



**Detección de eslabones críticos  
en los procesos de atención para  
la prevención de muertes maternas**

Detección de eslabones críticos en  
los procesos de atención para la  
prevención de muertes maternas

©2004

Autora

Dra. Rosa María Nuñez Urquiza

Se permite la reproducción total o parcial de este documento citando la fuente.

La metodología para la *detección de eslabones críticos* en la prevención de muertes maternas, es una herramienta gerencial para mejorar la calidad y la oportunidad de los procesos de atención.

La detección de *eslabones críticos* en los procesos de atención para la prevención de muertes maternas, es la herramienta para que los Comités de Estudio y Prevención de la Mortalidad Materna, transformen la información en conocimiento estratégico.

Cada caso de muerte materna nos sirve para identificar errores ya sea por la omisión, por la dilación o por la insuficiente calidad con la que se dio un servicio. Del análisis de eslabones deriva la identificación de mejoras indispensables para evitar el fallecimiento de las mujeres.

---

5

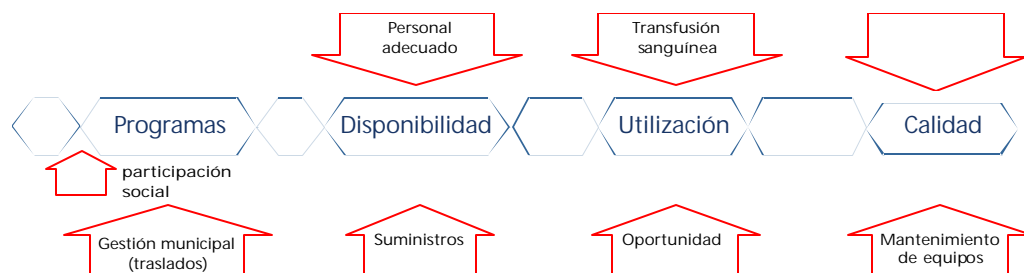
*Detección de eslabones críticos* es la herramienta para transitar desde el análisis enfocado en las complicaciones de la paciente, al escrutinio de las fallas del sistema de atención. El supuesto es que cada mujer que murió es representativa de otras mujeres que -en condiciones similares- acuden hoy a nuestros servicios, y que si no hacemos algo distinto, no vamos a prevenir otra muerte materna.

## Son dos los objetivos primordiales:

1. Sistematizar el análisis de cada caso de muerte materna como un evento «rastreador o trazador» para detectar continuamente los errores perfectibles, tanto de la atención directa, como de los procesos organizacionales que la sustentan.
2. Apoyar a los Comités de Mortalidad Materna a transformar la información que recogen, en *Conocimiento estratégico*.



Detección de **eslabones críticos** en los procesos de atención



para la **PREVENCIÓN DE MUERTES MATERNAS**

6

Consiste en el análisis de las interacciones que la mujer que falleció tuvo con los servicios de salud. El análisis busca detectar en cuál de esas interacciones se pudo haber evitado la muerte, para responder a la pregunta:

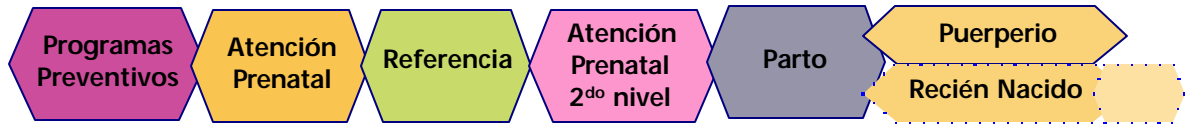
**¿Qué tengo que hacer distinto hoy, para evitar la muerte de la mujer que llega en condiciones similares a la que se murió ayer?**

Un eslabón crítico es un servicio cuya falla está asociada a la muerte materna.

Crítico es un concepto que incluye dos connotaciones: por una parte en el sentido de que su falla contribuye a la mortandad, y por otra que su mejora es "crucial" para evitar la muerte materna de otra mujer que llega en condiciones similares

Está basado en el modelo de atención que describe los pasos y niveles de atención que idóneamente debe recibir una usuaria, y que va desde : programas preventivos como (Censo de Vacunación de mujeres en edad fértil con toxoide difterico tetánico); atención en centro de salud o unidad médica rural; referencia; atención en segundo nivel; contrarreferencia; referencia para el parto; atención del parto y puerperio inmediato; contrarreferencia para seguimiento de puerperio y del recién nacido.

## Cadena de eslabones que describe la secuencia de servicios para la mujer embarazada según el Modelo de Atención



El modelo de atención sustenta cada uno de estos eslabones mediante lineamientos y normas técnicas de atención. Estos lineamientos sirven de parámetro para evaluar la suficiencia, oportunidad y calidad de la atención que recibió la mujer durante el embarazo, el parto, y el puerperio.

### ¿Qué modificaciones tengo que hacer en los procesos de atención directa y en los procesos organizacionales, para evitar la muerte de las mujeres que son atendidas en nuestros servicios?

7

El postulado es que, si identificamos en qué eslabón del proceso de atención se pudo haber evitado la muerte, podremos evitar otras muertes, siempre y cuando se optimice la oportunidad y la calidad en ese proceso de atención.

Para optimizar la calidad de la atención directa debe incrementarse la capacidad del médico y de la enfermera para detectar oportunamente y tratar adecuadamente a una paciente; pero no solamente, en muchos casos el potencial de impacto reside en una modificación en los procesos organizacionales diseñados para sustentar la atención médica; estos procesos incluyen suministros, mantenimiento de equipos, concurrencia de personal especialista en el momento necesario.

Cada caso revisado deriva en acciones de mejora a corto y a mediano plazo. Y además, en el conjunto de casos, se analizan los procesos organizacionales que son críticos para asegurar la calidad y la oportunidad de la atención.

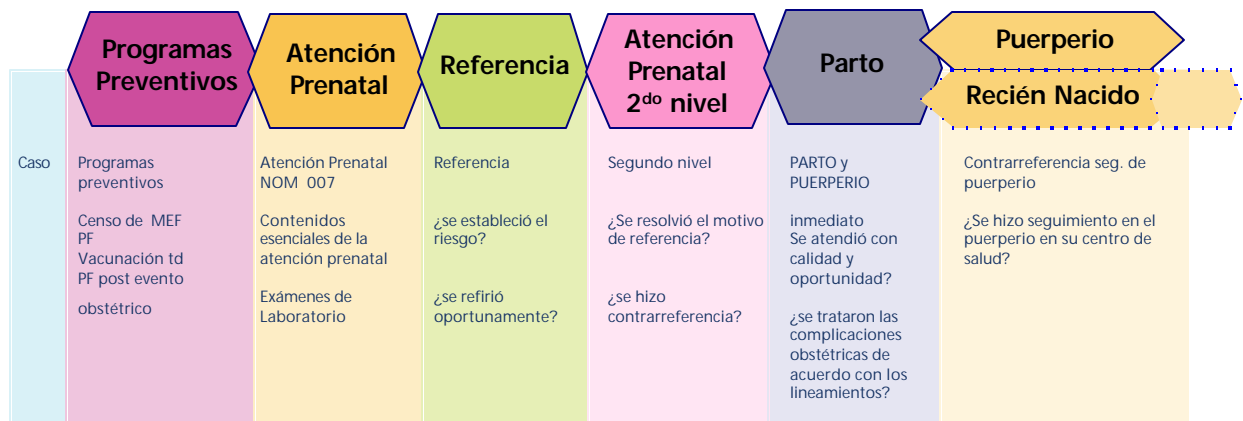
# Los siete pasos

1. De cada caso de muerte materna reunir los documentos que señalan los "Lineamientos para los Comités de Estudio y Prevención de la Muerte Materna y Perinatal, SSA 2000" .
2. Describir cada caso en un diagrama de eslabones de acuerdo con los pasos que el Modelo de Atención contempla para atender a la mujer en su ciclo reproductivo (ver esquema). Análisis de la suficiencia, calidad y oportunidad, en cada contacto con los servicios.
3. Definición de acciones de mejora (por lo menos dos de cada caso revisado). Definición de indicadores de desempeño. Definición de indicadores de efecto intermedio.
4. En el conjunto de casos:
  - 4.1 Ponderar la frecuencia con la que falla un eslabón, asociado a una muerte materna (Histograma de frecuencias.)
  - 4.2 Analizar ¿qué factores organizacionales contribuyen a que esté fallando un eslabón del proceso de atención? (Esquema de Espina de Ishikawa).
5. Plan de mejoras organizacionales a corto y mediano plazo.
6. Plan de conducción y monitoreo del cambio:
  - a) Crear un sentido de urgencia.
  - b) Coalición coordinadora del cambio (APV 4 x 4).
  - c) Posicionar una visión del cambio.
  - d) Monitorear la mejoría del desempeño.
  - e) Evaluar los efectos intermedios para crear una competencia sana.
  - f) Dar visibilidad a los indicadores.
  - g) Plan de Reconocimientos continuos
7. Posicionar los nuevos procesos organizacionales resultantes del ejercicio de mejoras (lineamientos, flujo de procesos, etc).

# Descripción de los siete pasos

1. Integración de los documentos de cada caso de muerte materna, según indica el Lineamiento Técnico de Comités de Muerte Materna y Perinatal:
  - a) Expediente de cada unidad que atendió a la mujer
  - b) Cuestionario confidencial
  - c) Autopsia verbal.
2. Descripción de las interacciones que tuvo la mujer con el servicio, siguiendo cada uno de los eslabones de atención según lo que indica el Modelo de Atención.

La herramienta básica es un simple esquema de una cadena de eslabones que describe la secuencia de servicios de salud que el modelo de atención dispone, para la atención de la mujer en su ciclo reproductivo y que comienza por los programas preventivos, la atención prenatal en centro de salud, la detección de riesgo, la referencia, a la atención de segundo nivel por especialistas (*Modulo Mater*), *contrarreferencia*, *atención del parto y del puerperio inmediato*; *contrarreferencia y seguimiento del puerperio en el primer nivel*.



Con el esquema del caso, el Comité de Muerte Materna evalúa cada uno de los servicios donde se atendió a la mujer, teniendo como parámetro el lineamiento o norma para ese servicio. Para control prenatal consulte la NOM 007; para Expediente Clínico la NOM 168; para la atención obstétrica: los Lineamientos para atención de Urgencias Obstétricas editados por la Secretaria de Salud ( Programa APV). Hay que poner atención no solo en si se dio la atención indicada, sino, sobretodo si se hizo *oportunamente*.



# CASO MDRY. Jurisdicción.

Datos Generales	AGO y PP	Prog Prev	Atención Prenatal	Ref	At Prenat 2 <sup>do</sup> nivel	Ref Parto	Parto	Causa Def
MDRF 38 años  CD10/7/02   37 sem. de edad Gest  <b>4 huérfanos</b>	G7 A1 P4	Censo Sí: MEF? Td? PF?	4 consultas.  Presentación pélvica.  No se hizo exam de lab por falta de recursos	De su centro de salud la mandan al hospital porque refiere "Ruptura Prematura de Membranas".	Por Ultrasonido: 38 SEG  Sin embargo: <b>Inhiben trabajo de parto el 3</b> de julio y la egresan el día 5  No hicieron contrarreferencia al 1 <sup>er</sup> nivel	En su localidad inicia trabajo de parto en la noche el día 9. En la madrugada del día 9 se traslada al hospital.  Se Dx Sepsis de producto.	Llegan al Hospital ya con una hemorragia profusa. Muere	Sepsis  Muerte fetal: Producto con datos de sufrimiento fetal.

10

**Eslabón Crítico:** En el servicio de GO, en el Hospital General *inhibieron el trabajo de parto a mujer con 37 SEG, que manifestó haber tenido ya RPM, con producto en presentación pélvica* y además la dieron de alta. Además no contrarreferieron al segundo nivel. Consecuencia: murió por sepsis días después.

Acción de Mejora	Indicador de Desempeño	Indicador de Efecto intermedio	
El Jefe de Enseñanza del Hospital, se asegurará de que todos los médicos se saben la norma de Tratamiento de Ruptura Prematura de Membranas(RPM), y la importancia de creerle a las pacientes cuando refieren "Ruptura de la Fuente". Revisar normas de TX RPM HOSPITAL. Protocolo para decisión de "inhibición uterina", requiere una segunda opinión.	R e u n i ó n convocada por el Dr. C O, con adscritos y residentes, para presentar el caso. -Notificación s o b r e requerimiento de "segunda opinión antes de inhibir trabajo de parto". Firma de enterado de todos los médicos.	Expedientes con el consenso firmado por dos médicos, antes de inhibir trabajo de parto en mujeres con FUM de 37 sem. o más.  -Gestión con el albergue de JA para que les reciban pacientes como ésta en observación.	Disminución a cero por "Sepsis Puerperal" por mal manejo médico de la RPM

Una vez que se detecta una falla, asociada a una muerte materna, esa detección se toma como un evento centinela que nos alerta para que evaluemos qué tanto se está cometiendo esa falla en el servicio, aún en pacientes que no mueren. Para conocer la frecuencia con la que esa falla se comete hay que hacer una “evaluación rápida” o un “sondeo” mediante un muestreo simple de expedientes o de otros registros, o una encuesta breve entre el personal y/o entre pacientes, según el caso.

**Ejemplo:** Entre las muertes maternas ocurridas durante el 2002, en cuatro Entidades Federativas, se documentaron cuatro casos, cada una en un Estado, en que el médico fallo en reconocer al “dolor agudo en epigastrio en el segundo trimestre del embarazo” como un signo de Preeclampsia/Eclampsia (*conocido como dolor de Barra de Zapatero*). Dos casos fueron atendidos por médicos de urgencias en dos hospitales generales distintos, otro por un médico pasante, y otro por un médico privado. En los cuatro casos lo diagnosticaron como “gastritis por enfermedad péptica” y los cuatro prescribieron “Butilhioscina y Ranitidina”. Se perdió la oportunidad de tratar oportunamente la Preeclampsia/Eclampsia y evitar la muerte de esas cuatro mujeres.

Para medir la frecuencia de ese error, se tienen varias opciones. Una es contar, en las hojas de consulta de los últimos tres meses, las mujeres embarazadas que salieron con diagnóstico de “gastritis”. Otra es mirar los registros de prescripción de “Ranitidina y Butilhioscina”, en ambos casos hay que revisar los expedientes, para saber si el médico descartó la Preeclampsia / eclampsia. Otra manera de hacerlo es realizar un sondeo de conocimientos entre los médicos adscritos y los médicos pasantes sobre los signos patognomónicos de la Preeclampsia/ Eclampsia.

Una vez conocida la frecuencia del error, queda esta como “medida basal” para, evaluar periódicamente los cambios. La evaluación rápida nos permite profundizar en el problema y definir la “acción de mejora” con precisión.

Una vez detectados todos y cada uno de los servicios en que hubo fallas en la atención, ya sea por omisión, por insuficiencia, por dilación o por falta de calidad, se definen las acciones de mejora para cada una de las unidades de atención donde se atendió esa mujer.

Por ejemplo, se ha detectado en varios hospitales que para el tratamiento de Preeclampsia/Eclampsia se utilizan los medicamentos indicados, pero se comete el grave error de poner los antihipertensivos y hasta diuréticos, antes de asegurar el volumen en el lecho vascular mediante la ministración de más de 500cc de suero intravenoso.

Esa omisión se asoció a choque de la paciente. La revisión de estos casos en hospitales distintos, generó que se revisaran los expedientes de las pacientes tratadas por Preeclampsia/ Eclampsia. Como se detectó que en los diferentes turnos en manejo no era el mismo, se decidió asegurar la estandarización del tratamiento según la norma. En un hospital general se hizo un póster que describe los signos de la Eclampsia, y su tratamiento, y éste se puso en la sala de urgencias, y en los consultorios prenatales. En otro hospital un médico obstetra hizo una capacitación tutelar con cada uno de los responsables de urgencias de los cinco turnos, además presentó el caso en la sesión

general de enseñanza, y enmarcó un cartel con los lineamientos del protocolo de detección y tratamiento de la Preeclampsia Eclampsia que colgó en lugar visible en Urgencias.

### 3. Definición de las acciones de mejora en la atención.

Cada eslabón crítico debe generar por lo menos una acción de mejora. Una acción de mejora precisa: qué se va a hacer; quién la va a hacer; dónde, cuándo, con quién y a quién se va a dirigir la acción. Tenemos que superar la práctica de hacer recomendaciones de buenos deseos indefinidos. Las acciones de mejora son un compromiso, se corroboran con indicadores de desempeño y se evalúan sus efectos intermedios periódicamente. *Consulte el documento de apoyo sobre “Monitoreo de acciones de mejora”.*

Ejemplo: Eslabón crítico: Falla de los médicos de primer nivel en reconocer el “dolor agudo en epigastrio (llamado Barra de Zapatero” ) en la segunda mitad del embarazo por distinsión de la cápsula de Glison.

Acción de Mejora	Indicador de desempeño	Indicador de efecto intermedio
El Dr. X, Jefe de Enseñanza de la Jurisdicción, en un plazo de 10 días, elaborará un Boletín informativo urgente a todo el personal “El fallecimiento de la Sra. X y Y se pudo haber evitado si la Preeclampsia se le hubiese diagnosticado cuando ella ocudió a consulta prenatal un mes antes”. En este boletín convocará a las reuniones de capacitación de MPSS, y a la sesión de médicos adscritos a la cual se invitará, a través de Regulación Sanitaria a los médicos de los 22 consultorios privados que hay en la Jurisdicción Sanitaria.	-Boletín elaborado -Boletín distribuido. -Lista de asistencia de médicos a la capacitación. -Pre test y post test de conocimientos	-Incremento de detección de pacientes con (Pree/ E)  -Incremento en la Referencia de pacientes con Dx de (Pree/ E), desde el Primer nivel -Incremento en “la oportunidad” con que las pacientes con Preeclampsia son recibidas en el Hospital, referidas del 1er nivel.  -Disminución a cero, de pacientes con Preeclampsia tratadas erróneamente como “enfermedad séptica”
EL Jefe de Enseñanza hará un comunicado a su homologo Estatal para que exponga el caso a la Secretaría Académica de la Facultad de Medicina Estatal.	-Oficio de comunicación	-Incremento en el número y porcentaje de MPSS que en la cohorte de MPSS responden correctamente al pre-test de conocimientos sobre (Pree/ E)

En cada uno de los hospitales y la Jurisdicción, donde se detectaron los casos, se definieron las acciones de mejora apropiadas para cada lugar. En una Jurisdicción Sanitaria, el Jefe de Enseñanza redactó una convocatoria –donde hizo alusión al caso de muerte materna– para una capacitación sobre detección oportuna y tratamiento de eclampsia, que se dirigió a todos los médicos privados y personal de los Servicios de Salud.

En el hospital general, se presentó el caso de la mujer fallecida, en la sesión general de enseñanza, para recordar a todo el personal los signos y síntomas de la Preeclampsia/ Eclampsia.

Además, en cada uno de los hospitales, se definieron los “indicadores de desempeño” para evidenciar que la acción se llevó a cabo y corroborar con qué extensión se realizó. Asimismo se, definió el “indicador de efecto intermedio” para evaluar periódicamente el “incremento oportuno en la detección de preeclampsia” la “Referencia oportuna de pacientes con preeclampsia” y “Tratamiento de la preeclampsia/ eclampsia de acuerdo a la norma.

**Cada sesión de revisión de una muerte materna, concluye con un formato de compromisos en acciones de mejora**, como el ejemplificado, (algunos ejemplos se incluyen en el apéndice).

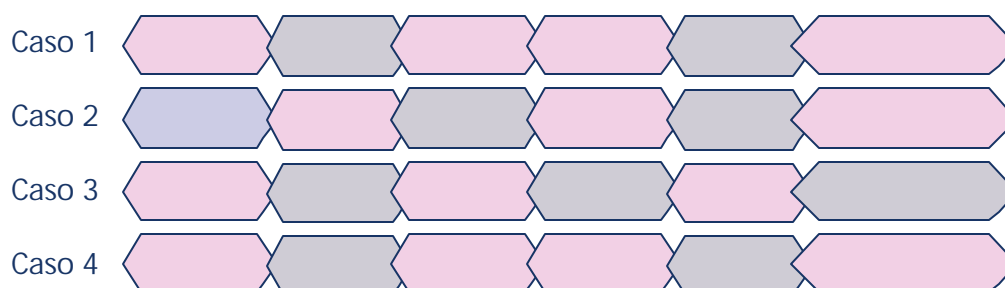
**Ejemplo 2: Eslabón crítico: dilación en la atención de la mujer, desde que llega a admisión, hasta que la ve un médico.** La Dilación intrahospitalaria está asociada a prácticamente todos los casos de muerte hospitalaria por hemorragia obstétrica.

Acción de Mejora	Indicador de desempeño	Indicador de efecto intermedio
Establecer un “ <i>triage</i> ” para toda paciente obstétrica en el momento de ingreso ya sea a c o n s u l t a ambulatoria o a urgencias.	Diseño de protocolo de admisión y derivación inmediata de pacientes obstétricas.	Disminución en el porcentaje de mujeres con complicaciones obstétricas, que tardaron más de quince minutos en derivarse al servicio correspondiente ( Toco, transfusión, UTI, Urgencias, piso)

#### 4. Análisis del conjunto de muertes.

Para visualizar los eslabones que fallan en más de un caso, se ilustran en un esquema los casos de muerte materna que ya fueron previamente diagramados. **Este esquema permite apreciar visualmente** cuáles son los eslabones críticos que están fallando más en una Jurisdicción Sanitaria o en un Hospital.

Sugerimos que las muertes maternas se analicen en su conjunto, a nivel de cada Hospital y de cada jurisdicción. Así se pueden definir las estrategias de mejora para cada ámbito de atención, donde ya está la estructura lógica de supervisión y de ejecución de acciones.

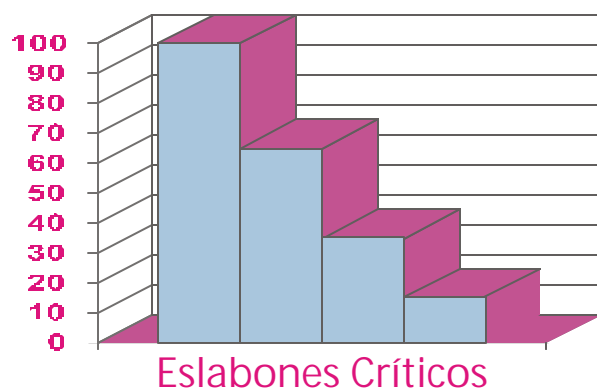


El esquema del conjunto es muy útil porque al mostrarlo a los trabajadores de la salud de cualquier nivel, se ve dónde estamos fallando más. El esquema sirve tanto para un promotor de salud, para un equipo supervisor de zona, como un administrador y para un médico especialista de tercer nivel.

#### 4.1 Estimar el peso o frecuencia con el que cada eslabón crítico contribuye a la mortalidad materna

14

Un histograma de frecuencias, nos permite apreciar la frecuencia, el peso o “la asociación” con el que contribuye cada eslabón a la mortalidad en esa jurisdicción sanitaria u hospital. Un histograma ordenado de mayor a menor frecuencia, permitirá identificar en qué eslabones que fallan se asocian más a la mortalidad materna de esa unidad o jurisdicción específica.



#### 4.2 Análisis organizacional para identificar los componentes de la estructura y de la organización, que están condicionando las fallas en un eslabón crítico. El objetivo de este paso es analizar si los procesos organizacionales sustentan la atención médica directa, para que sea efectiva y eficiente, están contribuyendo o estorbando a ese propósito y qué cambios organizacionales hay que hacer para contribuir a la eficacia de la atención médica.

Para detectar qué modificaciones se requieren en los procesos organizacionales para optimizar la atención médica, se realiza un análisis de causa efecto, para el que resulta muy útil la herramienta de “Espina de pescado” propuesta por Ishikawa. Esta herramienta es conocida por todos los médicos que han tenido algún curso de gerencia, de salud pública o de mejora de calidad y su aplicación está descrita con detalle en la bibliografía citada al final de esta guía.

Por ejemplo: la atención prenatal falla en no detectar “proteinuria” porque no cuentan con tiras reactivas. La falla es administrativa. En esta etapa se trata de detectar los factores organizacionales que condicionan que un servicio no se esté dando en óptimas condiciones. Es decir, no se trata de encontrar la causa única de la muerte, sino los factores que condicionan las fallas.

En un Estado donde se llevó a cabo la “Detección de Eslabones Críticos para prevenir muertes maternas”, se identificó que uno de los factores por los que las mujeres con Preeclampsia/Eclampsia morían, con una tasa de letalidad mucho mayor a la que reporta el Hospital de la Mujer (*cuya tasa de letalidad es 1 muerte por cada 100 mujeres con este diagnóstico*), era porque se iniciaba su tratamiento muy tardíamente. ¿Por qué? Porque aunque las mujeres sí tenían consultas prenatales, no se les detectaba la Preeclampsia oportunamente. ¿Por qué? Entre otras razones porque no se les detectaba la proteinuria que es un signo patognomónico (no exclusivo) de Preeclampsia/Eclampsia. ¿Por qué? Porque los centros de salud no contaban con tiras de bililabstix para hacer un Exámen General de Orina (EGO) en las consultas prenatales. ¿Por qué? Porque no se habían solicitado en el presupuesto operativo anual. La Jefe de Salud Reproductiva Estatal se dio a la tarea de conseguir un fondo especial para el momento, lo obtuvo y distribuyó frascos de bililabstix (comprados en mayoreo cada EGO con bililabstix cuesta 2.00 pesos)y además, incluyó el rubro en el Programa Operativo Anual (POA) del siguiente año.

15

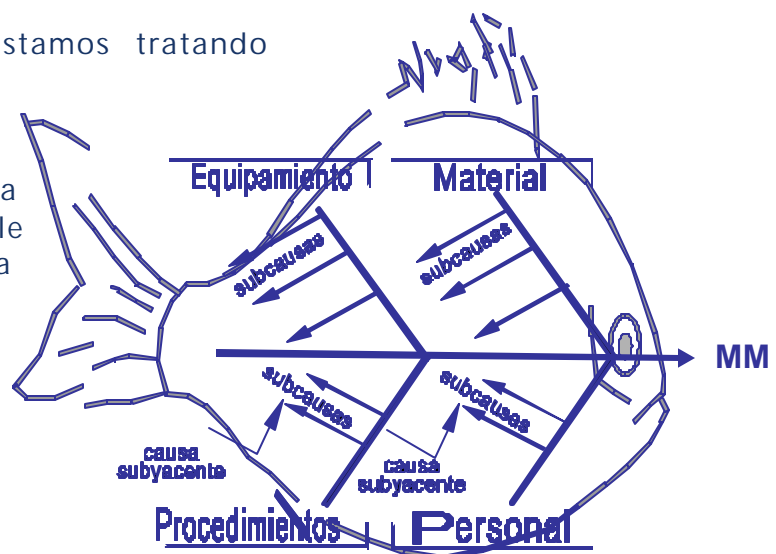
En los siguientes meses se incrementó la detección de mujeres con Preeclampsia/Eclampsia y su referencia –más oportuna- al segundo nivel de atención.

Mientras que la tasa de letalidad de la Preeclampsia/Eclampsia en el Hospital de la Mujer del Distrito Federal es de **1/100**, en algunos Hospitales Generales es tan alta como **20/100**.

Las mujeres no se mueren por Eclampsia, sino porque no las estamos detectando con oportunidad y/o no las estamos tratando adecuadamente:

¿Por qué?

Un análisis de causa raíz con la herramienta de Ishikawa, le facilitara al equipo de cada hospital encontrar los eslabones que son críticos para evitar la muerte de las mujeres con Preeclampsia/Eclampsia.



## 5. Plan de Mejoras Organizacionales a Corto y Mediano Plazo.

El Plan de Mejoras se inicia con cada revisión de caso, de acuerdo con el formato de compromisos. El cumplimiento de esas acciones *no espera* al análisis del conjunto de los casos, sino que se ponen en marcha de inmediato.

Además, en el análisis del conjunto de casos se han identificado los factores organizacionales que deben optimizarse.

La responsabilidad de monitorear las mejoras es el equipo de coordinadores integrado por la Directora de Atención Médica, el Subdirector o Jefe de Segundo Nivel de Atención, el Jefe de Obstetricia del Hospital, la Jefe de Salud Reproductiva, el responsable de Regulación Sanitaria, la Jefe de Promoción a la Salud y el Jefe de Epidemiología, entre otros.

Un análisis de factibilidad, donde se analiza la posibilidad de modificar los factores que condicionan las fallas por omisión, insuficiencia o dilación, concluye en una estimación del impacto potencial de las mejoras identificadas como necesarias, y de su análisis de factibilidad. Con esa información se establecen prioridades, un plan estratégico de mejoras a corto, mediano y largo plazo. Al Plan de mejora incluye el plan de monitoreo para medir los cambios en la organización y sus efectos en las mujeres atendidas.

## 6. Plan de Conducción y Monitoreo del cambio:

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| a) Crear un sentido de urgencia     | b) Coalición coordinadora del cambio (APV 4 x 4) |
| c) Posicionar una visión del cambio | d) Monitorear la mejoría del desempeño           |
| e) Evaluar los efectos intermedios  | F) Dar visibilidad a los indicadores             |
| para Crear una competencia sana     | G) Plan de Reconocimientos continuos             |

## 7. Posicionar los nuevos procesos organizacionales resultantes del ejercicio de mejoras (lineamientos, flujo de procesos, etc).

**Plan de liderazgo para la conducción del cambio:**

- **Crear un sentido de urgencia para el cambio.**  
¡No podemos seguir con tal excedente de muertes maternas prevenibles!  
¡3000 huérfanos aproximadamente, cada año, por las muertes maternas!
- **Crear una coalición coordinadora del cambio** (un equipo de liderazgo. APV propone el 4 x 4 (Salud Reproductiva, Epidemiología, Promoción a la Salud, Salud del Niño. Hay que incluir al supervisor de Segundo Nivel, al responsable de Regulación Sanitaria y al de Banco de Sangre, por lo menos).
- **Comunicar paso a paso el plan para el cambio** (eslabones críticos transformados en espacios de mejora).
- Dar visibilidad a los logros, para crear una competencia sana,.
- Hacer un plan de reconocimiento al personal que mejora su desempeño.
- Posicionar los nuevos flujos organizacionales y protocolos de atención.

**ESLABÓN CRÍTICO: Mortalidad materna por tromboembolia.**

**ACCIÓN DE MEJORA: Actualizar la Norma sobre Prevención de Trombo Embolia en Pacientes Obstétricas**

**Responsable: Jefe de Obstetricia, Jefe de Enseñanza.**

- Búsqueda bibliográfica, y - Revisión de protocolos de otros hospitales (INS)	Síntesis de la revisión de las normas de tratamiento profiláctico a pacientes obstétricas”.	Proxi de efecto intermedio: Incremento en las pacientes que son valoradas como de alto riesgo para tromboembolia, según conste valoración en expediente.
-Proponer un procedimiento para hospitales de la Secretaria de Salud	Realizar un panel de consenso con médicos GO.	Incremento en el % de pacientes con tratamiento profiláctico para prevenir tromboembolia
-Capacitar a todos los médicos que atienden partos y cesáreas en unidades de la Secretaria de Salud		Disminución de casos de tromboembolia en pacientes obstétricas en los hospitales de la SSG



**ESLABÓN CRÍTICO:** Registro de la información insuficiente.

**ACCIÓN DE MEJORA:** Homogeneizar la información Responsables:

Jefe de Enseñanza, Jefe de Epidemiología, Jefe de Primer Nivel de Atención.

ACCIÓN DE MEJORA	INDICADOR DE DESEMPEÑO	INDICADOR DE EFECTO INTERMEDIO
Informar a todos los médicos sobre el llenado de Certificados de Defunción, especialmente el orden de las causas.	Programa de capacitación para primer nivel Programa de capacitación para segundo nivel	Incremento en la calidad del llenado de los CE, medido a través un muestreo de 30 certificados de muertes maternas del segundo semestre del 2002, comparados con segundo semestre del 2003
Asegurar que en todos los Hospitales y Jurisdicciones, se tiene el mismo formato de "Cuestionario Confidencial". Revisar si se ha agregado alguna información útil, para integrarla al formato uniformado.	Evidencia de supervisión (telefónica o presencial) de la existencia del formato en todos los centros hospitalarios, y jurisdiccionales.	100% del "Cuestionario Confidencial". De las MM del 2003, con formato uniformado (y realizado en todos y cada uno de los centros de atención a los que asistió la paciente antes de morir)
Asegurar que el llenado del certificado de defunción lo hagan los médicos, y no personal de las funerarias.	Indicación escrita, por el Dr. Joel Martínez Méndez a todas las jurisdicciones, y a través de la Dirección de Planeación para que se haga un comunicado a las funerarias de todo el Estado.	Evidencia de que el llenado fue hecho por personal médico en el 100% de las MM del 2003

**ESLABÓN CRÍTICO: Alta frecuencia de Parto pretérmino (PP) y producto de Bajo Peso al Nacer (BPN).**

**ACCIÓN DE MEJORA:** Actualizar el conocimiento sobre los factores de condicionantes de PP y de BPN, y establecer los lineamientos para su detección y prevención desde el primer nivel de atención, difundir los lineamientos y capacitar al personal que atiende embarazadas (parteras, médicos, enfermeras) **Responsable: Hospital** y Jefe del Programa de Niño Sano.

-Búsqueda bibliográfica, y - Revisión de protocolos de otros hospitales e Institutos Nacionales de Salud (INS)	-Síntesis de la revisión bibliográfica y de los protocolos de atención preventiva de los Institutos Nacionales, y otros. —Norma actualizada y avalada.	-Incremento en la detección oportuna de embarazadas calificadas como de alto riesgo para Parto Pretérmino,  -Incremento en número de referencia a Módulos atención alto riesgo.
-Difundir los lineamientos y capacitar al personal que atiende embarazadas (parteras, médicos, enfermeras) en el sector público.	Programa de capacitación para primero y segundo nivel	-Incremento en el tratamiento oportuno de embarazadas de alto riesgo en los módulos de atención  -Incremento en el seguimiento de casos de BPN (niños atendidos sobre niños
Difundir los lineamientos y capacitar al personal que atiende embarazadas (parteras, médicos, enfermeras) en el sector privado a través de una propuesta del Secretario al COSEG	-Elaboración de una propuesta para que el Dr. Joel MM se lo presente al Secretario, para el próximo COSEG, y para presentarlo en los Colegios y Asociaciones de GO en el Estado.	

Hemos documentado que en la mayoría de las muertes hospitalarias por hemorragia obstétrica, hubo dilaciones entre la llegada de la paciente al Hospital y la primera nota médica, y entre ésta y la intervención quirúrgica o la ministración de productos hemáticos.

En el 2001 se registraron 1253 muertes maternas. En el 26% la causa registrada es la hemorragia obstétrica. Más del 75% de éstas fueron atendidas en unidades hospitalarias. Causa de muerte: Dilaciones en la atención intra hospitalaria entre un servicio y otro.

## **Documentos de apoyo para los conductores de la metodología: Detección de Eslabones Críticos en los Procesos de Atención para la Prevención de Muertes Maternas:**

-Guía ad-extenso "Detección de eslabones críticos en los procesos de atención, para disminuir muertes maternas. Impreso 26 pp. Dirección General de Salud Materna y Perinatal. Programa Arranque Parejo en la Vida.

-Monitoreo de acciones de mejora.

-Liderazgo en la conducción del cambio

### **BIBLIOGRAFÍA**

Galgano A (1993): "Calidad total". Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid, España.

Harrington H.J. ( 1993) Mejoramiento de los procesos de la empresa". Serie McGraw Hill. Sistema de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud del Instituto Peruano de Servicios de Salud. 1995. Lima, Perú.

Sentinel events: evaluating cause and planning improvement. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. ISBN: 0-86688-334-4 [www.jcaho.org](http://www.jcaho.org)

Núñez-Urquiza RM "DECIDEM: Detección de eslabones críticos; identificación de espacios de mejora". Enviado: Boletín de la Organización Panamericana de la Salud. Mayo del 2001

John P. Kotter Leading Change. Harvard Business School Press 1996. Traducido por la McGraw Hill al Español.

Palencia Avila, Martha. Manual para el desarrollo de un programa de mejora continua de la calidad y eficiencia en Hospitales. (SEP: 165382, 1999. Edición privada: [martha\\_palencia@hotmail.com](mailto:martha_palencia@hotmail.com)

Using performance improvement tools in health care settings. The Joint Commission on accreditation of health care organizations. 2000 Oakbrook Terrace.

Dirección General de Servicios de Salud de Puebla. Guía de detección de riesgos y su ponderación para prevenir muertes maternas. (solicitarlo a la Dra. María Teresa Justo Janeiro)

**Apéndice:** lista de cotejo de acciones esenciales de la atención prenatal.

### **Documentos que se ponen a disposición de quien lo solicite.**

1. Guía rápida para sesiones de análisis de casos
2. Definición de indicadores de desempeño y de indicadores de efecto intermedio. Variables próximas de impacto
3. Formato de diagrama de eslabones
4. Formato de acciones de mejora
5. Formato de concentrado de casos

Ejemplo de síntesis del análisis de una jurisdicción sanitaria.

## APÉNDICE:

### EJEMPLOS DEFINICIÓN DE ACCIONES DE MEJORA

#### Ejemplo 1:

Derivada del caso de la muerte de “Fabiola” de 25 años de edad, con Preeclampsia, Fabiola acudió al médico pasante 5 veces. La última con dolor en epigastrio. Se le prescribió butilioscina y ranitidina. Esa noche los familiares la llevaron a médico privado. Practicó cesárea. La envió al Hospital Público donde. Falleció.

**Acción de mejora:** El Responsable de Enseñanza, convocará a una reunión de pasantes, en donde se expondrá el caso de “Fabiola” que falleció, para evidenciar que aunque seguramente saben los signos de alarma durante el embarazo, si no tienen presente el propósito deliberado de encontrar el riesgo, se les puede pasar por alto. Enseguida se definen indicadores para monitoreo de la acción.

Acción de Mejora	Indicadores de desempeño	Indicadores de efecto intermedio
-Capacitación a los médicos pasantes de la Jurisdicción Sanitaria de, en la detección de antecedentes de riesgo y de detección de signos de alarma durante el embarazo. Especialmente de Preeclampsia / Eclampsia, utilizando el caso de muerte ocurrida.	-Actividad Programada Actividad realizada  -Registro de asistencia.  -Test antes y después de la capacitación	-Incremento del número de expedientes en que se establece el riesgo de las pacientes.  -Incremento de mujeres referidas por Alto Riesgo de Preeclampsia al Hospital General.  -“Indicador Proxi de impacto”: Incremento en número y porcentaje de mujeres embarazadas en el Programa de Riesgo obstétrico en el Hospital General.

Para la definición de indicadores de desempeño y de indicadores de efecto intermedio, y de “variables proxis de impacto, se ha incluido como un anexo a la Guía un material didáctico. Anexo 2.

**ESLABÓN CRÍTICO:** Alta tasa de muertes maternas en los grupos de mujeres mayores de 35 años y multigestas. *Casos de SF y O.*

**ACCIÓN DE MEJORA:** Supervisión y actualización al equipo de supervisión de zona, a las promotoras de PF y de Promoción a la Salud

Responsable: Jefe de Salud Reproductiva, Responsable de PF en Primer Nivel y en el Hospital.

Acción de mejora intermedio	Indicador de desempeño	Indicador de efecto
-Formato actualizado para Jefes de zona en la supervisión de existencia de anticonceptivos, en las localidades y en los censos actualizados de mujeres mayores de 35 años y su visita por las promotoras comunitarias	-Evidencia de que se dio indicación precisa, con fechas, para que los supervisores realicen un chequeo de existencia de anticonceptivos y capacitación a las promotoras de PF, y de promoción a la salud.	Incremento de mujeres mayores de 35 años que están utilizando métodos de PF -Incremento en el total de "usuarias activas de PF en el 2003". -(Impacto a medir en el 2004: disminución del porcentaje de nacimientos procedentes de mujeres mayores de 35 años en el 2004. Es decir, disminución de la tasa de fecundidad en mujeres mayores de 35 años). Disminución de la MM en este grupo etáreo. Disminución de la MM total

**ESLABÓN CRÍTICO:** Egresos precoces de cesáreas. **ESPACIO DE MEJORA:** Revisar y estandarizar la norma de hospitalización postcesárea.

Acción de mejora intermedio	Indicador de desempeño	Indicador de efecto
Acción de Mejora: Proponer una "norma basada en la evidencia médica"	Síntesis de la revisión de las normas de hospitalización postcesárea".	Acuerdo sobre la norma de hospitalización postcesárea.  Disminución a cero de egresos precoces post- cesárea (Según lo que establezca la norma). En un muestreo de egresos en hospitales privados y públicos, en el último bimestre del 2003
Revisar la norma bajo el paradigma de "Medicina basada en la evidencia"	Realizar un panel de consenso con médicos GO.	
	Proponer la norma para que se estandarice el procedimiento en los Hospitales públicos y privados	

# Eslabones del proceso de atención de la mujer (desde el desenlace de último embarazo), embarazo, parto y puerperio Caso de Muerte Materna

<p><b>FICHA DE INDENTIDAD Y RESUMEN DE ANTECEDENTES RELEVANTES</b></p> <p><b>Antecedentes Patológicos Y Reprocutivos</b></p> <p>NOMBRE</p> <p>NUM. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN</p> <p>Localidad de residencia</p> <p>Centro de salud correspondiente o UMR</p> <p>Antecedentes personales patológicos y reproductivos</p> <p>C a s o 1</p>	<p><b>Programas preventivos</b></p> <p>¿Registro en Censo MEF?</p> <p>Registro en vacunación tdPenúltimo embarazo.</p> <p>Intervalo Inter-genésico?</p> <p>¿PF post evento?</p>	<p><b>Atención Prenatal</b></p> <p>¿Se hizo de acuerdo con la norma 007?</p> <p>¿Cuántas consultas? ¿Ed gest al inicio?</p> <p>¿Evaluó riesgo? ¿Se refirió?</p> <p>¿Se hicieron exámenes de Lab?</p> <p>Se prescribió Hierro, ácido fólico? ¿VDRL?</p>	<p>Se hizo Referencia?</p>
<p>Observaciones:</p>			

Eslabones de los procesos de atención. Referencia. PARTO Y PUERPERIO

<div>2<sup>do</sup> nivel Atención por especialistas, "Modulo Mater" Especifique por qué riesgo o complicación, Dónde se atendió? ¿se resolvió o estabilizo el problema? ¿se hospitalizo? ¿se refirió?</div>	<div>¿Referencia Para el PARTO? Especifique condiciones del traslado</div>	<div>PARTO y Puerperio inmediato. Revise si hubo <b>dilataciones</b> en la atención, Junto con obstetra y cirujano revise la calidad Del proceso de atención</div>	<div>Contrareferencia Para vigilancia del puerperio?</div>	<div>Causa de muerte Hay congruencia? ¿no? explique</div>
<div>Si cambia de hoja repita nombre o CD</div>				
<div>S C a s o 1</div>				
<div>Observaciones:</div>				

Detección de **Eslabones Críticos** en los procesos de atención; identificación de **espacios de mejora**, para la prevención de muertes maternas

DECIDEM

Compromisos de Sesión Gerencial

Estado de \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Líder \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

Líder operativo: \_\_\_\_\_

Definición de compromisos en acciones de mejora, por cada uno de los eslabones críticos de los procesos de atención.

Responsables de monitorear las acciones de mejora. \_\_\_\_\_

<b>Eslabón crítico</b>	<b>Acción de mejora ¿dónde? ¿cuándo? ¿quién?</b>	<b>Indicador de desempeño</b>	<b>Indicador de efecto intermedio</b>

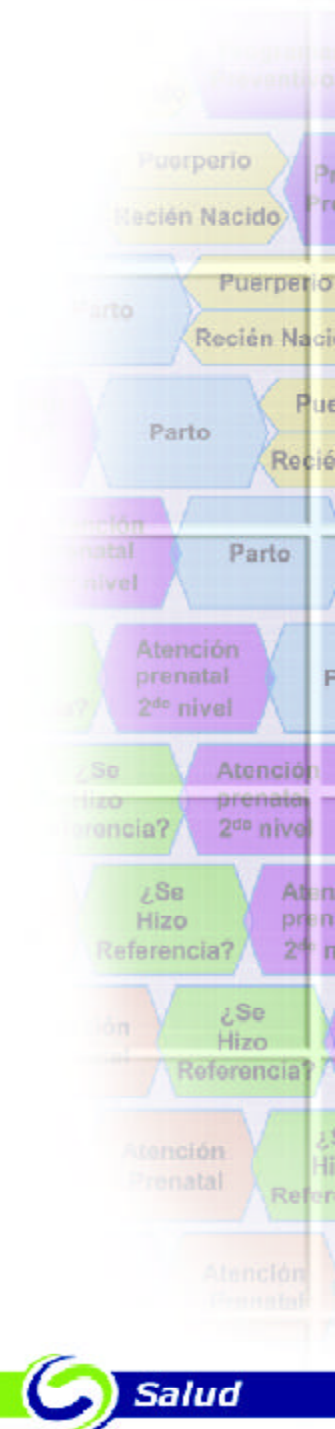
Responsables de monitorear las acciones de mejora. \_\_\_\_\_

<b>Eslabón crítico</b>	<b>Acción de mejora ¿dónde? ¿cuándo? ¿quién?</b>	<b>Indicador de desempeño</b>	<b>Indicador de efecto intermedio</b>

Responsables de monitorear las acciones de mejora. \_\_\_\_\_

<b>Eslabón crítico</b>	<b>Acción de mejora ¿dónde? ¿cuándo? ¿quién?</b>	<b>Indicador de desempeño</b>	<b>Indicador de efecto intermedio</b>





[www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)