diagramación:

Tony Núñez y Asociados

Impresión:

Primera edición

XXX ejemplares

Impreso en la República Dominicana

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Lic. Chanel Rosa Chupany

Director Ejecutivo Servicio Nacional de Salud

Elaborado por:**Gloria Milena Gracia Charry**Magíster en Salud Pública, Epidemióloga
Consultora externa de la OPS/OMS
República Dominicana**Revisado por:****Servicio Nacional de Salud****Luz Herrera Brito**

Técnico área Materno Infantil

**Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud****Hernán Rodríguez González**

Asesor Sistemas y Servicios de Salud

Luis. M. Urbina. TAsesor de Salud Materna y Reducción
de Mortalidad Materna**Rosario Guzmán**

Consultora Nacional Gestión del Conocimiento

Participantes**Servicio Nacional de Salud**

Servicio Regional Metropolitano

Hospital Materno Infantil San Lorenzo
de Los Mina

Hospital Reynaldo Almánzar

Hospital Maternidad Nuestra Señora
de la AltagraciaHospital General de Andrés, Boca
Chica

Centro de Primer Nivel "La Isabelita"

Hospital de la Mujer

Hospital Presidente Estrella Ureña

Ministerio de Salud PúblicaViceministerio de Garantía de la
Calidad, Dirección de Monitoreo
y Evaluación de la Calidad de los
ServiciosViceministerio de Garantía de la
Calidad, Dirección de Normas y
Protocolos de SaludViceministerio de Salud Colectiva,
División de Salud Materno Infantil y
Adolescentes**Sociedades científicas**Sociedad Dominicana de Obstetricia
y Ginecología

Sociedad Dominicana de Pediatría

Sociedad Dominicana de
Perinatología**Organismos internacionales**

OPS/OMS

UNFPA

UNICEF

Otras instituciones participantes

Seguro Nacional de Salud

Universidad Autónoma de Santo
Domingo, Facultad de Ciencias de
la Salud, Programa de Residencias
Médicas

CONTENIDO

ACRÓNIMOS, SIGLAS Y ABREVIATURAS	7
PRESENTACIÓN	9
INTRODUCCIÓN	11
DISPOSICIÓN DE LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD	12
1. ANTECEDENTES	17
2. INDICADORES DE ATENCIÓN MATERNA	21
2.1 Otros indicadores relacionados con la atención materna	21
3. MORTALIDAD MATERNA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA	27
3.1 Caracterización de la Mortalidad Materna	28
4. MORTALIDAD INFANTIL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA	31
4.1 Causas de la mortalidad infantil	32
5. CONTEXTO NORMATIVO	35
5.1 Sistema Dominicano de Seguridad Social.	35
5.2 Sistema Dominicano para la Calidad.	35
5.3 Contexto normativo en salud materna y neonatal.	36
5.4 Protocolos que se encuentran normados y serán objeto de evaluación:	37
6. ASPECTOS CONCEPTUALES DEL PROCESO DE EVALUACIÓN	41
6.1 Conceptualización del proceso	41
7. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL	45
7.1 Evaluación de la adherencia	45
7.2 Etapas del proceso	46
7.3 ¿Qué se va a evaluar?	46
7.4 ¿Cómo se va a evaluar?	47
7.5 Evaluación interna (autoevaluación).	48
7.6 Evaluación externa	53

BIBLIOGRAFÍA 59**ANEXO I**

Instructivo para la autoevaluación de la alta gerencia en la política institucional, administrativa y de los aspectos técnico-científicos del talento humano

ANEXO II

Instructivo para la evaluación externa de la alta gerencia en la política institucional, administrativa y de los aspectos técnico-científicos del talento humano 69

ANEXO III

Instructivo para el llenado de los instrumentos de evaluación de expedientes clínicos 81

ACRÓNIMOS, SIGLAS Y ABREVIATURAS

ARL

Administradora de riesgos laborales

ARS

Administradora de riesgos de salud

ASIS

Análisis de situación de salud

CEAS

Centros especializados de atención en salud

CPN

Centro de primer nivel

DGHA

Dirección general de habilitación y acreditación

DNRT

Dirección de normas y reglamentos técnicos

DIGEPI

Dirección general de epidemiología

DIMIA

División materno infantil y adolescentes

ENDESA

Encuesta Nacional de Demografía y Salud

MSP

Ministerio de Salud Pública

OMS

Organización Mundial de la Salud

OPS

Organización Panamericana de la Salud

PSS

Prestadoras de servicios de salud

SNS

Servicio Nacional de Salud

SDSS

Sistema Dominicano de Seguridad Social

SENASA

Seguro Nacional de Salud

SISALRIL

Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales

UGC

Unidad Guías Clínicas y Protocolos de atención

UNAP

Unidad de atención primaria

VMGC

Viceministerio de Garantía de la Calidad

VMSC

Viceministerio de Salud Colectiva



PRESENTACIÓN

El Servicio Nacional de Salud hace entrega de esta guía metodológica para la evaluación de la adherencia a los protocolos de atención obstétrica y neonatal en establecimientos de salud de la red de hospitales públicos de la República Dominicana, por el interés de mejorar la calidad de la atención materna neonatal que se brinda a la población usuaria de su red de servicios de salud.

Este es un instrumento de orientación para que los hospitales cumplan con los criterios establecidos en los siete protocolos de atención del Ministerio de Salud Pública del año 2016, en correspondencia con las causas del mayor número de muertes maternas y neonatales que ocurren en el país. Además, se incluyen los criterios para el control prenatal y la atención del parto contenidas en las guías clínicas de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio.

La guía está diseñada para que los hospitales se autoevalúen, cuyo grado de cumplimiento es verificado posteriormente mediante evaluación externa. Ambas etapas conllevan a la implementación de acciones para el mejoramiento de la calidad en la atención materna y neonatal. Como complemento a esta guía, usted también cuenta con un CD que contiene los instrumentos en Excel, que de forma automatizada brindan el porcentaje de cumplimiento alcanzado mediante un tablero de control para identificar los procesos clínicos y puntos críticos que requieren mejora continua de la calidad.

Finalmente, quiero motivar al personal que presta servicios en los hospitales de la red pública del Servicio Nacional de Salud a que se apropien de esta guía, que ayudará a mejorar el desempeño del recurso humano en salud y que redundará en brindar una atención humanizada y de calidad a quienes tanto la merecen, las madres y recién nacidos de la República Dominicana.



Chanel Rosa Chupany
Director Ejecutivo Servicio Nacional de Salud

INTRODUCCIÓN

La salud materna y de los recién nacidos son una prioridad en la República Dominicana, como garantía de los derechos de toda la ciudadanía y en especial de las poblaciones en condición de mayor vulnerabilidad e inequidad.

El Servicio Nacional de Salud (SNS) y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), definieron en conjunto el desarrollo de la iniciativa “Guía Metodológica para la Evaluación de la Adherencia a los Protocolos de Atención Obstétrica y Neonatal en Establecimientos de Salud de la Red de Hospitales Públicos de la República Dominicana”. Esta evaluación comprende el análisis de las condiciones organizacionales, institucionales y de prestación de servicios; procesos y procedimientos desarrollados para la socialización y adopción de estos protocolos en los hospitales de referencia nacional, regionales, provinciales y municipales; la identificación del grado de apropiación y uso de los mismos por parte del personal médico y la medición de la satisfacción de las usuarias y sus familias con la atención brindada. A partir de este análisis, se identificarán oportunidades de mejora y se promoverá el desarrollo de estrategias que fortalezcan la calidad de la atención a mujeres en estado grávido puerperal y a recién nacidos de todo el país.

Esta iniciativa se fundamenta en el establecimiento, por parte del Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana, de los protocolos de atención para diversos eventos clínicos de obligatorio cumplimiento, dentro de los cuales se encuentran seis protocolos para la atención obstétrica (prevención y manejo de la hemorragia posparto primaria, embarazo ectópico, aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de placenta, hipertensión del embarazo, parto normal) y dos protocolos para la atención del recién nacido (síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal).

La presente guía describe los objetivos, ámbito de aplicación y metodología para la evaluación de la implementación de estos protocolos, incluyendo estrategias de autoevaluación, evaluación externa, análisis integral, socialización de resultados y desarrollo de acciones para la mejora continua de la calidad en la atención materna y neonatal.

DISPOSICIÓN DE LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD



“Año del Fomento a las Exportaciones”

DISPOSICIÓN No. SNS-EE-050518

QUE PONE EN VIGENCIA LA “GUÍA METODOLÓGICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE HOSPITALES PÚBLICOS DE LA REPÚBLICA DOMINICANA”.

CONSIDERANDO: Que conforme al artículo 6 de la Ley No. 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud, es atribución de la Dirección Ejecutiva establecer regulaciones complementarias para la supervisión y el apoyo al desarrollo de los Servicios Regionales de Salud y redes de servicios de atención y de diagnóstico y tratamiento, a la vez que defina los modelos de supervisión, monitoreo y evaluación del cumplimiento de estas regulaciones.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha puesto en vigencia protocolos de atención para diversos eventos clínicos, ordenando en sus resoluciones a todos los servicios de salud públicos, privados, patronatos y Organizaciones No Gubernamentales, a acatar el uso de protocolos de atención para los principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para la mejoría continua de la calidad en los servicios prestados.

CONSIDERANDO: Que diversos estudios demuestran que un alto porcentaje de los eventos en la morbilidad materna e infantil en la República Dominicana son evitables y que la mayoría de ellas están asociadas a deficiencias en la calidad de la atención y baja adherencia al uso de procedimientos y protocolos clínicos.

VISTA: La Constitución de la República Dominicana, que en su artículo 61 sobre el derecho a la salud, establece: Toda persona tiene derecho a la salud integral, en consecuencia, el Estado debe velar por la protección de la salud de todas las personas, el acceso a los servicios sanitarios, así como procurar los medios para la prevención y tratamiento de todas las enfermedades, asegurando el acceso a medicamentos de calidad y dando asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes la requieran



La Ley No. 247-12 Orgánica de Administración Pública que establece los principios rectores y reglas básicas de la organización y funcionamiento de la Administración Pública, del 9 de agosto del año 2012.

VISTA: La Ley No. 42-01 General de Salud, del 8 de marzo del año 2001, y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley No. 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud, adscripto al Ministerio de Salud Pública, con una Dirección Central y sus respectivas expresiones territoriales regionales de carácter desconcentrado, del 16 de julio del 2015.

En virtud de las atribuciones conferidas por la Ley No. 123-15, el Servicio Nacional de Salud, **DISPONE:**

PRIMERO: Poner en vigencia la GUÍA METODOLÓGICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE HOSPITALES PÚBLICOS DE LA REPÚBLICA DOMINICANA, anexa a la presente, la cual debe ser implementada en todos los servicios materno infantiles y neonatales de cualquier nivel de complejidad de la Red Pública de Establecimientos de Salud.

SEGUNDO: Ordenar que para fines de evaluación del desempeño del personal de salud vinculado a la prestación de los servicios materno infantil y neonatal, se utilicen los indicadores relacionados con la aplicación de las listas de chequeo en el uso y seguimiento a protocolos de atención contenidos en esta Guía.

TERCERO: Ordenar que los establecimientos de salud que oferten servicios maternos infantiles y neonatales, conformen los grupos de autoevaluación para la vigilancia del cumplimiento de protocolos, con énfasis en la elaboración y ejecución de planes de mejora.

CUARTO: Responsabilizar a los Gerentes Regionales y Directores de Establecimientos de la aplicación de la presente Disposición, así como establecer todas las medidas que fueren necesarias para que la misma sea acatada con estricto seguimiento al cumplimiento de los planes de mejora establecidos durante la autoevaluación y la evaluación externa.



QUINTO: Instruir al área de la Sede Central del SNS para que realice todas las gestiones necesarias para el cumplimiento cabal de la presente, incluyendo los procedimientos para la conformación de grupos de evaluación externa que apoyen estos procesos. Estos procedimientos deben estipular las condiciones y funciones de estos grupos, así como los plazos y responsabilidades en los procesos de evaluación.

SEXTO: Ordenar a la Oficina de Acceso a la Información Pública a divulgar la presente Disposición por los medios establecidos, conforme a lo dispuesto por la Ley No. 200-04 sobre acceso a la información pública.

FIRMADA Y SELLADA, en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los doce (12) días del mes de abril del año dos mil dieciocho (2018)



Chanel Rosa Chupany
Director Ejecutivo

1

ANTECEDENTES

1. ANTECEDENTES

La República Dominicana comparte la isla La Española con Haití, ocupando algo más de los dos tercios orientales, con 48,670 km². Para el año 2017, se estima una población de 10,648,791 habitantes, de los cuales el 51.1% son mujeres y el 49.9% hombres, con una densidad de 219 habitantes por km² y una tasa de crecimiento poblacional anual de 1.4%.

Según indicadores del año 2015, la esperanza de vida al nacer es de 73,9 años (77.1 para las mujeres y 70.9 para los hombres). El 79.84% de la población total reside en zonas urbanas. El porcentaje de analfabetismo en mujeres de 15 y más años es del 7.7% y la de desocupación de 7%.

A partir de la implementación del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), la población afiliada al seguro familiar de salud ha aumentado, pasando de 1,039,738 en el año 2003 a 7,449,280 en el año 2017; sin embargo, la afiliación entre los años 2003 y 2017 aumentó en el subsidiado del 5.1% al 34,5%.

Según la ENDESA 2013, el 11% de mujeres casadas o unidas reportaron necesidad no satisfecha de planificación familiar y el 72% de mujeres en edad fértil usaba algún método anti-conceptivo, correspondiendo el 70% a métodos modernos.

PARA TENER EN CUENTA

Para el año 2016, aproximadamente el 70% del total de la población del país se encontraba afiliada al SDSS.



La ENDESA 2013 registró un comportamiento sobresaliente de indicadores relacionados con la atención en salud de mujeres gestantes, en aspectos como controles prenatales por profesional de la salud (enfermera o médico), asistencia a controles prenatales y cobertura de la atención hospitalaria del parto y el posparto.



2

INDICADORES DE ATENCIÓN MATERNA

2. INDICADORES DE ATENCIÓN MATERNA

- ▶ Cobertura de atención prenatal: 98.9%
- ▶ Atención prenatal por gineco obstetra: 75%
- ▶ Embarazos con primer control durante el primer trimestre: 83.1%.
- ▶ Asistencia a 4 o más controles prenatales: 92.9%
- ▶ Atención del parto por profesional: 97.8%
- ▶ Atención institucional del parto: 97.5%; 70% en establecimientos públicos

Fuente: ENDESA 2013

El comportamiento de estos indicadores de cobertura no se corresponde con la razón de mortalidad materna registrada en el país en el año 2016, de 90.1 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos. Esta cifra fue mayor a la establecida en la meta número 6 del Plan Decenal de Salud 2006 – 2015 de reducir este indicador a 57 muertes maternas por cien mil nacidos vivos (reducción en 3/4 partes).

2.1 Otros indicadores relacionados con la atención materna

Para el año 2013, la proporción de cesáreas en el país fue del 56%, casi cuatro veces mayor que el estándar internacional (15%). Las cesáreas se realizaron en un 87% en el sector privado y en un 46% en el público; siendo mayor entre las mujeres más educadas, con edades comprendidas entre 35 y 49 años o en el quintil más alto de riqueza, y menos frecuente en las mujeres con menor nivel de instrucción, con 6 o más nacimientos o las del quintil menor de riqueza. Las regiones con menor proporción de nacimientos por cesárea son la IV (41%) y la VI (37%).

La ENDESA 2013 identificó desigualdades para recibir atención en salud durante el embarazo, principalmente en:

- Mujeres que cursaban su sexto o más embarazo (7%).
- Mujeres sin educación (5%).
- Mujeres pertenecientes al quintil inferior de riqueza (2%).
- Mujeres residentes en la Región VI de Salud (2%).

Solo el 5% de las mujeres sin educación o con 1 a 4 años de educación primaria tuvieron atención del parto en instituciones privadas.

El 92% de las mujeres pertenecientes al quintil inferior de riqueza, tuvieron atención de parto en establecimientos del sector público.

Las regiones de salud con las menores coberturas de atención por gineco obstetras son la IV (62%), la VI (66 %) y la VII (65%).



En 2016, cinco de las nueve regiones del país tuvieron razones de mortalidad materna por encima de la razón nacional.

RECUERDE

La República Dominicana se encuentra dividida en nueve regiones de salud, distribuidas por provincias de la siguiente forma:

Región O: Santo Domingo Este, Santo Domingo Norte, Distrito Nacional Este, Distrito Nacional Oeste, Santo Domingo Oeste y Monte Plata.

Región I: Peravia, San Cristóbal y San José de Ocoa.

Región II: Espaillat, Puerto Plata y Santiago.

Región III: Duarte, Hermanas Mirabal, María Trinidad Sánchez y Samaná.

Región IV: Bahoruco, Barahona, Independencia y Pedernales.

Región V: El Seibo, Hato Mayor, La Altagracia, La Romana y San Pedro de Macorís.

Región VI: Azua, Elías Piña y San Juan.

Región VII: Dajabón, Montecristi, Santiago Rodríguez y Valverde.

Región VIII: La Vega, Monseñor Nouel y Sánchez Ramírez.



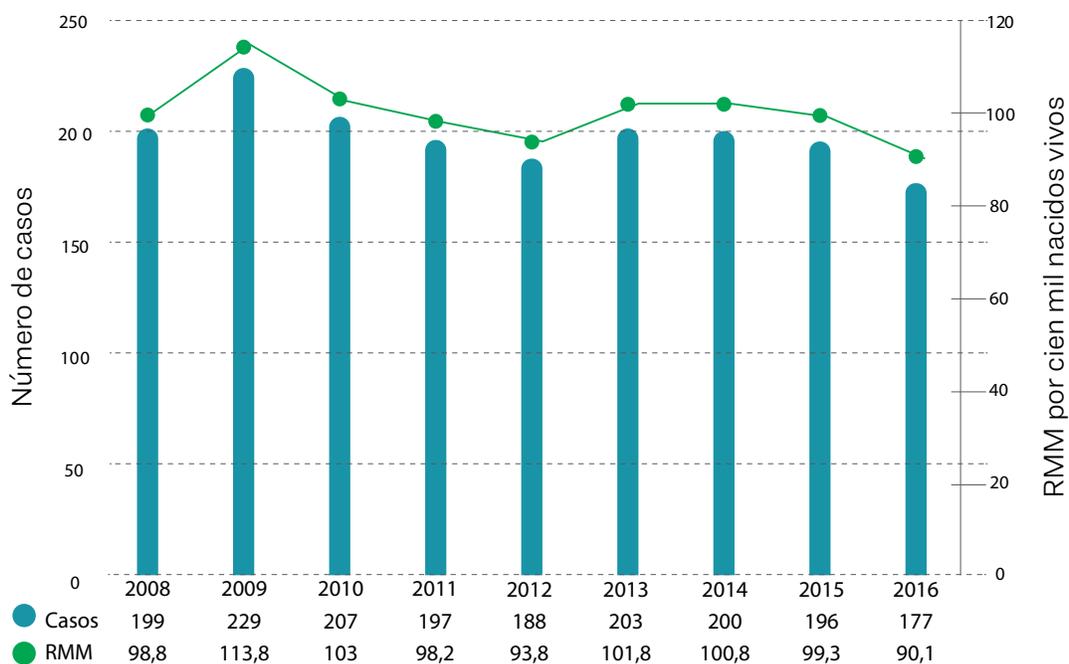
3

MORTALIDAD MATERNA
EN LA REPÚBLICA
DOMINICANA

3. MORTALIDAD MATERNA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

La mortalidad materna en el país no registró mayores variaciones durante el periodo 2008 – 2015. Para el año 2016, se observa una reducción de 19 casos en comparación con lo reportado en el año 2015, con una RMM de 90.1 muertes por cien mil nacidos vivos, cifra que se constituye en la más baja del período analizado (Figura 1).

FIGURA 1. CASOS Y RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA 2008 – 2016



Fuente: Integración base de datos de certificado médico de defunción del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y del INACIF.

PARA TENER EN CUENTA

Según el Ministerio de Salud Pública el aumento en la razón de mortalidad materna en el año 2009 está relacionado con muertes por neumonías asociadas al virus de la influenza H1N1.

3.1 Caracterización de la Mortalidad Materna

En el año 2016, el 70% de los casos de muerte materna ocurrieron en el posparto, el 20% durante el embarazo y el 10% en el momento del parto.

- ▶ Entre los años 2015 y 2016 se observó una disminución de 23% en el número de muertes maternas ocurridas en mujeres menores de 20 años.
- ▶ Para este mismo período se registró un incremento de 33% en el número de muertes maternas presentadas en mujeres mayores de 40 años.
- ▶ El 57% de las muertes en el 2016, se presentaron en diez hospitales públicos del país, de los cuales cinco se encuentran ubicados en la Región Metropolitana y concentran el 33% de los casos. En la mayoría de los casos, las mujeres fueron referidas a estas instituciones con complicaciones graves.
- ▶ En el 2016, el 74% de las muertes maternas en la República Dominicana estuvieron relacionadas con causas obstétricas directas como trastornos hipertensivos del embarazo (32%), hemorragia (11%), sepsis (10%), embarazo terminado en aborto (7%) y complicaciones del puerperio (7%).

REGIONES CON MAYOR RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA	
Región	RMM por cien mil nacidos vivos
Región IV (Enriquillo)	121
Región I (Valdesia)	109
Región V Este	104
Región VI El Valle	100
Región VII Cibao Occidental	92

TENGA EN CUENTA

El Gobierno dominicano definió dentro de las metas presidenciales la de “Reducir la mortalidad materna para el año 2020 a 70 por cada 100,000 nacidos vivos”. En el primer año (2016), se logró una reducción de 9.2 en la Razón de Mortalidad Materna.

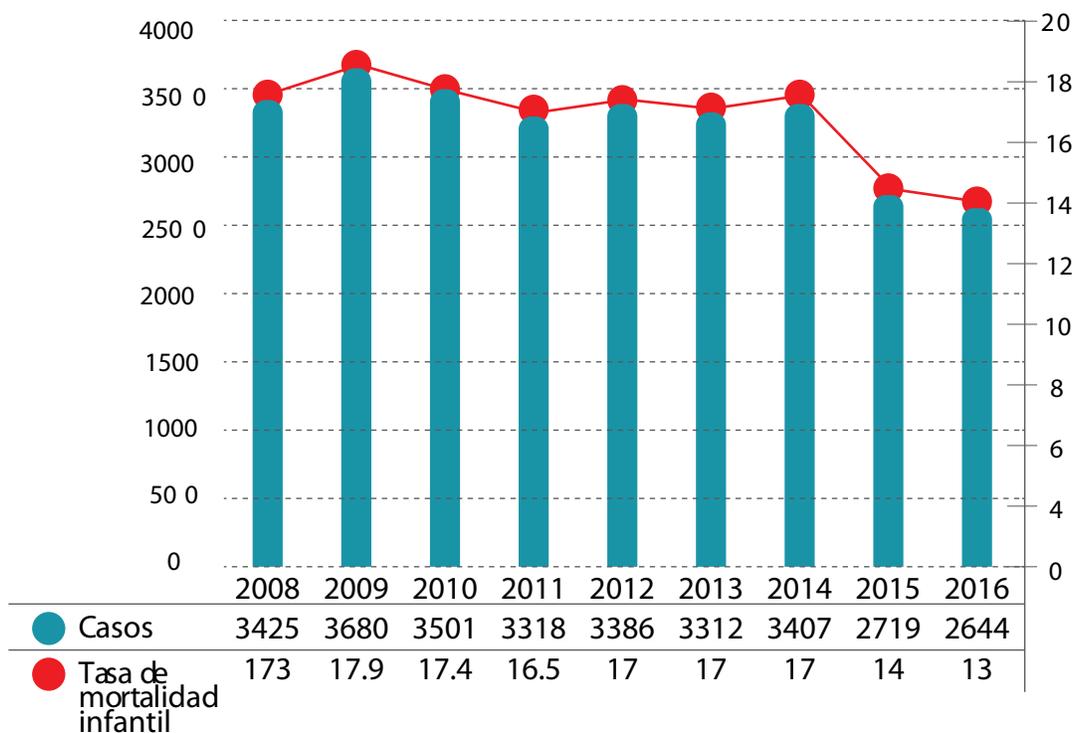
4

MORTALIDAD INFANTIL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

4. MORTALIDAD INFANTIL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

La mortalidad infantil pasó de 3,425 muertes en el año 2008 a 2,644 muertes en el año 2016. La tasa de mortalidad infantil tuvo un comportamiento estable hasta el año 2014, con cifras que oscilaron entre las 17.9 y las 16.5 muertes por mil nacidos vivos. Para los años 2015 y 2016, se observa de manera preliminar una reducción en el número de casos y en la tasa. Del total de muertes infantiles, el 71.7% (n=1,896) ocurrieron entre el nacimiento y los 27 días de vida (periodo neonatal) y el 28.2% (n=748) entre los 28 a 364 días de vida (etapa posneonatal).

FIGURA 2. MORTALIDAD INFANTIL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA



Fuente : Dirección General de Epidemiología. Tendencia de los eventos de notificación obligatoria 2004 - 2014. Boletines semanales .

4.1 Causas de la mortalidad infantil

Durante el año 2016, el 60% de las muertes infantiles en el país se concentraron en cuatro causas:

1. Síndrome de dificultad respiratoria 29.8% (n=788)
2. Sepsis neonatal 22.9 % n=607)
3. Hipoxia y asfixia 3.6% (n=94)
4. Neumonía 3.5% (n=92)

El 75% de las muertes infantiles ocurren en el período neonatal. Entre las principales causas, el 61.6% lo representa el síndrome de dificultad respiratoria y la sepsis.

PARA TENER EN CUENTA

El Gobierno dominicano definió, dentro de las metas presidenciales, reducir la mortalidad en menores de un año a 16 por cada 1,000 nacidos vivos.

En el primer año de Gobierno se observó una reducción de 2.7% en esta meta en comparación con el año 2015.

5

CONTEXTO
NORMATIVO

5. CONTEXTO NORMATIVO

El sistema de salud en la República Dominicana ha venido transformándose permanentemente:

- En 1948 se creó el Sistema de Seguros Sociales.
- En 1956, la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, aprobándose ese mismo año el Código de Salud.
- En 1962 ocurrió la transformación de la Caja Dominicana de Seguros Sociales en Instituto Dominicano de Seguro Social.
- En 1995 se creó la Oficina de Coordinación Técnica de la Comisión Nacional de Salud.
- En el 2001 se aprobó la Ley General de Salud y la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).
- En el 2008 se formuló el Plan Decenal de Salud.

PARA TENER EN CUENTA

La Ley General de Salud, aprobada mediante la Ley 42 del 8 de marzo de 2001, define la salud como un derecho y como un medio para el logro del bienestar común y un fin sustantivo para el desarrollo humano.

5.1 Sistema Dominicano de Seguridad Social

Fue establecido mediante la Ley 87 del 9 de mayo de 2001, que define entre otras cosas sus características, los beneficiarios, forma de financiamiento, establece como responsabilidades exclusivas del Estado la dirección, regulación, financiamiento y supervisión, plantea la necesidad de que las instituciones proveedoras de servicios de salud establezcan sistemas de garantía de la calidad y normas de autorregulación.

5.2 Sistema Dominicano para la Calidad

Establecido mediante Ley 166 de 2012 aplicable a la normalización, metrología, inspección y ensayo, certificación y acreditación de las instituciones, así como en la elaboración, adop-

ción, adaptación o armonización de reglamentos técnicos con la participación del Instituto Dominicano para la Calidad, INDOCAL y la vinculación del Ministerio de Salud y Asistencia Social, con el fin de proteger la salud de los seres vivos y el medio ambiente, la salud humana, seguridad humana y la salud pública.

En el año 2014, mediante el Decreto 379 se inicia la separación de funciones de la provisión de servicios, de las de rectoría y de salud colectiva en el Ministerio de Salud Pública.

En el año 2015, mediante la Ley 123, se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), con una Dirección Ejecutiva, Consejo Directivo y Junta Directiva, y sus respectivas expresiones territoriales regionales.

PARA TENER EN CUENTA

El Servicio Nacional de Salud tiene dentro de sus funciones, la de impulsar y gestionar programas de gestión de calidad, equidad y acceso a los servicios de salud, y el desarrollo armónico y proporcional de los Servicios Regionales de Salud.

5.3 Contexto normativo en salud materna y neonatal

REGLAMENTO TÉCNICO DE ATENCIÓN A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO

- ▶ Puesto en vigencia mediante la Resolución 0054 de 2013.
- ▶ De aplicabilidad por todas las instancias del Sistema Nacional de Salud.
- ▶ Tiene como objetivo la atención integral a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, a fin de prevenir complicaciones y promover conductas sexuales y reproductivas saludables.

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PARA OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, Y DE ATENCIÓN PARA PEDIATRÍA

- ▶ Normados mediante Resolución 000010 de 2016
- ▶ De obligatorio cumplimiento por servicios y establecimiento de salud públicos, privados, patronatos y ONG en el proceso asistencial, como herramientas para mejorar la calidad de los servicios prestados.

5.4 Protocolos que se encuentran normados y serán objeto de evaluación:

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

- Prevención y Manejo de la Hemorragia Posparto Primaria (HPPP).
- Atención del Embarazo Ectópico
- Atención de Manejo del Aborto Espontáneo.
- Atención de Diagnóstico y Manejo del Desprendimiento Prematuro de Placenta.
- Atención para la Prevención y Tratamiento de la Hipertensión del Embarazo.
- Atención Prenatal
- Atención Durante el Parto Normal

PEDIATRÍA

- Atención al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria
- Atención para el tratamiento de la sepsis neonatal.



6

ASPECTOS CONCEPTUALES DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

6. ASPECTOS CONCEPTUALES DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

En este capítulo se realiza una conceptualización del proceso de evaluación, así como de aspectos clave para su desarrollo.

6.1 Conceptualización del proceso

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que “la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.

De igual forma, plantea que el establecimiento de normas que promuevan la calidad de los servicios de salud es un modo de reducir al máximo la variabilidad y garantizar un nivel mínimo de calidad.

Los protocolos de atención se constituyen en una herramienta normativa que resulta de un proceso de validación técnica y científica, en el que se describe en resumen el conjunto de procesos y procedimientos para la atención de usuarios con determinadas situaciones de salud, que pueden formar parte de las guías de práctica clínica; útiles especialmente en aspectos críticos que exigen apego a lo establecido, de conductas, acciones y técnicas, con un enfoque de promoción, detección, prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación.

Al promulgar los protocolos de atención para obstetricia y ginecología, y pediatría, así como el Reglamento Técnico para la Atención del Embarazo, el Parto y el Puerperio, la República Dominicana ha dado un importante paso en relación con el mejoramiento de la calidad de la atención de mujeres en estado grávido, puerperal y recién nacidos. La evaluación de estos protocolos permitirá la identificación de todos los procesos que se desarrollan en los hospitales para su implementación y cumplimiento; así como, la verificación sistemática de la información, la identificación de problemas o fallas en la calidad de la atención y la toma de acciones preventivas o correctivas para el logro de resultados en salud, en beneficio de las usuarias y la comunidad.



7

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL

7. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL

En este capítulo, usted conocerá en qué consiste el proceso de evaluación de la adherencia a los Protocolos de atención para obstetricia y ginecología, pediatría y el Reglamento Técnico de Atención a la Mujer durante el Embarazo, el Parto y el Puerperio, analizando los componentes de esta evaluación y las etapas definidas para su desarrollo.

7.1 Evaluación de la adherencia

¿Cuáles son sus objetivos?

Objetivo general

Asegurar en el personal de salud la adherencia al cumplimiento de los protocolos de atención, a fin de reducir las principales causas de muerte materna y neonatal.

Objetivos específicos

- ▶ Analizar las condiciones organizacionales, institucionales y de prestación de servicios, así como los procesos y procedimientos desarrollados para la adopción e implementación de los protocolos de atención materna y neonatal en los hospitales del país.
- ▶ Identificar el grado de apropiación y uso de los protocolos de atención materna y neonatal por parte del equipo de salud.
- ▶ Evaluar la percepción de las mujeres gestantes y sus familiares con relación a la atención brindada.
- ▶ Identificar oportunidades de mejora y desarrollar acciones que permitan el mejoramiento continuo de la calidad de la atención materna y neonatal.

7.2 Etapas del proceso

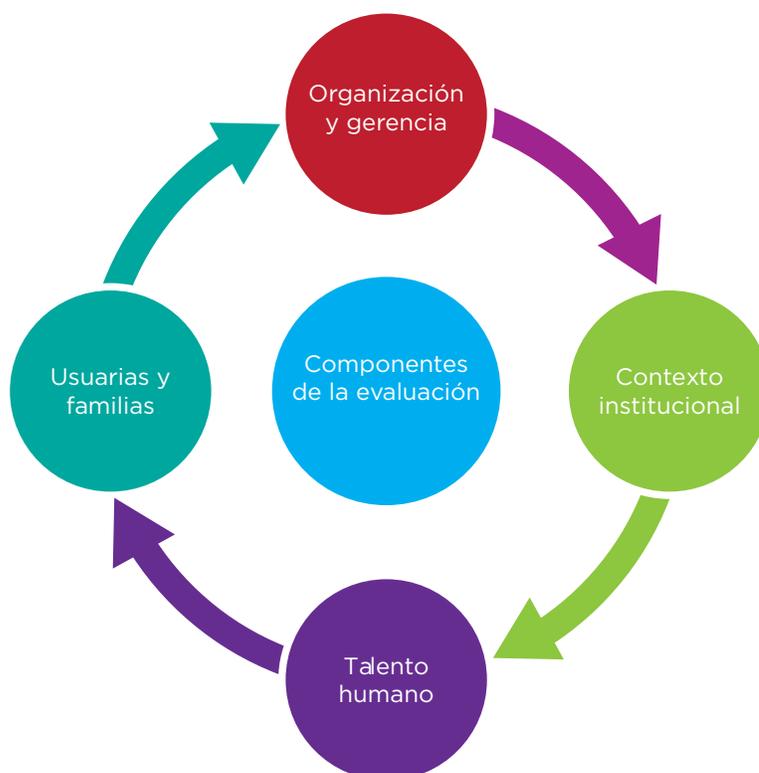
1. Evaluación interna (autoevaluación).
2. Evaluación externa.
3. Identificación de oportunidades de mejora.
4. Implementación de acciones para el mejoramiento de la calidad en la atención materna y neonatal.

Ámbito de aplicación:

Hospitales de referencia nacional, regionales, provinciales y municipales.

7.3 ¿Qué se va a evaluar?

La adherencia a los protocolos para la atención materna y neonatal en el nivel institucional requiere el desarrollo de acciones coordinadas en los diferentes dominios relacionados con una atención en salud de calidad. El proceso de evaluación de su implementación comprende el análisis de cada uno de ellos.



Organización y gerencia

Se relaciona con la planeación, regulación y ejecución de procesos y procedimientos que permitan alcanzar la misión y objetivos de la institución de salud.

Se abordarán aspectos relacionados con el reconocimiento de las mujeres en estado grávido, puerperal y los recién nacidos, como sujetos de derechos dentro de los procesos de planeación estratégica, la adopción e implementación de los protocolos de atención materna y neonatal, y la medición de indicadores de gestión y resultado para el mejoramiento institucional.

Contexto institucional

Se analizarán los aspectos relacionados con capacidad instalada, recursos e insumos, capacitación institucional, evaluación de la satisfacción del cliente interno y externo, evaluación de adherencia a guías y protocolos, conformación de equipos multidisciplinarios, liderazgo, identificación de prácticas inseguras y generación de estrategias de mejoramiento continuo.

Talento humano en salud

Se identificarán las competencias, actitudes, hábitos, comportamientos y satisfacción del personal de las instituciones de salud en relación con la atención materna y neonatal, así como su participación en procesos de capacitación, entrenamiento e incentivos.

Usuaris y familiares

Se establecerán las preferencias de las pacientes, el autocuidado y la satisfacción con la atención recibida.

7.4 ¿Cómo se va a evaluar?

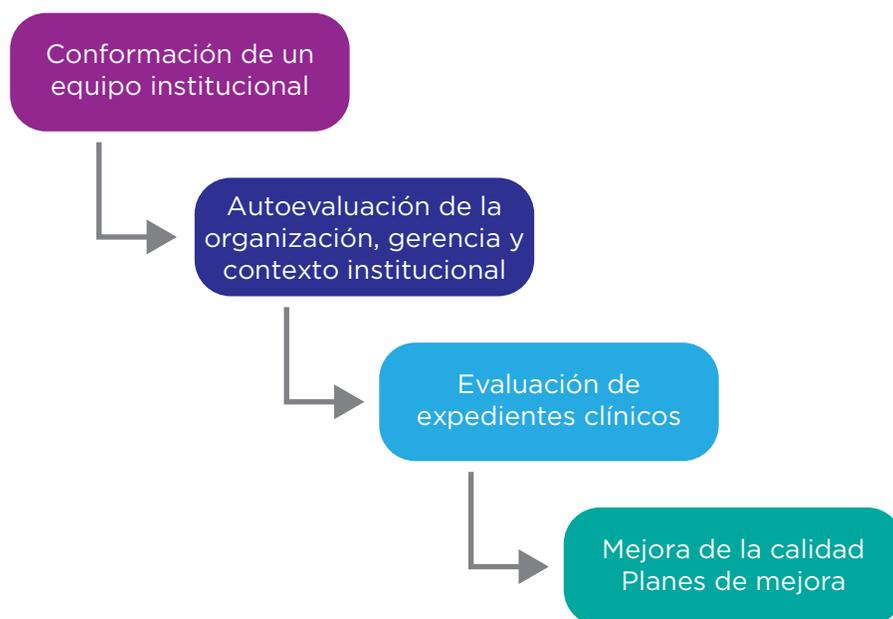
El proceso de evaluación comprende cuatro etapas: evaluación interna, evaluación externa, identificación de oportunidades de mejora e implementación de acciones para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención materna y neonatal.

A continuación vamos a describir las etapas de la evaluación interna y externa:

7.5 Evaluación interna (autoevaluación)

Comprende un análisis crítico y reflexivo desarrollado al interior de los hospitales en relación con los procesos y procedimientos implementados para la atención de mujeres en estado grávido, puerperal y recién nacidos. Se realizará cada dos meses.

Momentos de la Autoevaluación



TENGA EN CUENTA

La autoevaluación es un proceso interno que promueve la participación y la colaboración entre colectivos de mejora, en función de los análisis realizados y los resultados obtenidos.

Momento 1: Conformación de un equipo institucional

Se conformará un equipo interdisciplinario, con un promedio de siete integrantes (máximo 10), en hospitales de referencia nacional, regionales; y, equipos más pequeños en los hospitales provinciales y municipales.

El equipo tendrá representación de los niveles directivo, administrativo y asistencial; será clave que en él participe el supervisor residente (para reducción de la morbilidad materna extrema y mortalidad materna), los coordinadores de los servicios de gineco-obstetricia y pediatría/neonatología/perinatología, así como profesionales que conforman el comité de calidad.

Responsabilidades

- ▶ Llenar el instrumento de autoevaluación en cada uno de los criterios definidos dentro de las categorías de organización, gerencia y contexto institucional.
- ▶ Recopilar y verificar las evidencias documentales por cada uno de los criterios evaluados, organizándolas como insumo para la evaluación externa.
- ▶ Analizar el cumplimiento por criterio y categoría evaluada, así como calificación total del instrumento.
- ▶ Identificar los procesos y aspectos a mejorar por categoría.
- ▶ Definir estrategias de mejora (Qué), actividades para su cumplimiento (Cómo), responsable (Quién), tiempos de ejecución (Cuándo) y recursos.
- ▶ Gestionar la implementación de las estrategias de mejora definidas.

PARA TENER EN CUENTA

Este mismo equipo también liderará la implementación en el hospital del proceso de evaluación de adherencia a los protocolos a partir de la revisión de expedientes clínicos.

Momento 2: Autoevaluación de la organización, gerencia y contexto institucional

Este proceso se realizará cada dos meses.

El instrumento se divide en 2 partes y contiene un total de 31 criterios. La primera parte analiza los 10 criterios que la alta gerencia del hospital debe garantizar en su política institucional y administrativa, con el fin de favorecer el cumplimiento y adherencia a los protocolos. La segunda parte, de 21 criterios, se orienta a evaluar aspectos técnico-científicos, los relacionados con el talento humano que brinda atención en salud y las usuarias de los servicios (incluyendo familiares). Figura 3.

FIGURA 3. INSTRUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN.

		SERVICIO NACIONAL DE SALUD Autoevaluación de la Organización, Gerencia y del Contexto Institucional			
		En la columna titulada EVALUACIÓN Para cada criterio a evaluar, selecciones una de las tres opciones de cumplimiento (Cumple= 100 / Cumple Parcialmente= 50 / No Cumple = 0)			
Número	Criterios a evaluar (1-10)	EVALUACIÓN	EVIDENCIA	OBSERVACIONES	SEMAFORIZACIÓN
1. ORGANIZACIÓN Y GERENCIA					
1	El hospital cuenta con una política institucional que evidencia el compromiso de la Dirección con la atención integral de la población en general y en particular de las mujeres gestantes, mujeres en post parto y neonatos.				
2	Esta política se encuentra alineada con el plan estratégico institucional y se materializa a través de programas y proyectos orientados a garantizar los derechos de esta población y promover su atención con calidad y calidez desde los niveles asistencial y administrativo.				
3	El hospital tiene adoptados los Protocolos de Atención Materna y Neonatal vigentes.				

En este proceso, el equipo institucional establece si se CUMPLE, cuando el hospital cuenta con evidencia que demuestra el desarrollo o implementación de este criterio.

En caso de encontrar avances importantes hacia el cumplimiento del criterio pero no satisfactorios, el equipo de autoevaluación calificará como CUMPLE PARCIALMENTE y recopilará los soportes correspondientes

Cuando definitivamente se encuentra que el criterio evaluado no se ha desarrollado o implementado en ningún nivel en la institución y/o no se cuenta con los respectivos soportes, calificará como NO CUMPLE.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos para las categorías evaluadas: Organización, Gerencia y Contexto Institucional, el hospital obtendrá un puntaje total de cumplimiento que debe ser analizado por el equipo autoevaluador. Figura 4.

FIGURA 4. CALIFICACIÓN TOTAL INSTRUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN

CALIFICACIÓN TOTAL DEL INSTRUMENTO	
CUMPLE: 90% y más	El hospital cumple a satisfacción con la mayoría de los criterios evaluados y se tienen los soportes requeridos.
CUMPLE PARCIALMENTE: Entre 50% y 89%	El hospital requiere intensificar el mejoramiento de los aspectos institucionales, organizacionales y/o gerenciales deficientes identificados.
NO CUMPLE: menos del 50%	El hospital no cumple con la mayoría de criterios evaluados y requiere de manera urgente estructurar e implementar los aspectos institucionales, organizacionales y/o gerenciales identificados. Requiere asesoría técnica.

Momento 3: Evaluación de expedientes clínicos

Los instrumentos para la revisión de expedientes clínicos (figura 5), permiten analizar el cumplimiento por criterio o por expediente evaluado, semaforizando los resultados y facilitando que se visualicen las áreas que necesitan mayor apropiación. Figura 5.

FIGURA 5. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS.

		Servicio Nacional de Salud Instrumento de evaluación de la adherencia a la atención integral durante el embarazo																							
Proceso de atención: Atención integral a la embarazada. Estándar: Toda embarazada recibirá atención conforme a las Guías Clínicas de Atención a la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Indicador: Porcentaje de embarazadas que reciben atención integral durante el embarazo conforme a las guías clínicas.																									
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD																									
REGIÓN																									
FECHA DE LA EVALUACIÓN (DD-MM-AA)																									
PERÍODO EVALUADO																									
Registro de cumplimiento de criterios		S (Si cumple), N (No cumple), NA (No aplica)																							
Número de expediente evaluado																									
Se evidencia en el expediente clínico:		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	N	D	%	
1	Llenado de la Historia Clínica Perinatal Near Miss	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	20	20	100%
2	Clasificación del riesgo de la mujer gestante según formulario de la Organización Mundial de la Salud	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	20	20	100%
3	Referimiento al segundo o tercer nivel de atención según riesgo identificado	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	20	20	100%
Se registran e interpretan en el expediente clínico antecedentes familiares y personales relacionados con:																									
4	Tuberculosis	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	20	20	100%
5	Diabetes	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	20	20	100%

Para acceder a estos instrumentos, consulte los archivos: instrumentos revisión expedientes de obstetricia e instrumentos revisión de expedientes de neonatología

EQUIPO EVALUADOR DE LA REGIÓN DE SALUD

Se encargará de analizar los resultados obtenidos a partir de la aplicación de estos instrumentos y promoverá su inclusión en los planes de mejora institucional.

Momento 4: Mejora de la calidad

A partir de los resultados obtenidos por criterio, categoría y calificación total del instrumento, el equipo identificará las oportunidades de mejora y establecerá las estrategias requeridas para eliminar o reducir la diferencia identificada entre la situación deseada y la real. Para lograr este propósito, el hospital aplicará Ciclos de Mejora Continua (Ciclo PEVA) o Ciclo de Deming, con sus cuatro componentes:

Dentro del mejoramiento de la calidad, el hospital integrará en sus procesos de calidad la evaluación de la adherencia del equipo de salud a los protocolos de gineco obstetricia y neonatología normados en el país, a partir de la revisión de expedientes clínicos de:

- Mujeres atendidas en control prenatal y atención del parto.
- Mujeres con diagnóstico de trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragia posparto primaria, aborto espontáneo, embarazo ectópico, desprendimiento prematuro de placenta.
- Recién nacidos con diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal.

Se evaluarán cada dos meses 20 expedientes clínicos seleccionados de forma aleatoria, asegurando primero los casos fatales (Maternos: prenatal, atención del parto, preeclampsia severa y eclampsia, hemorragia posparto primaria. Neonatales: síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal) y 5 expedientes para el resto de patologías maternas (aborto, embarazo ectópico y desprendimiento prematuro de placenta).

7.6 Evaluación externa

Constituye un proceso analítico y de reflexión, realizado por un equipo de personas externo a la institución de salud, en el que se verifica el cumplimiento de los componentes objeto de evaluación. Se realizará cada cuatro meses.

A continuación se describen los aspectos claves del proceso:

Duración de la visita

Estrategias de abordaje

- Verificación de autoevaluación y plan de mejora institucional.
- Revisión de expedientes clínicos (utiliza los mismos instrumentos de la autoevaluación).
- Verificación de recursos, insumos y medicamentos.
- Observación directa.
- Entrevista al talento humano.
- Entrevista a usuarias y familiares.

Momentos de la evaluación externa

ACTIVIDADES PREVIAS A LA VISITA

- Revisión de indicadores de mortalidad materna y neonatal (casos, RMM, tasas, causas) de la institución que será visitada.
- Información de fecha y hora de la visita.
- Asegurar instrumentos de evaluación.

ACTIVIDADES DURANTE LA VISITA

- Socialización de objetivos y metodología.
- Aplicación de instrumentos.
- Informe de resultados (comparativo entre autoevaluación y evaluación externa).
- Análisis de oportunidades de mejora.
- Análisis de estrategias de mejora.

ACTIVIDADES POSTERIORES A LA VISITA

Seguimiento al plan de mejoramiento institucional:

- Monitoreo y evaluación cada cuatro meses.

Procedimientos

- Presentación del objetivo de la visita y de los participantes al equipo directivo y coordinadores de servicio
- Verificación de autoevaluación, evidencias y plan de mejoramiento institucional.
- Revisión de expedientes clínicos
- Observación directa en Consulta Externa (aplicación de instrumento)
- Observación directa en Sala de Partos y Adaptación Neonatal (aplicación de instrumento)
- Verificación de recursos humanos, insumos y medicamentos (aplicación de instrumento)

- ▶ Entrevista a personal de salud (aplicación de instrumento recursos humanos)
- ▶ Entrevista a usuarias (aplicación instrumento usuarias)
- ▶ Análisis de resultados de la visita, recomendaciones y compromisos

Tenga en cuenta que:

- ▶ La autoevaluación (evaluación interna) se realizará cada dos meses.
- ▶ La evaluación externa se realizará cada cuatro meses.

Roles del equipo evaluador

La presentación de los objetivos y metodología de la visita, así como la verificación de la autoevaluación, las evidencias y el plan de mejora, será realizada por todo el equipo evaluador.

El médico gineco obstetra seleccionará y evaluará cinco expedientes clínicos de cada patología del total de 20 ya revisados por la institución (maternos: prenatal, atención del parto, preeclampsia severa y eclampsia, hemorragia posparto primaria) y 2 para el resto de eventos. Los resultados obtenidos por el evaluador externo serán comparados con los hallazgos del hospital.

La discordancia en la evaluación del cumplimiento de protocolos de atención en ambos casos (externa e interna) no debe ser mayor al 5%.

El médico pediatra seleccionará y evaluará cinco expedientes clínicos de cada patología del total de 20 ya revisados por la institución (neonatales: síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal). Los resultados obtenidos por el evaluador externo serán comparados con los hallazgos del hospital. La discordancia en la evaluación del cumplimiento de protocolos de atención en ambos casos (externa e interna) no debe ser mayor al 5%.

El auditor o epidemiólogo aplicará los instrumentos de observación directa y verificación de recursos, insumos y medicamentos.

El pediatra y el auditor o epidemiólogo aplicará los instrumentos de entrevistas al talento humano y a usuarias.

Todo el equipo evaluador participará en el proceso de análisis de resultados, recomendaciones y compromisos, y elaborará el informe de la evaluación externa por cada hospital.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. **Agudelo Satizabal A, Forero Fernández H.** Diseño y validación de un instrumento evaluador de la calidad de la atención de un paciente trazador en un hospital universitario de alta complejidad. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2013.
2. **Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.** Indicadores de desempeño hospitalario: fichas técnicas para referenciación. Bogotá: ACHC; 2012.
3. **Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social.** Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia, en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia, Bogotá: MSPS; 2014.
4. **Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social; Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud.** III Informe final del proyecto: Diseño de instrumentos y metodología para la generación de una línea de base de la cobertura del componente comunitario de la estrategia AIEPI en Colombia. Bogotá: MSPS, 2010.
5. **Ecuador, Ministerio de Salud Pública.** Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud. Quito: MSP; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
6. **Ecuador, Ministerio de Salud Pública.** Plan nacional de socialización de normativas y guías de práctica clínica y del ciudadano. Quito: MSP; 2015.
7. **España, Ministerio de Sanidad y Política Social.** Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud: Manual Metodológico. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.
8. **Fescina R, De Mucio B, Ortiz EI, Jarquin D.** Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Montevideo: CLAP, 2012. Publicación científica CLAP/SMR N° 1594.
9. **Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM) Hospital Regional de Huehuetenango “Jorge Vides Molina”: Criterios explícitos a evaluar en procesos de atención del recién nacido, Guatemala. Guatemala: MSPAS; 2016.
10. **Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM) Hospital Regional de Huehuetenango “Jorge Vides Molina”: Listas de chequeo a aplicar en procesos de atención materna. Guatemala: MSPAS; 2016.

11. **Gutiérrez G, González M, Reyes H.** Desafíos en la implantación de guías de práctica clínica en instituciones públicas de México: estudio de casos múltiple. *Salud Pública Mex.* 2015; 57:547-554.
12. **Hospital Pablo VI Bosa I Nivel, E.S.E.** Programa de reconocimientos y estímulos a la mejora institucional. Eje II: logros seguridad del paciente y gestión de riesgos clínicos. Bogotá, D.C: Hospital Pablo VI; 2015.
13. **Instituto de Programas Interdisciplinarios en Atención Primaria en Salud; Universidad Industrial de Santander, PROINAPSA-UIS.** Instituciones amigas de la mujer y la infancia en el marco de derechos. Manual para su aplicación, Colombia: UNICEF; 2005.
14. **Instituto Nacional de Salud.** Observatorio de Mortalidad Materna en República Dominicana: situación actual entidades de salud. Santo Domingo, D.N.: INSALUD; 2014.
15. **Joint Commission International.** Accreditation Standards for Primary Care Centers. Oakbrook Terrace, Illinois: JCI; 2008.
16. **Nicaragua, Ministerio de Salud.** Estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención en salud: Planificación familiar, salud materna, salud neonatal y de la niñez, VIH/SIDA y uso correcto de las soluciones antisépticas e higiene de manos, Managua: USAID; 2009.
17. **Razeghi G.** Aparicio E. Cuaderno de trabajo. Guía de mejoramiento continuo de la calidad. San Salvador: MSPAS-USAID; 2009.
18. **República Dominicana, Ministerio de Salud Pública.** Guías clínicas para la atención de la mujer durante el embarazo, parto inminente y puerperio en el primer nivel de atención. Santo Domingo: MSP; 2011.
19. **República Dominicana, Ministerio de Salud Pública.** Protocolos de atención para obstetricia y ginecología. Santo Domingo: MSP; 2016.
20. **República Dominicana, Ministerio de Salud Pública.** Protocolos de atención para pediatría, Santo Domingo: MSP; 2016.
21. **República Dominicana, Ministerio de Salud Pública.** Reglamento técnico de atención a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio. Santo Domingo: MSP; 2014.
22. **Sánchez Díaz N, Duarte A.** Plan de implementación de dos guías de práctica clínica (GPC) contenidas en las guías de atención integral (GAI) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. Bogotá: [s.n.]; 2012.

ANEXOS



ANEXO I

Instructivo para la autoevaluación de la alta gerencia en la política institucional, administrativa y de los aspectos técnico- científicos del talento humano

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

SANTO DOMINGO
REPÚBLICA DOMINICANA
2018

INTRODUCCIÓN

La salud materna y de los recién nacidos son una prioridad en la República Dominicana, como garantía de los derechos de toda la ciudadanía y en especial de las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad e inequidad.

El Servicio Nacional de Salud y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, definieron en conjunto el desarrollo de la iniciativa “Guía Metodológica para la Evaluación de la Adherencia a los Protocolos de Atención Obstétrica y Neonatal en Establecimientos de Salud de la Red de Hospitales Públicos de la República Dominicana”, dirigida a identificar el grado de adopción de estos protocolos, analizar las condiciones organizacionales, institucionales y de prestación de servicios en que se da su implementación y contribuir en la identificación de oportunidades de mejora en la atención a mujeres en estado grávido-puerperal y recién nacidos de todo el país.

La iniciativa parte de que el Ministerio de Salud Pública, como ente rector, estableció los protocolos de atención para diversos eventos clínicos que son de obligatorio cumplimiento, dentro de los cuales se encuentran seis protocolos para la atención de mujeres en estado grávido-puerperal (prevención y manejo de la hemorragia posparto primaria, embarazo ectópico, aborto espontáneo, parto normal, desprendimiento prematuro de placenta e hipertensión del embarazo) y dos protocolos para la atención del recién nacido (síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal).

El presente instructivo describe la forma de llenar el instrumento de autoevaluación de la alta gerencia en la política institucional, administrativa y de los aspectos técnico-científicos del talento humano, con el fin de que quienes participen del proceso registren la información en forma completa, válida, confiable y estandarizada, y de esta manera preparar a todo el personal del hospital para la evaluación externa.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN EL LLENADO DE LOS INSTRUMENTOS DE AUTOEVALUACIÓN DE LA ALTA GERENCIA EN LA POLÍTICA INSTITUCIONAL, ADMINISTRATIVA Y DE LOS ASPECTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS DEL TALENTO HUMANO

La autoevaluación es un proceso interno que promueve la participación y la colaboración entre colectivos de mejora, en función de los análisis realizados y los resultados obtenidos. En el marco del proceso de evaluación de la implementación de los protocolos de atención materna y neonatal, la autoevaluación se realizará cada dos meses, analizando los aspectos a fortalecer y aquellos que se deben implementar en relación con la planeación, regulación y ejecución de procesos y procedimientos para el mejoramiento de la calidad de la atención de mujeres gestantes, parto y puerperio, así como del recién nacido.

El instrumento se divide en 2 partes y contiene un total de 31 criterios. La primera parte (10 criterios) analiza los criterios que la alta gerencia del hospital debe garantizar en su política institucional y administrativa con el fin de favorecer el cumplimiento y adherencia a los protocolos de atención materna neonatal. La segunda parte (21 criterios) se orienta a evaluar aspectos técnico-científicos relacionados con el talento humano que brinda atención en salud y a las usuarias de los servicios.

Es importante tener en cuenta que la calidad de la atención va más allá del cumplimiento de los protocolos, los cuales son solo herramientas que facilitan salvar vidas, por lo tanto no se debe ahorrar esfuerzos en mejorar y fortalecer día a día la atención de las usuarias y sus familiares, consolidando al hospital como institución cálida y humanizada.

La autoevaluación debe ser aplicada por personal del mismo hospital, con delegados de la alta gerencia, de la parte administrativa y de la asistencial, preferiblemente con capacidad en la toma de decisiones o con posibilidad de ejercer abogacía ante diferentes escenarios de decisión. La autoevaluación se debe realizar cada dos meses.

El equipo de autoevaluación sugerirá en los espacios de toma de decisión, los aspectos a mejorar y fortalecer, teniendo en cuenta que posterior al proceso de autoevaluación, el Servicio Nacional de Salud, a través de las regiones sanitarias, realizará una evaluación externa que incluye la verificación de los resultados de la autoevaluación y de las evidencias reportadas.

El instrumento cuenta con un encabezamiento en el que se identifican (Figura 1):

FIGURA 1. ENCABEZAMIENTO

		INSTRUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL Evaluación de la Organización y Gerencia, y del Contexto Institucional SERVICIO NACIONAL DE SALUD			
		EVALUACIÓN Manualmente o en Excel, seleccione el nivel de cumplimiento de cada criterio (Cumple= 100 / Cumple Parcialmente= 50 / No Cumple = 0)			
Número	Criterios a evaluar (1-10)	EVALUACIÓN	EVIDENCIA	OBSERVACIONES	SEMAFORIZACIÓN

1. LOGO DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

2. EL TÍTULO DEL INSTRUMENTO

3. NÚMERO

Se asigna a cada criterio a evaluar.

4. CRITERIO A EVALUAR

Describe de manera clara el elemento de autoevaluación.

5. EVALUACIÓN (Cumple/Cumplimiento Parcial/No Cumple).

Es la selección cualitativa del cumplimiento del criterio evaluado. Se debe seleccionar una de las tres opciones: Cumple, Cumple parcialmente, No cumple.

- ▶ El equipo autoevaluador establece si Cumple con el criterio evaluado y si existen los soportes requeridos.
- ▶ En caso de encontrar avances importantes hacia el cumplimiento del criterio pero no satisfactorios, el equipo de autoevaluación calificará como **Cumplimiento Parcial.**
- ▶ Cuando definitivamente se encuentra que el criterio evaluado no presenta avances significativos y/o no se cuenta con los respectivos soportes calificará como **No Cumple.**

6. EVIDENCIA

Con el fin de favorecer objetividad en el equipo, cada criterio evaluado debe contar con los soportes que verifican el cumplimiento del criterio, los cuales serán requeridos para revisión.

7. OBSERVACIONES

Consignará aquellos aspectos a tener en cuenta y que considere pertinentes y/o urgentes implementar, como forma de mejoramiento en la calidad de la atención. Si son aspectos a desarrollar o mejorar debe aparecer la acción, el responsable y la fecha para su cumplimiento.

8. SEMAFORIZACIÓN

Refleja numéricamente, de forma automática y por colores del semáforo, lo que seleccionó previamente en la columna titulada EVALUACIÓN, de acuerdo al grado de cumplimiento. Notará el color verde si Cumple, amarillo si Cumple Parcialmente y rojo si No Cumple, con el fin de facilitar visualmente una lectura rápida del instrumento y del resultado de la autoevaluación para cada uno de los criterios.

9. CALIFICACIÓN TOTAL DEL INSTRUMENTO

Aparece en forma automática en el instrumento en Excel, no requiere llenado por parte del evaluador. La calificación obtenida, corresponde al promedio de cumplimiento de los aspectos evaluados de la ORGANIZACIÓN Y GERENCIA así como del CONTEXTO INSTITUCIONAL (Figura 2).

Se ha codificado para que visualmente aparezca al totalizar las columnas:

- **VERDE: CUMPLE (90% y más)**
El hospital cumple a satisfacción con la mayoría de los criterios evaluados y se tienen los soportes requeridos.
- **AMARILLO: CUMPLIMIENTO PARCIAL (entre 50% y 89%)**
El hospital requiere intensificar el mejoramiento de los aspectos institucionales, organizacionales y/o gerenciales deficientes identificados.
- **ROJO: NO CUMPLE (menos del 50%)**
El hospital no cumple con la mayoría de criterios evaluados y requiere de manera urgente estructurar e implementar los aspectos institucionales, organizacionales y/o gerenciales identificados. Requiere asesoría técnica.

FIGURA 2. CALIFICACIÓN

CALIFICACIÓN TOTAL DEL INSTRUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN		CUMPLE PARCIALMENTE			50.00%
CUMPLE: 90% y más		El hospital cumple a satisfacción con la mayoría de los criterios evaluados y se tienen los soportes requeridos.			
CUMPLE PARCIALMENTE: Entre 50% y 89%		El hospital requiere intensificar el mejoramiento de los aspectos institucionales, organizacionales y/o gerenciales deficientes identificados.			
NO CUMPLE: menos del 50%		El hospital no cumple con la mayoría de criterios evaluados y requiere de manera urgente estructurar e implementar los aspectos institucionales, organizacionales y/o gerenciales identificados. Requiere asesoría técnica.			

ANEXO II

Instructivo para la evaluación
externa de la alta gerencia en la
política institucional, administrativa
y de los aspectos técnico-
científicos del talento humano

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

SANTO DOMINGO
REPÚBLICA DOMINICANA
2018

INTRODUCCIÓN

La salud materna y de los recién nacidos son una prioridad en la República Dominicana, como garantía de los derechos de toda la ciudadanía y en especial de las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad e inequidad.

El Servicio Nacional de Salud (SNS) y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), definieron en conjunto el desarrollo de la iniciativa “Guía Metodológica para la Evaluación de la Adherencia a los Protocolos de Atención Obstétrica y Neonatal en Establecimientos de Salud de la Red de Hospitales Públicos de la República Dominicana”, dirigida a identificar el grado de adopción de estos protocolos, analizar las condiciones organizacionales, institucionales y de prestación de servicios en las que se da su implementación y contribuir en la identificación de oportunidades de mejora en la atención a mujeres en estado grávido-puerperal y recién nacidos de todo el país.

La iniciativa parte de que el Ministerio de Salud Pública, en su rol rector, estableció los protocolos de atención para diversos eventos clínicos que son de obligatorio cumplimiento, dentro de los cuales se encuentran seis protocolos para la atención de mujeres en estado grávido-puerperal (prevención y manejo de la hemorragia posparto primaria, embarazo ectópico, aborto espontáneo, parto normal, desprendimiento prematuro de placenta e hipertensión del embarazo) y dos protocolos para la atención del recién nacido (síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal).

El presente instructivo describe la forma de llenar los instrumentos de evaluación externa del cumplimiento de protocolos de atención materna y neonatal, pero también los que evalúan a la alta gerencia en la política institucional, administrativa y de los aspectos técnico-científicos del talento humano, con el fin de que quienes participen en este proceso registren la información en forma completa, válida, confiable y estandarizada. La evaluación externa se debe realizar cada cuatro meses.

Es importante tener en cuenta que la calidad de la atención va más allá del cumplimiento de los protocolos, los cuales son solo herramientas que facilitan salvar vidas, y por lo tanto no se deben ahorrar esfuerzos en mejorar y fortalecer día a día la atención de las usuarias y sus familias, consolidando el hospital como institución cálida y humanizada.

La evaluación externa será realizada por el Servicio Nacional de Salud a través de las regiones de salud, en cumplimiento de sus deberes y obligaciones, para lo cual se han establecido los siguientes instrumentos:

- ▶ Instrumento de verificación de la autoevaluación para el mejoramiento de la calidad en la atención materna y neonatal
- ▶ Instrumentos de evaluación de la adherencia a los protocolos
- ▶ Instrumento de entrevista a usuarias y familiares
- ▶ Instrumento de recurso humano
- ▶ Instrumento para verificación de recursos, insumos y medicamentos
- ▶ Instrumento de observación directa

En el presente instructivo se encontrará una descripción de cada uno de los mencionados instrumentos.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN EXTERNA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL

La evaluación externa será realizada cada cuatro meses por un equipo que no pertenece a la institución evaluada y estará a cargo de la coordinación materna infantil y de gestión de calidad del Servicio Nacional de Salud a través de las regiones de salud. Una vez familiarizados con la metodología de evaluación externa, con autorización del SNS, se podrán realizar evaluaciones cruzadas, en donde el personal de una institución acude a evaluar otra institución de salud. El equipo de evaluación externa verificará los resultados de la autoevaluación y de las evidencias reportadas.

EVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN, GERENCIA Y DEL CONTEXTO INSTITUCIONAL

El instrumento, al igual que en la autoevaluación, se divide en 2 partes y contiene un total de 31 criterios. La primera parte (10 criterios), analiza los que la alta gerencia del hospital debe garantizar en su política institucional y administrativa con el fin de favorecer el cumplimiento y adherencia a los protocolos de atención materna neonatal. La segunda parte (21 criterios) se orienta a evaluar aspectos técnico-científicos relacionados con el talento humano que brinda atención en salud y a las usuarias de los servicios.

El instrumento cuenta con un encabezamiento en el que se identifica (Figura 1):

		SERVICIO NACIONAL DE SALUD Evaluación Externa de la Organización, Gerencia y del Contexto Institucional			
		En la columna titulada EVALUACIÓN Para cada criterio a evaluar, selecciones una de las tres opciones de cumplimiento (Cumple= 100 / Cumple Parcialmente= 50 / No Cumple = 0)			
Número	Criterios a evaluar (1-10)	EVALUACIÓN	EVIDENCIA	OBSERVACIONES	SEMAFORIZACIÓN

1. LOGO DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

2. EL TÍTULO DEL INSTRUMENTO

3. NÚMERO

Se asigna a cada criterio a evaluar.

4. CRITERIO A EVALUAR

Describe de manera clara el elemento de autoevaluación.

5. EVALUACIÓN (Cumple/Cumplimiento Parcial/No Cumple).

Es la selección cualitativa del cumplimiento del criterio evaluado. Se debe seleccionar una de las tres opciones: Cumple, Cumple Parcialmente, No Cumple.

El equipo autoevaluador establece si Cumple con el criterio evaluado y si existen los soportes requeridos.

En caso de encontrar avances importantes hacia el cumplimiento del criterio pero no satisfactorios, el equipo de autoevaluación calificará como Cumplimiento Parcial.

Cuando definitivamente se encuentra que el criterio evaluado no presenta avances significativos y/o no se cuenta con los respectivos soportes calificará como No Cumple.

6. EVIDENCIA

Con el fin de favorecer objetividad en el equipo, cada criterio evaluado debe contar con los soportes que verifican el cumplimiento del criterio, los cuales serán requeridos para revisión.

7. OBSERVACIONES

Consignará aquellos aspectos a tener en cuenta y que considere pertinentes y/o urgentes implementar como forma de mejoramiento en la calidad de la atención. Si son aspectos a desarrollar o mejorar debe aparecer la acción, el responsable y la fecha para su cumplimiento.

8. SEMAFORIZACIÓN.

Refleja numéricamente, de forma automática y por colores del semáforo, lo que seleccionó previamente en la columna titulada EVALUACIÓN, de acuerdo al grado de cumplimiento. Notará el color verde si Cumple, amarillo si Cumple Parcialmente y rojo si No Cumple, con el fin de facilitar visualmente una lectura rápida del instrumento y del resultado de la autoevaluación para cada uno de los criterios.

9. CALIFICACIÓN TOTAL DEL INSTRUMENTO

Aparece en forma automática en el instrumento en Excel, no requiere llenado por parte del evaluador. La calificación obtenida, corresponde al promedio de cumplimiento de los aspectos evaluados de la ORGANIZACIÓN Y GERENCIA, así como del CONTEXTO INSTITUCIONAL (Figura 2).

Se ha codificado para que visualmente aparezca al totalizar las columnas:

- VERDE: CUMPLE (90% y más)**
 El hospital cumple a satisfacción con la mayoría de los criterios evaluados y se tienen los soportes requeridos.
- AMARILLO: CUMPLIMIENTO PARCIAL (entre 50% y 89%)**
 El hospital requiere intensificar el mejoramiento de los aspectos institucionales, organizacionales y/o gerenciales deficientes identificados.
- ROJO: NO CUMPLE (menos del 50%)**
 El hospital no cumple con la mayoría de criterios evaluados y requiere de manera urgente estructurar e implementar los aspectos institucionales, organizacionales y/o gerenciales identificados. Requiere asesoría técnica.

FIGURA 2. CALIFICACIÓN

CALIFICACIÓN TOTAL DEL INSTRUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN	CUMPLE PARCIALMENTE			50.00%
CUMPLE: 90% y más	El hospital cumple a satisfacción con la mayoría de los criterios evaluados y se tienen los soportes requeridos.			
CUMPLE PARCIALMENTE: Entre 50% y 89%	El hospital requiere intensificar el mejoramiento de los aspectos institucionales, organizacionales y/o gerenciales deficientes identificados.			
NO CUMPLE: menos del 50%	El hospital no cumple con la mayoría de criterios evaluados y requiere de manera urgente estructurar e implementar los aspectos institucionales, organizacionales y/o gerenciales identificados. Requiere asesoría técnica.			

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS

El hospital realiza cada dos meses una autoevaluación de la adherencia a los siguientes protocolos de atención materna y neonatal:

- Protocolo de atención a la mujer durante el embarazo
- Protocolo de atención durante el parto normal
- Protocolo para la prevención y el manejo de la hemorragia posparto primaria
- Protocolo de atención del embarazo ectópico
- Protocolo de atención de manejo del aborto espontáneo
- Protocolo de atención de diagnóstico y manejo del desprendimiento prematuro de placenta
- Protocolo de atención para la prevención y tratamiento de la hipertensión del embarazo
- Protocolo de atención al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria
- Protocolo de atención para el tratamiento de la sepsis neonatal

Los criterios a evaluar en el cumplimiento de estos protocolos de atención son de dos tipos:

- De competencias técnicas: ayudan a identificar brechas en los conocimientos, habilidades y destrezas del personal de salud que entrega directamente la atención.
- De insumos, medicamentos y equipos: el personal de salud no puede cumplir con lo establecido en el criterio originado en el reglamento, guía o protocolo, si por falla administrativa o gerencial este no está disponible en él para asegurar la calidad de atención.

Los instrumentos de evaluación externa de los expedientes clínicos son exactamente los mismos utilizados en la autoevaluación y se muestran en Excel en el CD anexo.

Evaluación externa: el equipo designado revisará cada cuatro meses las autoevaluaciones realizadas en el período correspondiente. De las patologías en que se revisan 20 expedientes clínicos durante la autoevaluación (maternos: de control prenatal, atención del parto, preeclampsia severa y eclampsia, hemorragia posparto primaria, y otros), y (neonatales: síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal), seleccionará aleatoriamente 5 expedientes clínicos de atención materna y 5 expedientes clínicos de atención neonatal por patología. De las patologías en que se revisan 5 expedientes clínicos (aborto, embarazo ectópico, desprendimiento prematuro de placenta), seleccionará dos expedientes clínicos por patología.

El especialista gineco obstetra externo revisará los expedientes clínicos de obstetricia y el especialista en pediatría revisará los expedientes de neonatología.

La discordancia en la evaluación del cumplimiento de protocolos de atención en ambos casos (autoevaluación y evaluación externa), no debe ser mayor al 5%.

INSTRUMENTO PARA VERIFICACIÓN DE RECURSOS, INSUMOS Y MEDICAMENTOS

Durante la evaluación externa se verifica con el área administrativa si se tienen habilitados servicios de Consulta externa, Urgencias, Hospitalización y Servicios de apoyo.

Por otra parte, con la dependencia responsable de Recursos Humanos y con participación en la Coordinación de Ginecoobstetricia, Coordinación de Neonatología y la Coordinación de Enfermería o quienes estén asumiendo ese rol, se verifica por tipo de recurso humano el número vinculado al hospital, proporcionando servicio en planificación familiar, control prenatal, vacunación, hospitalización, trabajo de parto, parto y urgencias.

Con el apoyo de personal de farmacia y de salas de trabajo de parto y partos, se identifica la disponibilidad y cantidad de insumos y medicamentos requeridos para el cumplimiento de los distintos protocolos de atención materna y neonatal. En la columna de observaciones se consigna información adicional a tener en cuenta.

INSTRUMENTO DE ENTREVISTA A USUARIAS Y FAMILIARES

En la evaluación externa se solicitará a cinco (5) usuarias en control prenatal, a cinco (5) usuarias en posparto inmediato y a cinco (5) familiares de recién nacidos hospitalizados, participar en el proceso de evaluación del hospital, para lo cual se debe obtener consentimiento informado debidamente llenado.

Para el caso de las usuarias en control prenatal, es necesario tener en cuenta que deben haber asistido a por lo menos tres (3) controles prenatales para poder tener una valoración adecuada de la percepción de la calidad del control prenatal y de la información y educación que se le brinda durante las atenciones.

La entrevista se debe hacer preferiblemente al terminar la consulta prenatal a la que se encuentra asistiendo o cuando haya egresado de recuperación (parto por cesárea o parto vaginal) y se encuentre en piso, según sea el caso.

Se debe tener en cuenta que la pregunta 14 “¿Le suministraron aspirina y calcio?”, solo aplica para mujeres en riesgo de preeclamsia, y la pregunta 18 “¿Conoce a qué institución debe asistir para la atención del parto?” solo aplica para mujeres gestantes en la semana 34 o más.

Se debe observar que los criterios de calificación varían entre las preguntas y pueden ser de cuatro tipos de respuesta:

Demorados (0), Regular (1) o Rápidos (2)

Poco clara (0), Regularmente clara (1) o Muy clara (2)

Mala (0), Regular (1) o Buena (2)

No (0) o Si (1)

La calificación por cada entrevista aparece en forma automática en el instrumento en Excel, no requiere llenado por parte del evaluador y corresponde al promedio del total del puntaje obtenido.

Se ha codificado para que visualmente aparezca:

- **VERDE: CUMPLE (90% y más)**

Las usuarias del hospital se encuentran en general satisfechas con la calidad de atención recibida.

- **AMARILLO: CUMPLIMIENTO PARCIAL (entre 50% y 89%)**

Las usuarias del hospital se encuentran en alguna medida insatisfechas por la calidad de atención recibida.

- **ROJO: NO CUMPLE (menos del 50%)**

Las usuarias del hospital se encuentran en general insatisfechas con la calidad de atención recibida.

INSTRUMENTO DE RECURSO HUMANO

En la evaluación externa se solicitará a cinco (5) integrantes del PERSONAL ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL DIFERENTE AL PERSONAL MÉDICO y a cinco (5) integrantes del PERSONAL MÉDICO, participar en el proceso de evaluación del hospital, para lo cual se debe obtener consentimiento informado debidamente llenado.

Se debe observar que los criterios de calificación para cada pregunta son No (0) o Si (1).

La calificación por cada entrevista aparece en forma automática en el instrumento en Excel, no requiere llenado por parte del evaluador y corresponde al promedio del total del puntaje obtenido.

Se ha codificado para que visualmente aparezca:

- **VERDE: CUMPLE (90% y más)**
El recurso humano del hospital, tanto administrativo como asistencial, conoce y aplica aspectos claves de la atención materna y neonatal.
- **AMARILLO: CUMPLIMIENTO PARCIAL (entre 50% y 89%)**
El recurso humano del hospital, tanto administrativo como asistencial, no conoce o no aplica algunos aspectos claves de la atención materna y neonatal.
- **ROJO: NO CUMPLE (menos del 50%)**
El recurso humano del hospital, tanto administrativo como asistencial, desconoce aspectos claves de la atención materna y neonatal.

INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DIRECTA

En la evaluación externa, mediante observación directa, se evalúa la calidad de la atención de cinco (5) controles prenatales, cinco (5) atenciones de parto vaginal y de cinco (5) bebés al momento del nacimiento. El personal de salud del hospital que se encuentre brindando la atención, debe continuar haciéndolo como si no hubiese observador externo.

Se debe observar que los criterios de calificación para cada pregunta son No (0) o Si (1).

La calificación por cada entrevista aparece en forma automática en el instrumento en Excel, no requiere llenado por parte del evaluador y corresponde al promedio del total del puntaje obtenido.

Se ha codificado para que visualmente aparezca:

- **VERDE: CUMPLE (90% y más)**
En el hospital se cumple a satisfacción con la mayoría de los criterios evaluados.
- **AMARILLO: CUMPLIMIENTO PARCIAL (entre 50% y 89%)**
En el hospital se cumple con algunos de los criterios evaluados.
- **ROJO: NO CUMPLE (menos del 50%)**
En el hospital los criterios evaluados no se cumplen en su mayoría en forma satisfactoria.

ANEXO III

Instructivo para el llenado de los instrumentos de evaluación de expedientes clínicos

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

SANTO DOMINGO
REPÚBLICA DOMINICANA
2018

INTRODUCCIÓN

La salud materna y de los recién nacidos son una prioridad en la República Dominicana, como garantía de los derechos de toda la ciudadanía y, en especial, de las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad e inequidad.

El Servicio Nacional de Salud y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, definieron en conjunto el desarrollo de la iniciativa “Guía Metodológica para la Evaluación de la Adherencia a los Protocolos de Atención Obstétrica y Neonatal en Establecimientos de Salud de la Red de Hospitales Públicos de la República Dominicana”, dirigida a identificar el grado de adopción de estos protocolos, analizar las condiciones organizacionales, institucionales y de prestación de servicios en que se da su implementación y contribuir en la identificación de oportunidades de mejora en la atención a mujeres gestantes, parto y puerperio, así como de recién nacidos de todo el país.

La iniciativa parte de que el Ministerio de Salud Pública, como ente rector, estableció los protocolos de atención para diversos eventos clínicos que son de obligatorio cumplimiento, dentro de los cuales se encuentran seis protocolos para la atención de mujeres en estado grávido-puerperal (prevención y manejo de la hemorragia posparto primaria, embarazo ectópico, aborto espontáneo, parto normal, desprendimiento prematuro de placenta e hipertensión del embarazo) y dos protocolos para la atención del recién nacido (síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal).

Asegúrese de haber leído y comprendido las características y procedimientos a seguir descritos en la Guía Metodológica para la Evaluación de la Adherencia a los Protocolos de Atención Obstétrica y Neonatal en Establecimientos de Salud de la Red de Hospitales Públicos de la República Dominicana, antes de aplicar los instrumentos.

Metodología para la evaluación de expedientes clínicos

Autoevaluación: el equipo designado para la autoevaluación revisará cada dos meses 20 expedientes clínicos maternos (control prenatal, atención del parto, preeclampsia severa y eclampsia, hemorragia posparto primaria, y otros); y 20 expedientes neonatales (síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal). Si la cantidad de casos en los dos meses eva-

luidos fuera abundante para ese proceso o patología en particular, entonces seleccionar 20 de forma aleatoria, asegurando primero los casos fatales. Si los casos fuesen 20 o menos, asegurar que todos sean evaluados.

Utilizar la misma metodología para evaluar los expedientes clínicos de las patologías en que se requieren solo 5 expedientes clínicos (aborto, embarazo ectópico, desprendimiento prematuro de placenta).

Evaluación externa: el equipo designado revisará cada cuatro meses las autoevaluaciones realizadas en el período correspondiente. De las patologías en que se revisan 20 expedientes clínicos durante la autoevaluación, seleccionará aleatoriamente 5 expedientes clínicos de atención materna y 5 expedientes clínicos de atención neonatal por patología. De las patologías en que se revisan 5 expedientes clínicos, seleccionará dos expedientes clínicos por patología.

La discordancia en la evaluación del cumplimiento de protocolos de atención en ambos casos (autoevaluación y evaluación externa) no debe ser mayor al 5%.

Los instructivos para la autoevaluación/evaluación externa de los expedientes clínicos maternos y neonatales se muestran en el Anexo 3.1 También están disponibles en archivo Excel en el CD anexo.

El siguiente cuadro, resume las características básicas de la autoevaluación y de la evaluación externa:

	Autoevaluación	Evaluación Externa
Frecuencia	Cada 2 meses	Cada 4 meses
Equipo evaluador	Interno	Externo
Cantidad a evaluar: <ul style="list-style-type: none"> • Maternos: prenatal, atención del parto, preeclampsia severa y eclampsia, hemorragia posparto primaria. • Neonatales: síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal. 	20 expedientes clínicos de cada patología, seleccionados aleatoriamente	5 expedientes clínicos, seleccionados aleatoriamente de los 20 de la autoevaluación
Cantidad a evaluar para el resto de patologías maternas: aborto, embarazo ectópico, desprendimiento prematuro de placenta.	5 expedientes clínicos	2 expedientes clínicos, seleccionados aleatoriamente de los 5 de la autoevaluación

Región III: Duarte, Hermanas Mirabal, María Trinidad Sánchez y Samaná.

Región IV: Bahoruco, Barahona, Independencia y Pedernales.

Región V: El Seibo, Hato Mayor, La Altagracia, La Romana y San Pedro de Macorís.

Región VI: Azua, Elías Piña y San Juan.

Región VII: Dajabón, Montecristi, Santiago Rodríguez y Valverde.

Región VIII: La Vega, Monseñor Nouel y Sánchez Ramírez.

6. FECHA DE EVALUACIÓN, EN EL ORDEN DÍA, MES Y AÑO.

Ejemplo: 01-04-2018, para el primero de abril del año 2018.

7. PERÍODO EVALUADO

En la autoevaluación, colocar el bimestre evaluado; en la evaluación externa, colocar el cuatrimestre evaluado.

8. REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS

Nos recuerda cómo se debe registrar el cumplimiento de criterios: S (Sí cumple); N (No cumple); NA (No aplica). NA se llena cuando el criterio evaluado no corresponde al nivel de complejidad de la institución evaluada. Ejemplo: unidad de cuidados intensivos en un hospital municipal o provincial.

9. EL NÚMERO DEL EXPEDIENTE EVALUADO

Se debe ingresar el número de expediente clínico, el que generalmente corresponde al documento de identidad de la paciente. En el archivo Excel, al colocar los números del expediente, notará que estos automáticamente adoptan posición diagonal, en 45 grados.

Se puede observar las filas, cuya cantidad es variable en dependencia del protocolo evaluado. También se observan veinte columnas; cada columna es para evaluar un expediente clínico:

Se evidencia en el expediente clínico:		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	N	D	%
1	Llenado de la Historia Clínica Perinatal Near Miss																					0	0	####
2	Clasificación del riesgo de la mujer gestante según Formulario de la Organización Mundial de la Salud																					0	0	####
3	Referimiento al segundo o tercer nivel de atención según riesgo identificado																					0	0	####

En la primera columna aparece la secuencia numérica de los criterios explícitos a evaluar por cada protocolo.

Las filas con fondo azul y letras blancas separan por grupos los criterios evaluados con el fin de facilitar su aplicación en secuencia.

ASPECTOS ESPECÍFICOS A TENER EN CUENTA POR PROTOCOLO

Instrumento de evaluación de la adherencia a la atención integral durante el embarazo.

La Historia Clínica Perinatal Near Miss facilita el registro de la información clínica, favorece el cumplimiento de los protocolos de atención, contribuye a asegurar el cumplimiento de los derechos humanos, brinda alertas para la toma de decisiones diagnósticas, de tratamiento y/o referencia, permite la continuidad de atención, la gerencia de los servicios de salud, la vigilancia epidemiológica y la investigación; se utiliza para caracterizar eventos e identificar causas asociadas a los mismos, reconociendo patologías que comprometen de manera importante la salud materna mediante la evaluación del riesgo, usada exitosamente como nuevos eventos centinelas para la vigilancia de la calidad de atención en salud, así como de las circunstancias asociadas a estos casos. En el anexo 3.1 se encuentra el formulario oficial de la Historia Clínica Perinatal Near Miss de la República Dominicana, fundamental para brindar la atención obstétrica apropiada.

La Clasificación del riesgo de la mujer gestante según formulario de la Organización Mundial de la Salud, permite identificar el riesgo obstétrico y la necesidad del referimiento a un nivel de mayor complejidad. En el anexo 3.2 se encuentra el formulario mencionado.

Se debe verificar si se consignó en el expediente clínico la clasificación del riesgo, así como la indicación y gestión realizada para el referimiento si este fue necesario.

Se evidencia en el expediente clínico:		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	N	D	%
1	Llenado de la Historia Clínica Perinatal Near Miss																					0	0	####
2	Clasificación del riesgo de la mujer gestante según Formulario de la Organización Mundial de la Salud																					0	0	####
3	Referimiento al segundo o tercer nivel de atención según riesgo identificado																					0	0	####

En el expediente clínico se debe tanto registrar cómo interpretar por parte del médico tratante cada uno de los antecedentes establecidos en el protocolo, ya que son considerados de gran importancia, tanto en el pronóstico materno como neonatal.

Se registran e interpretan en el expediente clínico antecedentes familiares y personales relacionados con:														
4	Tuberculosis											0	0	####
5	Diabetes											0	0	####
6	Hipertensión											0	0	####
7	Pre-eclampsia/Eclampsia											0	0	####
8	Cirugía genito-urinaria											0	0	####
9	Infertilidad											0	0	####
10	Cardiopatía											0	0	####
11	Nefropatía											0	0	####
12	Violencia											0	0	####
13	VIH positivo											0	0	####
Se registran e interpretan en el expediente clínico antecedentes obstétricos relacionados con:														
14	Gestaciones previas											0	0	####
15	Abortos											0	0	####
16	Partos vaginales											0	0	####
17	Cesáreas											0	0	####
18	Nacidos vivos											0	0	####
19	Nacidos muertos											0	0	####
20	Recién nacido con peso menor a 2500 g o mayor de 4000 g											0	0	####
21	Embarazos gemelares											0	0	####
22	Fin del embarazo anterior											0	0	####
23	Planeación del embarazo											0	0	####
24	Fracaso de método anticonceptivo											0	0	####

Es importante señalar que en el expediente clínico se deben consignar todos los hallazgos, positivos o negativos, “normales” o “anormales”, sin riesgo o de riesgo.

La detección de los eventos a evaluar parte de un soporte de laboratorio clínico que lo respalde y que debe encontrarse en el expediente clínico como forma de verificación. Es importante tener en cuenta que los resultados de laboratorio deben interpretarse registrando los hallazgos en el expediente clínico, en el cual la HCP Near Miss es fundamental.

Se registra e interpreta en el expediente clínico la siguiente información relacionada con la gestación actual:														
25	Peso anterior o al inicio del embarazo											0	0	####
26	Talla											0	0	####
27	Fecha de última menstruación											0	0	####
28	Fecha probable de parto											0	0	####
29	Consumo de cigarrillo, alcohol o drogas											0	0	####
30	Violencia											0	0	####
31	Vacunación (tétanos/difteria, tdap, influenza, rubeola, hepatitis B, A)											0	0	####
Se evidencia en el expediente clínico detección, diagnóstico y tratamiento para:														
32	Cáncer de cuello uterino											0	0	####
33	Incompatibilidad RH											0	0	####
34	Toxoplasmosis											0	0	####
35	Anemia											0	0	####
36	Bacteriuria/infección urinaria											0	0	####
37	Diabetes gestacional											0	0	####
38	Estreptococo B (35 a 37 semanas de gestación)											0	0	####
39	VIH											0	0	####
40	Sífilis											0	0	####
41	Hepatitis B o C											0	0	####
Se registra e interpreta en cada consulta prenatal información relacionada con:														
42	Edad gestacional											0	0	####
43	Peso materno											0	0	####
44	Altura uterina											0	0	####
45	Presentación fetal											0	0	####
46	Frecuencia cardíaca fetal											0	0	####
47	Movimientos fetales (después de semana 20)											0	0	####
48	Proteinuria											0	0	####
49	Signos de alarma											0	0	####
50	Exámenes de acuerdo a la edad gestacional según guía clínica del MSP											0	0	####
51	Tratamiento según hallazgos identificados											0	0	####

En el expediente clínico se debe registrar e interpretar por parte del médico tratante cada uno de los aspectos establecidos en el protocolo, ya que son considerados de gran importancia en el pronóstico.

No olvide que el formulario de historia clínica de aborto que es oficial en la República Dominicana es a su vez una ayuda-trabajo, que facilita el cumplimiento de los protocolos de atención a mujeres en situación de aborto. Este formulario se muestra en el Anexo 3.4.

Se evidencia en el expediente clínico		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	N	D	%		
1	Valoración de antecedentes obstétricos																						0	0	#,DIV/0!	
2	Valoración de antecedentes patológicos																							0	0	#,DIV/0!
3	Identificación de los riesgos psicosociales según protocolo de atención																							0	0	#,DIV/0!
4	Ante la identificación de uno o más factores de riesgo psicosocial se solicita interconsulta con psicología																							0	0	#,DIV/0!
Para el diagnóstico del aborto espontáneo se evalúa y registra en el expediente clínico presencia de:																										
5	Dolor en hipogastrio con sangrado genital																							0	0	#,DIV/0!
6	Amenorrea																							0	0	#,DIV/0!
7	Fiebre y malestar general, en casos de aborto séptico.																							0	0	#,DIV/0!

Para el manejo del aborto espontáneo se debe complementar la evaluación clínica del estado de la usuaria con pruebas de laboratorio clínico y de sonografía que respaldan la conducta a seguir y que deben encontrarse en el expediente clínico como forma de verificación.

Se solicitan e interpretan exámenes de laboratorio y pruebas diagnósticas como:																										
8	Medición de B-HCG cuantitativa / cualitativa																							0	0	#,DIV/0!
9	Hemograma																							0	0	#,DIV/0!
10	Tipificación sanguínea																							0	0	#,DIV/0!
11	Ultrasonido transvaginal / Sonografía																							0	0	#,DIV/0!

Según el protocolo, existen criterios clínicos para definir la conducta de manejo farmacológico o quirúrgico, y deben estar consignados en el expediente clínico. También es importante contar con el consentimiento informado de la usuaria, lo que implica la explicación por parte del equipo de salud de los asuntos relacionados con el diagnóstico, manejo, pronóstico y posibles complicaciones.

Con relación al diagnóstico se registra en historia clínica:															
25	Clasificación de la severidad												0	0	####
26	Cumplimiento de criterios diagnósticos para preeclampsia no severa												0	0	####
27	Cumplimiento de criterios diagnósticos para preeclampsia severa y eclampsia												0	0	####

Según el protocolo, existen criterios clínicos para definir la conducta de manejo farmacológico o quirúrgico, y deben estar consignados en el expediente clínico. También es importante contar con el consentimiento informado de la usuaria, lo que implica la explicación por parte del equipo de salud de los asuntos relacionados con el diagnóstico, manejo, pronóstico y posibles complicaciones.

Ante diagnóstico de preeclampsia no severa se evidencia en historia clínica:															
28	Seguimiento dos veces por semana de función renal, deshidrogenasa (LDH), electrolitos, conteo completo de células sanguíneas, transaminasas y bilirrubinas												0	0	####
29	Realización semanal de pruebas de bienestar fetal												0	0	####
30	Monitoreo fetal electrónico dos veces por semana después de la semana 34												0	0	####
31	Administración de ciclo de corticosteroides entre las semanas 24 y 34 de gestación (betametasona 12 mg por vía intramuscular cada 24 horas, 2 dosis ó dexametasona 6 mg por vía intramuscular cada 12 horas, 4 dosis)												0	0	####
32	Realización de doppler de arteria umbilical y circuito vascular fetal ante sospecha de retardo del crecimiento intrauterino												0	0	####
33	Resolución del embarazo en semana 37 o antes, de evidenciar complicación materna o fetal												0	0	####
Ante diagnóstico de preeclampsia severa y eclampsia se evidencia en historia clínica:															
34	Control continuo de presión arterial												0	0	####
35	Canalización de 2 venas y administración de soluciones cristaloides												0	0	####
36	Control de presión venosa central												0	0	####
37	Administración de antihipertensivos en orden de prioridad (1. Nifedipina tableta 10 mg. Repetir cada 30 minutos si es necesario. Continuar luego con 1 tableta cada 6 horas, 2. Labetalol en bolo E.V. de 20 mg. Si la respuesta es sub óptima seguir con dosis respuesta de 20 mg cada 10-15 minutos, aplicar tres dosis con dosis máxima 300 mg, 3. Hidralazina bolo de 5 mg E.V. cada 20 minutos, previa valoración de la PA diastólica. Dosis total máxima hasta 20 mg. Seguir respuesta clínica).												0	0	####
38	Administración de sulfato de magnesio (intravenoso a dosis de 4-6 gramos en bolo diluido en tiempo no menos de 15 minutos, dosis de inicio y continuar con dosis de 1 g por hora E.V. de preferencia con bomba de infusión continua como dosis de mantenimiento).												0	0	####
39	Administración de ciclo de corticosteroides en embarazos entre semanas 24 y 34 de gestación.												0	0	####
40	Monitoreo fetal continuo												0	0	####
41	Administración de oxígeno a razón de 5 litros/minuto frente a antecedentes o presencia de convulsiones o dificultad ventilatoria manifiesta.												0	0	####
42	Colocación de sonda vesical y cuantificación del gasto urinario frente a oliguria u orina colúrica.												0	0	####
43	Interrupción del embarazo en coordinación con Neonatología.												0	0	####
44	Alerta a equipo interdisciplinario y manejo institucional, de ser posible en UCI.												0	0	####
45	Firma de consentimiento informado												0	0	####

Aspectos específicos a tener en cuenta para la evaluación de los protocolos de atención neonatal

Tener presente que el 80% de la mortalidad infantil ocurre en el período neonatal (primeros 28 días de vida) y el 80% de las muertes neonatales ocurren en los primeros 7 días (muerte neonatal precoz) y están estrechamente relacionadas a la calidad de la atención obstétrica y neonatal recibidas.

No olvide que el formulario de historia clínica de hospitalización neonatal que es oficial en la República Dominicana, es a su vez una ayuda-trabajo, que facilita el cumplimiento de los protocolos de atención a mujeres en situación de aborto. Este formulario se muestra en el Anexo 3.6

Instrumento de evaluación de la adherencia al protocolo de atención al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria

En el expediente clínico se debe registrar e interpretar por parte del médico tratante cada uno de los aspectos establecidos en el protocolo, en especial los relacionados con las condiciones al momento del parto, ya que son considerados de gran importancia en el pronóstico.

Para el diagnóstico del SDR se evalúa y registra en historia clínica		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	N	D	%
1	Atecedentes prenatales																					0	0	####
2	Tipo de parto																					0	0	####
3	Complicaciones antes o durante el parto (sufrimiento fetal, parto prolongado)																					0	0	####

Para el manejo del síndrome de dificultad respiratoria se debe complementar la evaluación clínica del estado del neonato con pruebas de laboratorio clínico y radiografía que respaldan la conducta a seguir y que deben encontrarse en el expediente clínico como forma de verificación.

Se solicitan e interpretan en la historia clínica las siguientes pruebas:		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	N	D	%
4	Radiografía de tórax																					0	0	####
5	Hemograma																					0	0	####
6	Proteína C reactiva (PCR)																					0	0	####
7	Glicemia																					0	0	####
8	Gases arteriales																					0	0	####
9	Calcio en RN pretérmino																					0	0	####

En caso de tratarse de un hospital de referencia nacional o regional, el criterio 12 No Aplica (NA). En el Anexo 3.5 se encuentra la Escala de Silverman.

Con relación al manejo clínico se registra en historia clínica:		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	N	D	%
10	Clasificación del grado de dificultad respiratoria (Escala de Silverman).																					0	0	####
11	Ante sospecha de cardiopatía solicitud de ecocardiograma e interconsulta por cardiología																					0	0	####
12	Referimiento inmediato desde nivel básico																					0	0	####

ANEXOS

ANEXO 3.1 HISTORIA CLÍNICA PERINATAL NEAR MISS (ANVERSO).

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

FECHA DE NACIMIENTO día mes año

ETNA blanca indígena mestiza negra otra

ALFA BETA ninguno primario secundario universitario años en el mayor nivel

ESTUDIOS escuela único estable otros

ESTADO CIVIL casado único estable soltero viudo

Lugar del control prenatal

Lugar del parto/obito

FIN EMBARAZO ANTERIOR día mes año

EMBARAZO PLANEADO no si

FRACASO METODO ANTICONCEPCION no si

ANTECEDENTES

FAMILIARES TBC diabetes hipertensión preeclampsia eclampsia otra cond. médica grave

PERSONALES genio-urinario hipertensión cardiopat nefropatía VIH+ VIH- glicemia

OBSTETRICOS gestas previas abortos vaginales nacidos vivos vivos nacidos muertos después 1° sem. EMBARAZO PLANEADO FRACASO METODO ANTICONCEPCION

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR kg

TALLA (cm)

EG CONFIABLE por FUM

FUM ACT 1° trim 2° trim 3° trim

FUM PRS 1° trim 2° trim 3° trim

DRUGAS alcohol tabaco

VIOLENCIA física sexual

VACUNAS tétanos/difteria tdaip influenza rubéola hepatitis B hepatitis A tamizaje hepatitis B

EX NORMAL cervix grupo toxoplasmosis Hb <20 sem Hb >20 sem

TOXOPLASMOSE <20sem IgG >20sem IgG 1° consulta IgM

ESTREPTOCOCCO B 35-37 semanas

PREPARACION PARA EL PARTO

CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA

CHAGAS PALUDISMO MALARIA BACTERIURIA GLUCEMIA EN AYUNAS

VIH Día 1 Día 2 Día 3

CONSEJAS ANTE NATALES

PARTO fecha de ingreso en embarazo

ABORTO fecha de ingreso en embarazo

HOSPITALIZ. EMBARAZO

CORTICOIDES ANTE NATALES

INICIO ESPONTANEO

ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO

EDAD GEST. al parto

PRESENTACION SITUACION

TAMANO FETAL ACORDE

ACOMPANANTE

ENFERMEDADES TDP Prueba Sífilis VIH TUBI

NACIMIENTO vivo muerto

POSICION PARTO

DESGARROS

OCITOSICOS

PLACENTA

LIGADURA CORDON

RECIEN NACIDO sexo peso al nacer longitud

DEFECTOS CONGENITOS

EGRESOR día mes año hora min

ALIMENTO AL ALTA

REANIMACION

POSTPARTO tiempo Temp °C P.A. pulso inyección Uterina ser-grado Responsable

REFERIDO

RESPONSABLE

ANEXO 3.2 FORMULARIO DE CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA OMS

Criterios para clasificar a las mujeres para el componente básico del nuevo modelo de control prenatal

Nombre de la paciente: _____	Número de historia clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dirección _____	Telefono: _____						
INSTRUCCIONES: Responda las siguientes preguntas marcando con una cruz el casillero correspondiente.							
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		No	SI				
1.	Muerte fetal o muerte neonatal previas.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
2.	Antecedentes de 3 o más abortos espontaneos consecutivos.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
3.	Peso al nacer del último bebé < 2500 g.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
4.	Peso al nacer del último bebé > 4500 g.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
5.	¿Tuvo una internación por hipertensión o preeclampsia/eclampsia en el último embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
6.	Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
EMBARAZO ACTUAL		No	SI				
7.	Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
8.	Menos de 16 años de edad.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
9.	Más de 40 años de edad.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
10.	Isoinmunization Rh (-) en el embarazo actual o en embarazos anteriores.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
11.	Hemorragia vaginal.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
12.	Masa pélvica.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
13.	Presión arterial diastólica de 90 mm Hg o más durante el registro de datos.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
HISTORIA CLINICA GENERAL		No	SI				
14.	Diabetes mellitus insulínoddependiente.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
15.	Nefropatía.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
16.	Cardiopatía.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
17.	Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
18.	Cualquier otra enfermedad o afección médica severa.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Por favor, especifique _____							

Una respuesta SI en cualquiera de las preguntas anteriores (es decir, una cruz en cualquier casillero sombreado) significa que la mujer no es elegible para el componente básico del nuevo modelo de control prenatal.							
¿Es elegible?		(marque con un círculo)		NO	SI		
Si la respuesta es NO, sera derivada a _____							
Fecha _____	Nombre _____	Firma _____					
(personal responsable de CPN)							

ANEXO 3.3 PARTOGRAMA

PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO

Nombre	Gravidez	Paridad	No. de historia clínica
Fecha de ingreso	Hora de ingreso	Tiempo membranas rotas	horas
Frecuencia cardíaca fetal Líquido amniótico Moldeamiento			
Cuello uterino (cm) [Trazo X] Descenso Cefálico [Trazo O]			
No. de horas Hora			
Contracciones por cada 10 minutos Oxitocina U/L gotas/min			
Medicamentos administrados y líquidos IV			
Punto y Presión arterial			
Temperatura °C			
Orina { proteína acetona volumen			

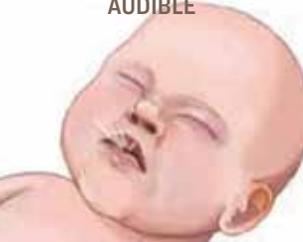
ANEXO 3.4 HISTORIA CLÍNICA DE ABORTO



HISTORIA CLÍNICA - MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO - CLAP/SMR - OPS/OMS				FECHA DE NACIMIENTO		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL	
NOMBRE: _____ APELLIDO: _____				da mes año		SI NO		primaria secundaria años en el mayor nivel		casada unión estable soltera otro	
DOMICILIO: _____				EDAD (años)		SI NO		vivió no		Lugar de procedencia Lugar del parto/aborto	
LOCALIDAD/MUNICIPIO: _____ TELÉF: _____				< de 15 > de 15		SI NO		SI NO		N° de hijos	
FAMILIARES		PERSONALES		OBSTETRICOS		gestos previos		abortos		vaginales	
no SI no SI		no SI		no SI		no SI		no SI		no SI	
TBC diabetes hipertensión preclampsia eclampsia otra cond. médica grave		carga genit-urinal, esterilidad, cardiopat. reñopatia, VIH		ULTIMO PREVIO: no <2500g normal > 4000g Antecedente de gemelares		2 abortos consecutivos emb. ectópico paros cesáreas		nacidos vivos nacidos muertos después 1° sem.		FIN EMBARAZO ANTERIOR: día mes año meses de vida cesárea parto aborto	
GESTACION ACTUAL				EG CONFiable por FUM Eto <20 s		ANTECEDENTES		EMBARAZO PLANEADO		GRUPO - Rh	
PESO ANTERIOR TALLA (cm) PFP FUM				no SI		FUMACT. FUMARS. DROGAS ALCOHOL		no SI no SI no SI no SI		no SI	
FRACASO METODO ANTICONCEP. GRUPO - Rh				no SI		no SI no SI no SI no SI		no SI		no SI	
ADMISION POR ABORTO				MOTIVO DE CONSULTA		ABORTO LEGAL		EDAD GESTACIONAL		ACOMPANANTE	
FECHA DE INGRESO				no SI		no SI		por FUM por EDO		padre otro familiar ninguno	
no SI				no SI		no SI		no SI		no SI	
PRE-PROCEDIMIENTO				SIGNOS VITALES		LABORATORIO		SINTOMATOLOGIA		COMPLICACIONES	
PULSO PRESION ARTERIAL TEMPERATURA FRECUENCIA RESPIRATORIA HEMOGLOBINA VDR/RPR TPO SFLG VIH				no SI		no SI		no SI		no SI	
no SI				no SI		no SI		no SI		no SI	
EXAMEN CLINICO				EXAMEN GINECOLOGICO		ECO		ANALGESIA		SANGRADO	
CONCIENCIA PIEL Y MUCOSAS ABDOMEN				UTERO POR EXAMEN B MANUAL		no SI		Solicitada no SI		leve moderado severo	
normal pelida equimosis petequias ictericia				Tamaño Posición Cuello Restos Vagina normal		no SI		Realizado no SI		DOLOR	
normal viscerom rebote distendido signos pert. útero-intrauterino				AYF medio No No RVF SI SI SI		Tamaño útero		no SI		no SI	
TRATAMIENTO / PROCEDIMIENTO				MADURACION CERVICAL		EVACUACION UTERINA		AMBIENTE		COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS	
FECHA DE PROCEDIMIENTO				No SI		No SI		amb. control otro		Quirúrgicas: sangrado excesivo lesión cerv/vag. lesión úter./físt. Anestésicas: reacción adversa convulsión paro cardíaco	
No SI				No SI		No SI		amb. control otro		Quirúrgicas: sangrado excesivo lesión cerv/vag. lesión úter./físt. Anestésicas: reacción adversa convulsión paro cardíaco	
HALLAZGOS				ANESTESIA		EVALUACION		TIPO DE EGRESO		CONDICION AL EGRESO	
OTROS PROCEDIMIENTOS				No SI		amb. control otro		egreso médico contra voluntad paciente fallece		seña con patología tratado muerte	
Reparación les. útero Reparación les. cerv/vag. Nícteres. tamón No SI No SI No SI Responsable				amb. control otro		amb. control otro		egreso médico contra voluntad paciente fallece		seña con patología tratado muerte	
POST-PROCEDIMIENTO				Consejería/Información		EGRESO FECHA		TIPO DE EGRESO		CONDICION AL EGRESO	
FECHA de procedimiento				cuidados básicos signos de alarma anticoncepción cita de seguimiento		da mes año hora min		egreso médico contra voluntad paciente fallece		seña con patología tratado muerte	
tensión arterial pulso temp. sang. dolor				amb. control otro		amb. control otro		egreso médico contra voluntad paciente fallece		seña con patología tratado muerte	
ANTICONCEPCION				Consejería/Información		EGRESO FECHA		TIPO DE EGRESO		CONDICION AL EGRESO	
Inicio MWC No SI				cuidados básicos signos de alarma anticoncepción cita de seguimiento		da mes año hora min		egreso médico contra voluntad paciente fallece		seña con patología tratado muerte	
amb. control otro				amb. control otro		amb. control otro		egreso médico contra voluntad paciente fallece		seña con patología tratado muerte	
amb. control otro				amb. control otro		amb. control otro		egreso médico contra voluntad paciente fallece		seña con patología tratado muerte	

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni predice complicaciones)
 HCLP_RFP_Annex3(14/07/17)

ANEXO 3.5. ESCALA DE SILVERMAN

SIGNOS CLÍNICOS	0 PUNTOS	1 PUNTOS	2 PUNTOS
ALETEO NASAL	AUSENTE 	MÍNIMA 	MARCADA 
QUEJIDO RESPIRATORIO	AUSENTE 	AUDIBLE CON EL ESTETOSCOPIO 	AUDIBLE 
TIRAJE INTERCOSTAL	AUSENTE 	APENAS VISIBLE 	MARCADA 
RETRACCIÓN ESTERNAL	SIN RETRACCIÓN 	APENAS VISIBLE 	MARCADA 
DISOCIACIÓN LORACOABDOMINAL	SINCRONIZADO 	RETRASO EN INSPIRACIÓN 	BARBOLEO 

Consultado en <http://enfermerapiatrica.com/test-de-silverman/>

ANEXO 3.6. HISTORIA CLÍNICA DE HOSPITALIZACIÓN NEONATAL (REVERSO)

este color significa ALERTA

PATOLOGÍAS no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> asfisia al nacer no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> membrana hialina SDR asoc meconio <input checked="" type="radio"/> hipert. pulmonar <input checked="" type="radio"/> ductus art. tratado <input checked="" type="radio"/> apneas <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> neumotórax displ. bron. pulm. <input checked="" type="radio"/> ECN confirmada <input checked="" type="radio"/> perf. intest. focal. <input checked="" type="radio"/> sífilis <input checked="" type="radio"/> HIV perinatal <input checked="" type="radio"/>		SEPSIS no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> tratada desde agente no se aisló germen día mes año día mes año día mes año día mes año		RETINOPATIA oftalmoscopia indirecta no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> n/c edad gestac. 1° ex. sem. días grado máx. (0-5) Requiere cirugía no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		ENCEFALO no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> ecografía leucomalacia <input type="radio"/> hemorragia craneana <input type="radio"/> grado máx. (1-4) asfíctico <input type="radio"/> clicoconvulsiones <input type="radio"/>	
Otras (código y nombre)		Defecto congénito mayor					
TRATAMIENTOS surfactante no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> indomet. profil. <input type="radio"/> indo/lbup. trat. <input type="radio"/> aminof/cafei <input type="radio"/> alimentación parenteral <input type="radio"/>		CUIDADOS RESPIRATORIOS CPAP pre ventil. no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> ventilado ET <input type="radio"/> CPAP <input type="radio"/> oxígeno <input type="radio"/> transfusiones <input type="radio"/> ml Vol. total		CIRUGIA no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> ductus ECN <input type="radio"/> ROP <input type="radio"/> hidrocef. <input type="radio"/> otra <input type="radio"/>			
EDAD 1° dosis horas minutos		CRECIMIENTO INICIAL peso mínimo g edad recupera peso días peso a las 36 sem.		ANTROPOMETRIA AL EGRESO PESO g LONGITUD cm PER. CRANEANO cm Fotocopiar gráfico de peso/edad			
EGRESO vivo <input type="radio"/> fallece <input checked="" type="radio"/> día mes año necro no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> traslado lugar fallece durante o en lugar de traslado no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		EDAD AL EGRESO O MUERTE <1 día EDAD GEST. AL EGRESO sem. días OXIGENO EN HOGAR no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		ALIMENTO AL EGRESO lactancia exclusiva <input type="radio"/> parcial artificial <input type="radio"/>			
TAMIZAJES/INMUNIZACIONES SIFILIS neg <input type="radio"/> + tratado <input checked="" type="radio"/> + no tratado <input type="radio"/> s/d <input type="radio"/> TSH normal <input type="radio"/> elevado <input checked="" type="radio"/> s/d <input type="radio"/> AUDICION normal <input type="radio"/> déficit <input checked="" type="radio"/> s/d <input type="radio"/> FALCIFORME normal <input type="radio"/> anormal <input checked="" type="radio"/> s/d <input type="radio"/> BCG no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/> s/d <input type="radio"/> Hep B vac no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/> s/d <input type="radio"/>		PROMOCION DE SALUD - Temas abordados Lactancia exclusiva no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Dormir boca amba no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Prevención contagio respivirus no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		HOGAR AL EGRESO con madre/padre <input type="radio"/> otros familiares <input type="radio"/> adopción <input type="radio"/> amparo instituc. <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/>			
INDICACIONES AL EGRESO RESPONSABLE TELEFONO EMAIL							
SEGUIMIENTO COORDINADO Pediátrico Lugar Teléfono Fecha Oftalmológico no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Audiológico no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Apoyo Psicosocial no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		Por cuántas semanas la madre no realizará tareas fuera del hogar? <input type="text"/> <input checked="" type="radio"/> < 4 semanas					

FINESRVP-04/2017



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas