



Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional

*El Pueblo, Presidente!*

**Ministerio de Salud de Nicaragua**

Dirección General de Servicios de Salud

## Experiencias de Mejoramiento Contínuo de la Calidad de la Atención Materno-Neonatal y de la Niñez



Lecciones aprendidas por los equipos de calidad para lograr la aplicación de prácticas basadas en la evidencia en cuidados obstétrico y neonatal esencial, pediátricos y en la integración de consejería de planificación familiar y VIH y Sida

Diciembre del 2008 • Managua, Nicaragua

# **Experiencias de Mejoramiento Contínuo de la Calidad de la Atención Materno-Neonatal y de la Niñez**

Lecciones aprendidas por los equipos de calidad para lograr la aplicación de prácticas basadas en la evidencia en cuidados obstétrico y neonatal esencial, pediátricos y en la integración de consejería de planificación familiar y VIH y Sida

El presente informe documenta la experiencia acumulada por el personal de salud en la implementación de cambios organizativos, mejoras en las competencias y de otros aspectos en aras de lograr los estándares de calidad definidos por el Ministerio de Salud. Además es un reconocimiento a la creatividad, perseverancia y vocación de servicio de los profesionales de la salud quienes con su esfuerzo diario han logrado este cúmulo de lecciones de mejora de procesos.



## Introducción

La Dirección General de Servicios de Salud del Ministerio de Salud de Nicaragua desde el año 2003 inició un proceso colaborativo de mejoramiento continuo de la calidad de la atención a la mujer y niñez nicaragüense.

Dos colaborativos de mejoramiento se iniciaron en esa fecha, siendo estos, el de mejoramiento de los cuidados obstétricos esenciales y el de los cuidados pediátricos hospitalarios. En la fase demostrativa, ambos colaborativos iniciaron con 31 equipos de calidad provenientes de hospitales y centros de salud. De forma unánime, los equipos se propusieron alcanzar los estándares de calidad elaborados inicialmente por un grupo de expertos y en consenso posterior con cada uno de los participantes en el colaborativo, implementar un paquete de cambios basados en la evidencia médica y mejores prácticas así como ir documentando aquellos pequeños cambios organizacionales, formas de atención y otras ideas novedosas que permitiesen mejorar los indicadores de calidad y cuyos resultados fueron compartidos en diversas sesiones de aprendizaje organizados y llevados a cabo a través de encuentros nacionales inicialmente y posteriormente a nivel regional. Estas sesiones de aprendizaje, además de facilitar la oportunidad del intercambio de datos y experiencias exitosas permitieron la sana competencia y ser vehículo de estímulo y orgullo de aquellos equipos de calidad que a pesar de desarrollar su trabajo en condiciones difíciles lograban resultados impresionantes.

Para el año 2006 dio inicio el colaborativo de integración de la consejería de planificación familiar con la de VIH y promoción de la prueba con un número inicial de 61

establecimientos entre hospitales y centros de salud, siguiendo la misma modalidad y diseño de los procesos colaborativos materno y de la niñez

A finales del 2007, estos tres colaborativos concluyeron su fase de expansión al incorporar establecimientos de salud de 16 de los 17 SILAIS del país, siendo Managua el SILAIS que no participó de esta experiencia.

Estos colaborativos de mejoramiento contaron con la asistencia técnica y financiera de diversas agencias y proyectos tales como USAID a través de su Proyecto de Garantía de Calidad, UNICEF, CARE, JICA, Luxemburgo, OMS/OPS, FamiSalud, SARED, UNFPA, DELIVER, PASMO y PASCA, siendo este esfuerzo conjunto un verdadero ejemplo de alineación y armonización alrededor de las prioridades estratégicas del Ministerio de Salud.

Esta riqueza de experiencias novedosas, de pequeños cambios exitosos, de expansión rápida y de motivación del personal de salud, es la razón del presente informe. En él se documentan los tres colaborativos de salud materna, cuidados pediátricos y promoción de la prueba de VIH, destacándose los objetivos de mejoramiento, indicadores, paquete de cambio y un recuento de las principales actividades llevadas a cabo en aras de modificar las antiguas formas en que se brindaba la atención en salud hacia una nueva centrada en las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.

El reconocimiento de la Dirección General de Salud, a los verdaderos promotores del cambio, el personal de salud, quienes son los verdaderos redactores de este documento de lecciones y enseñanzas.

*Esta asistencia técnica es posible por el apoyo del Pueblo Norteamericano a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID, y su Proyecto de Mejoramiento de Atención en Salud. El Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud de USAID es manejado por URC bajo el contrato número GHN-I-00-07-00003.*

*Lo descrito en la presente publicación no expresa el punto de vista o posición de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos.*

# Contenido

<b>Colaborativo de Mejoramiento de los Cuidados Pediátricos Hospitalarios</b>	7
Introducción, Objetivos y Fase demostrativa	9
Paquete de cambio inicial e indicadores	10
¿Cómo fueron implementándose los cambios a nivel local?	11
Las sesiones de aprendizaje	15
El paquete de cambio ajustado para la expansión	16
Resultados y Lecciones Aprendidas	17
<b>Documentación de Resultados del Colaborativo de Cuidados Obstétricos Esenciales</b>	19
Introducción	21
Objetivo general:	21
Organización	22
Atención Prenatal	25
Atención del Parto	26
Atención del Puerperio	27
Complicaciones Obstétricas	28
Abordaje y Tratamiento del Síndrome Hipertensivo Gestacional	30
Abordaje y Tratamiento de la Hemorragia Post Parto	31
Resultados de Proceso	32
Resultados de Impacto	33
Lecciones Aprendidas	34

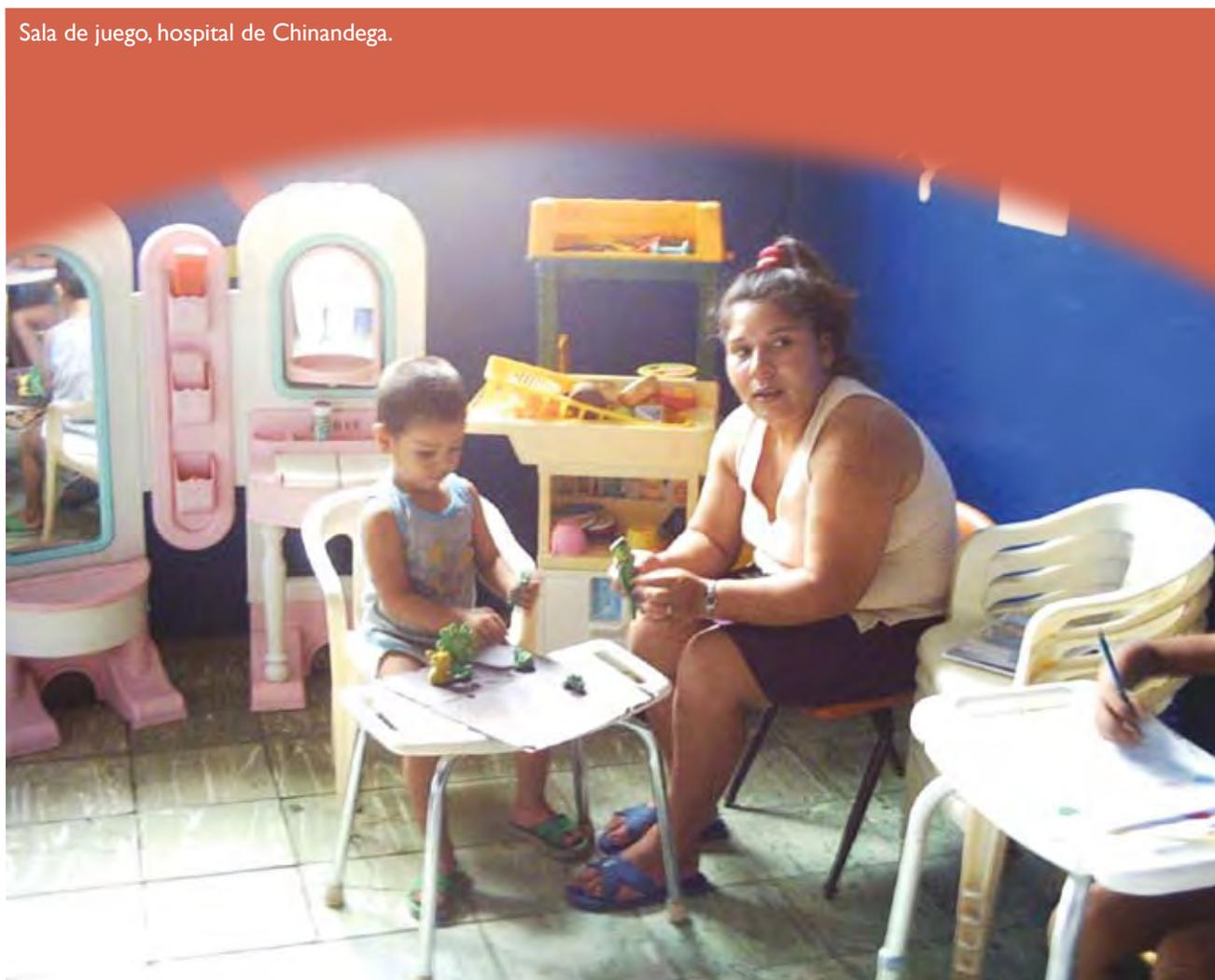
<b>Documentación de Resultados del Colaborativo de Integración de la consejería en Planificación Familiar (PF) y VIH</b>	35
Introducción	37
Objetivo general:	37
Organización	37
Objetivos de mejoramiento	38
Paquete de cambio	38
Cambios implementados por los equipos de mejoramiento y prácticas exitosas	40
Abordaje y Tratamiento del Síndrome Hipertensivo Gestacional (SHG)	40
Red de Laboratorio	41
Monitoreo	42

# Colaborativo de Mejoramiento de los Cuidados Pediátricos Hospitalarios

Dirigido a la vigilancia de la calidad de la atención de los niños y niñas de 1 mes a los 5 años de edad.



Sala de juego, hospital de Chinandega.



# Documentación de las prácticas exitosas, innovaciones y lecciones aprendidas

## Introducción

El Colaborativo de los Cuidados Pediátricos hospitalarios nace como una necesidad para contribuir en la reducción de la morbilidad y mortalidad en la niñez, fortaleciendo de esta manera los esfuerzos del Ministerio de Salud por elevar la calidad de la atención pediátrica en estas unidades de salud.

A través del colaborativo se introdujeron una serie de cambios, tanto en la práctica como en el conocimiento del personal de salud, con el propósito de mejorar la atención de los niños y niñas hospitalizados por causa de las enfermedades infecciosas más comunes de la infancia, priorizando sin embargo, aquellos procesos dirigidos a la atención de la neumonía, la diarrea y la desnutrición severa.

En la línea de base realizada para identificar las oportunidades de mejora en el **abordaje de la neumonía, diarrea y desnutrición severa**, los hallazgos fueron los siguientes:

- No existía un mecanismo de priorización de la atención de los niños(as) atendidos en el servicio de emergencia de los hospitales.
- Insuficiente reconocimiento de los signos de peligro por el personal de salud y poca vigilancia de los niños y niñas hospitalizados.
- No se clasificaba la neumonía con base en los signos de peligro.
- No se clasificaba la gravedad de la deshidratación del niño(a) con diarrea
- Prescripción innecesaria de antibióticos en la diarrea.
- Prescripción de otros fármacos no recomendados en el niño con diarrea (antidiarreicos, antieméticos, antiespasmódicos)
- No se determinaba el estado nutricional del niño(a) hospitalizado
- No se realizaba un abordaje integral al niño (a) desnutrido severo.

- Los traslados de niños(as) críticamente enfermos se realizaban en condiciones inadecuadas.

## En este documento se describen:

- El área temática del colaborativo y su paquete de cambio,
- Objetivos del colaborativo
- Prácticas exitosas implementadas por los equipos,
- Lecciones aprendidas
- Resultados obtenidos
- Paquete de cambio modificado y listo para ser implementado durante la fase de expansión, al resto de hospitales.

## Fase demostrativa

Septiembre 2003 a diciembre 2007

## Área del Colaborativo

Mejoramiento de los Cuidados Pediátricos Hospitalarios.

## Fecha del Colaborativo

Inició en septiembre del 2003 y finalizó en diciembre 2007.

## Objetivo General del Colaborativo

Contribuir a la reducción de la morbimortalidad de los niños(as) menores de 5 años hospitalizados por neumonía, diarrea y desnutrición.

## Resultados esperados

- Reducción de la letalidad por neumonía, diarrea y desnutrición.
- Mejorada la organización de los servicios de emergencia y pediatría.
- Identificado el paquete de cambio a ser expandido al resto de hospitales.

### Paquete de cambio inicial:

- Aplicación de un mecanismo para la evaluación, clasificación y tratamiento de los niños(as) que acuden a los servicios de emergencia de los hospitales (Triage).
- Aplicación de un mecanismo de control y seguimiento de los niños y niñas con signos de peligro hospitalizados en el servicio de pediatría.
- Clasificar la neumonía y prescribir la Penicilina Cristalina como antibiótico de primera elección.
- Clasificar la diarrea y usar antibióticos solamente en la diarrea por disentería.
- Usar líquidos intravenosos solamente en el niño(a) con diarrea y deshidratación severa.
- Abordaje integral al niño(a) desnutrido severo.
- Cumplir criterios durante el transporte en los niños(as) trasladados a otra unidad de salud de mayor resolución.

### Indicadores del Colaborativo

- Porcentaje de niños y niñas con diagnóstico de neumonía grave y muy grave a quienes se les garantizó el tratamiento establecido.
- Porcentaje de niños y niñas con diagnóstico de diarrea y deshidratación severa a quienes se les garantizó el tratamiento establecido.
- Porcentaje de niños y niñas con diagnóstico de desnutrición severa a quienes se les brindó un abordaje integral.
- Porcentaje de niños y niñas críticamente enfermos a quienes se les cumplió los criterios establecidos durante el traslado.
- Número de hospitales aplicando Triage en sus servicios de emergencia..

Preparación de fórmulas básicas de realimentación.



## ¿Cómo fueron implementándose los cambios a nivel local?

### Organizativos

Oportunidades de mejora	Cambios implementados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los niños y niñas críticamente enfermos eran hospitalizados en diferentes salas.</li> <li>• El déficit de recursos humanos y la ubicación de los niños y niñas con signos de peligro en diferentes ambientes dentro del servicio de pediatría, limitaba la vigilancia de los mismos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acondicionamiento de ambientes de hospitalización dentro del servicio de pediatría para concentrar a los niños y niñas críticamente enfermos.</li> <li>• La asignación de las camas ubicadas cerca de la estación de enfermería para los niños(as) críticamente enfermos, en aquellos hospitales con problemas de infraestructura.</li> <li>• Se creó un stock de insumos médicos en el área donde se concentraban a los niños(as) críticamente enfermos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El personal de enfermería no vigilaba al niño(a) críticamente enfermo durante los turnos nocturnos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño e incorporación al expediente clínico de una hoja listando los signos de peligro a vigilar en cada niño(a) según su patología: diarrea, neumonía, desnutrición severa, esto facilitó no solo el registro de la información sino también la optimización del tiempo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El stock de medicamentos ubicados en los servicios de Pediatría no estaban equipados con los insumos médicos necesarios para la atención del niño(a) críticamente enfermo..</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición de un listado de los fármacos y equipos a ser incluidos en el stock.</li> <li>• Diseño de una lista de chequeo para la verificación diaria de la disponibilidad de los insumos del stock.</li> <li>• Asignación a la enfermera responsable del servicio de Pediatría, la tarea de verificar diariamente la disponibilidad de los insumos del stock.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Débil trabajo en equipo</li> <li>• Pobre coordinación con las unidades de salud del Primer Nivel de Atención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformación de un equipo de calidad para la vigilancia de los procesos de atención en el servicio de Pediatría.</li> <li>• Integración de los equipos de dirección de los hospitales a las sesiones de trabajo mensual de los municipios y la sede del Ministerio de Salud a nivel local (SILAIS).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existían mecanismos de evaluación, clasificación y tratamiento de los niños(as) que acuden a los servicios de emergencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de criterios para la priorización de la atención.</li> <li>• Acondicionamiento de un área de choque para la atención del niño(a) grave.</li> <li>• La verificación diaria de los insumos del stock de medicamentos del servicio de emergencia.</li> <li>• Diseño y colocación de afiches de los signos y síntomas de prioridad para la atención.</li> <li>• Diseño de una cinta de bolsillo para la evaluación y tratamiento de los niños(as) graves.</li> <li>• Colocación, de un color en la hoja de consulta (rojo, amarillo o verde) según la condición del paciente para establecer la prioridad en la atención.</li> </ul>

### Oportunidades de mejora

- Ausencia de guía clínicas
- No había criterios unificados para el manejo clínico de los niños (as) hospitalizados.
- Prescripción inadecuada de los antibióticos.
- No había un abordaje integral de los niños(as)
- No existía un mecanismo de monitoreo de la calidad de la atención en el servicio de pediatría
- La evaluación nutricional y del crecimiento, estaba limitada al peso y la edad.
- No se brindaba consejería sobre el reconocimiento de los signos de peligro a las madres y/o tutores.

### Cambios implementados

- Diseño de una Guía clínica (AIEPI hospitalario).
- Distribución de la Guía clínica a todo el personal del servicio de pediatría.
- Estandarización de los abordajes de las enfermedades más comunes de la infancia.
- Asignación de la Guía de AIEPI hospitalario en todas las salas de hospitalización para facilitar el manejo de los niños(as) y su consulta durante los turnos.
- Introducción de una nueva metodología de capacitación mediante concursos de conocimiento para promover el autoestudio, la competencia sana entre personal médico y de enfermería así como la entrega de premios para estimular a los destacados.
- Diseño e implementación de estándares e indicadores de calidad para neumonía, diarrea y desnutrición severa.
- Creación de listas de chequeo para la atención de la neumonía, la diarrea y la desnutrición severa, esto incluye los criterios a cumplir según lo establecido en el estándar.
- Involucramiento de todo el personal médico y de enfermería en el proceso de medición de los indicadores.
- Asignación de la medición del indicador al médico responsable de la sala (especialista, médico general o enfermera).
- Revisión conjunta de los expedientes clínicos, con el médico(a) o personal de enfermería involucrado(a) en el incumplimiento de la norma.
- Colocación de las listas de chequeo en lugares visibles tanto en la sala de emergencia como de pediatría para que el personal médico o de enfermería verificara durante la atención de un niño(a) el cumplimiento del protocolo, en otros hospitales optaron por incorporarla al expediente clínico del niño(a)
- Sesiones mensuales de trabajo con todo el personal del servicio de pediatría para compartir los resultados de la medición, señalando los avances y problemas identificados en el cumplimiento de los protocolos.
- Incorporación de la medición de la talla en la evaluación del examen físico.
- La determinación del estado nutricional del niño(a) basado en el peso y la talla.
- Incorporación al Plan de charlas educativas dirigidas a las madres y/o tutores, el tema sobre reconocimiento de los signos de peligro.

Oportunidades de mejora	Cambios implementados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existía un abordaje integral para el niño(a) desnutrido severo.</li> <li>• No se brindaba consejería para enseñar a las madres y/o tutores sobre prácticas y hábitos saludables en la alimentación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño e implementación de un protocolo de atención para el niño(a) desnutrido severo.</li> <li>• Definición y medición de los indicadores para la vigilancia del cumplimiento de los protocolos de atención.</li> <li>• Gestión para la compra de sulfato ferroso y multivitaminas para cumplir con el tratamiento durante la fase de recuperación nutricional.</li> <li>• Gestión de insumos básicos para la preparación de las fórmulas de realimentación.</li> <li>• Relactación a todo niño(a) desnutrido severo menor de 6 meses.</li> <li>• Control de la ingesta y tolerancia de las fórmulas básicas por parte del personal de enfermería.</li> <li>• Medición, registro y control gráfico en el expediente clínico de la ganancia de peso.</li> <li>• Incorporación del estado nutricional en la lista de problemas del expediente clínico.</li> <li>• Establecimiento de un horario especial de alimentación para prevenir la hipotermia y la hipoglucemia (alimentos cada 2 horas).</li> <li>• Conformación de un equipo multidisciplinario (médico, enfermería, nutrición, trabajo social y psicología) para el abordaje integral del desnutrido severo.</li> <li>• Creación de ambientes de juegos en la salas de pediatría para promover la estimulación temprana.</li> <li>• Seguimiento a través de la consulta externa al niño(a) que egresa por desnutrición severa.</li> <li>• Incorporación de diferentes actores sociales para apadrinar la atención del niño(a) desnutrido severo.</li> <li>• Coordinación con las unidades de salud del Primer Nivel de Atención para el seguimiento del niño(a) con desnutrición severa una vez que egresa.</li> <li>• Visitas interhospitalarias para el intercambio de experiencias y prácticas exitosas.</li> <li>• Diseño de murales de calidad en los servicios de pediatría para divulgar la calidad de la atención brindada a los niños(as) hospitalizadas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mayoría de los niños(as) trasladados en condición grave, a unidades de referencia nacional, no eran estabilizados ni acompañados por personal entrenado.</li> <li>• No contaban con un stock de medicamentos y equipos para brindar la atención durante el transporte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas de coordinación entre los hospitales de referencia nacional y departamentales, priorizando aquellos hospitales con mayores problemas.</li> <li>• Información de los roles de turnos y de los números telefónicos de los responsables de los turnos de forma sistemática.</li> <li>• La coordinación por teléfono o por radio de todo traslado.</li> <li>• Diseño de una hoja para registrar la atención brindada durante el transporte de todo niño(a) trasladado en condición grave.</li> </ul>

## Procesos (Continuación)

Oportunidades de mejora	Cambios implementados
<ul style="list-style-type: none"> <li>No existían mecanismos de comunicación de los traslados enviados ni de retroalimentación, entre los hospitales de referencia nacional y los hospitales departamentales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diseño de una lista de chequeo previo a la realización de todo traslado en condición grave para verificar la atención brindada.</li> <li>Un personal médico o de enfermería acompaña siempre a todo niño(a) trasladado en condición grave.</li> <li>Se implementó en algunos hospitales una caja en otros un maletín conteniendo los insumos médicos básicos para brindar la atención médica necesaria durante el transporte.</li> <li>Revisión diaria de la disponibilidad de los insumos básicos tanto del stock existente a la sala de emergencia como del maletín utilizado durante el transporte de todo niño(a) en condición grave.</li> <li>Intercambio de información entre los hospitales y los municipios acerca de los traslados realizados.</li> <li>Ubicación de un área dentro del hospital para la recepción y entrega de las contrarreferencias realizadas por el servicio de pediatría.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>El personal de salud (médicos y enfermería) de las unidades del Primer Nivel de Atención no recibía entrenamiento para la atención del niño(a) en condición grave</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diseño de un documento base para la creación de Centros Docentes de Referencia en hospitales departamentales.</li> <li>Conformación de un equipo de tutores docentes (médicos y de enfermería) del servicio de pediatría para desarrollar las pasantías.</li> <li>Entrenamiento a médicos y personal de enfermería en la atención de niños(as) menores de 5 años, en condiciones graves mediante la modalidad de pasantías, priorizando los SILAIS con mayores tasas de mortalidad infantil y de la niñez.</li> <li>Aprendizaje basado en problemas, utilizando casos clínicos reales.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuficientes mecanismos de medición de la satisfacción del usuario(a) externo a nivel de los hospitales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diseño, validación e implementación de un formato único para la medir la percepción de los usuarios externos acerca de la atención recibida en las unidades hospitalarias.</li> <li>Discusión y análisis de los resultados de las encuestas de medición de la satisfacción de los usuarios externos.</li> <li>Diseño de un flujograma para la gestión de las quejas.</li> <li>Personal externo a la institución (estudiantes de secundaria y de enfermería) fue incorporado para la realización de las encuestas.</li> <li>Incorporación dentro de las líneas estratégicas del Plan Operativo Anual la realización de encuestas de medición de la satisfacción de los usuarios externos al menos dos veces al año.</li> <li>Introducción de un nuevo enfoque de la atención del niño(a), abordando aspectos relacionados a la humanización de la atención, relaciones interpersonales y trabajo en equipo.</li> </ul>

## Las sesiones de aprendizaje facilitaron la difusión de las prácticas exitosas entre los equipos de mejoramiento

Sesiones de Aprendizaje	Temas Revisados
<b>Primera (Oct. 03)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discusión de los hallazgos de la línea de base relacionada a los procesos de atención para neumonía, diarrea, desnutrición severa y la organización de los servicios.</li> <li>• Presentación y discusión del Paquete de cambio.</li> <li>• Diseño de los estándares e indicadores para la vigilancia de la calidad de atención.</li> <li>• Conformación de equipos de mejoramiento.</li> <li>• Definición de roles y funciones de cada uno de los miembros del equipo de mejoramiento.</li> </ul>
<b>Segunda (Dic. 2003)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discusión de los resultados de las primeras mediciones realizadas por los equipos.</li> <li>• Presentación de las mejoras implementadas</li> <li>• Capacitación en la implementación de ciclos rápidos.</li> </ul>
<b>Tercera (Marzo 2004)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abordaje integral del niño(a) desnutrido severo.</li> <li>• Ajustes al estándar e indicador para el manejo del niño(a) desnutrido severo.</li> <li>• Validación del instrumento a utilizar para la medición de la satisfacción de los usuarios externos.</li> <li>• Revisión de los servicios brindados a nivel hospitalario enfocados en los niños(as).</li> </ul>
<b>Cuarta (Agosto 2004)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intercambio de experiencias entre los equipos de mejoramiento de los hospitales de la fase demostrativa del colaborativo y de la fase de expansión.</li> <li>• Ajustes al Paquete de cambio con base a las experiencias obtenidas durante la fase demostrativa.</li> </ul>



Consejería Nutricional.

## **El paquete de cambio ajustado por los equipos de la fase demostrativa, está listo para ser difundido en los hospitales de la fase de expansión**

### **Paquete de cambio**

1. Aplicación de un mecanismo para la evaluación, clasificación y tratamiento de los niños(as) que acuden a los servicios de emergencia de los hospitales (Triage)
2. Estandarizar los manejos clínicos para la neumonía, diarrea y desnutrición severa, tanto en el personal médico como de enfermería, con base al protocolo de atención establecido.
3. Utilización de guías clínicas, afiches, flujogramas, listas de chequeo que faciliten la atención de los niños(as) en los servicios de Pediatría y Emergencia.
4. Creación de Centros Docentes Departamentales para el desarrollo de competencias del personal médico y de enfermería.
5. Garantizar el abordaje integral del niño(a) desnutrido severo por un equipo multidisciplinario (Psicología, Trabajo social, Nutrición, Fisiatría y Pediatría)
6. Incorporar dentro de los formatos del expediente clínico y que son utilizados por el personal de enfermería, aquellos aspectos clave a vigilar en cada niño(a) hospitalizado según su patología de base.
7. Concentrar en un solo ambiente a los niños(as) en condiciones delicadas para facilitar al personal de salud la atención oportuna y adecuada, de acuerdo a lo establecido en los protocolos clínicos.
8. Garantizar un stock de insumos básicos para la atención de los niños(as) hospitalizados tanto en los servicios de emergencia como de pediatría y, cumplir con la verificación diaria de la disponibilidad de los mismos.
9. Garantizar los insumos básicos (equipos, medicamentos y materiales de reposición periódica) para la atención de las enfermedades de los niños(as).
10. Involucramiento de todo el personal clínico (médicos y enfermería) en el proceso de medición, análisis de los resultados y divulgación del cumplimiento de los estándares e indicadores.
11. Garantizar la estabilización previa a todo niño(a) que es trasladado a otra unidad de salud de mayor resolución así como la atención durante el transporte, el acompañamiento por personal de salud adiestrado y su coordinación con la unidad de salud que lo recibe.
12. Utilización de las referencias y contrarreferencias para el seguimiento de la atención de todo niño(a) que egresa del hospital.
13. Medición de la satisfacción de los usuarios externos al menos dos veces al año para enfocar los servicios de salud en función de los niños(as) hospitalizados.
14. Adecuación de un ambiente para la recreación y estimulación temprana de los niños(as) hospitalizados.
15. Enseñar a las madres y/o tutores la aplicación de prácticas saludables en el cuidado del niño(a), su alimentación y, la identificación de signos de peligro.
16. Asegurar el desarrollo de competencias para la atención del niño(a) en condición grave y, la comunicación fluida entre el personal de salud a lo interno del hospital y entre las diferentes unidades.
17. Asegurar la difusión de las mejores prácticas mediante la realización de visitas interhospitalarias y encuentros colaborativos a nivel local, regional y nacional.

### **Primera Expansión (Ago.- Dic. 2004, 5 meses)**

- RAAN
- Boaco
- Granada
- Nueva Segovia

### **Segunda Expansión – Dic. 2006 (12 meses)**

- La Trinidad
- León
- Juigalpa
- Masaya

### **Tercera Expansión: Ene-Dic 07 (12 meses)**

- Rivas
- Río San Juan
- Unidades del Primer Nivel de Atención de RSJ, RAAN, Nueva Segovia y Granada.

## Resultados

- Reducción en un 15% del número de niños(as) fallecidos por neumonía.
- Equipos multidisciplinarios atendiendo de manera integral al desnutrido severo.
- Niños y niñas graves trasladados en mejores condiciones.

## Lecciones aprendidas

- La creación de alianzas con otros organismos de cooperación que también trabajan el tema de salud

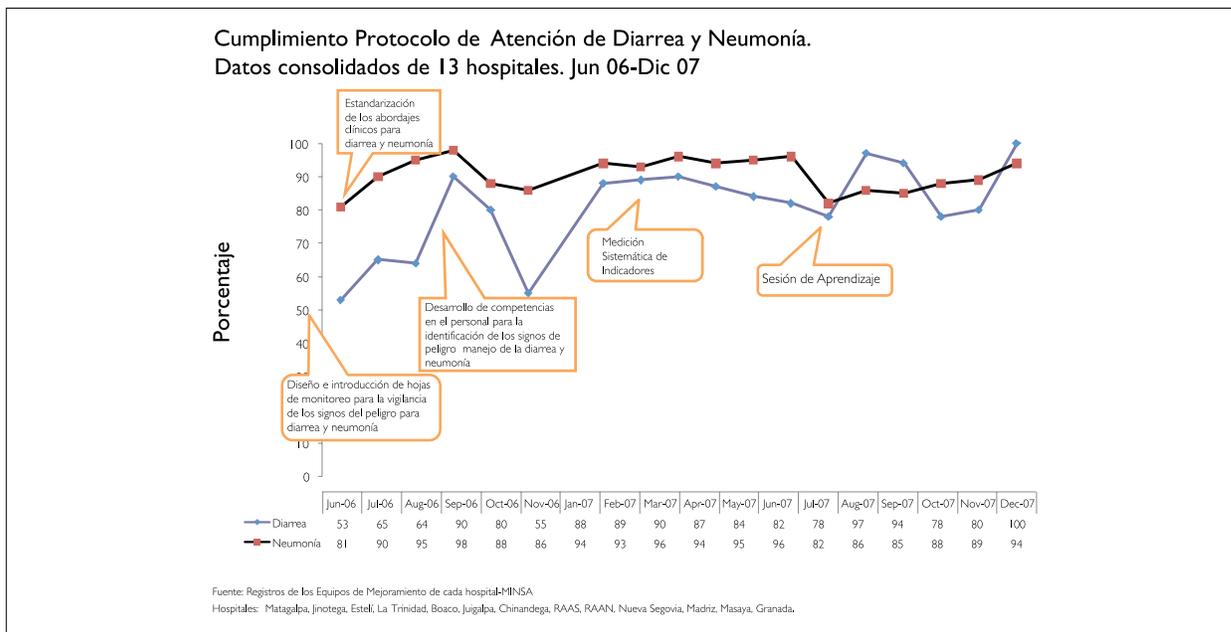
infantil tales como UNICEF, CARE y OPS contribuyó de manera muy positiva a la implementación del colaborativo.

- El involucramiento de actores sociales a nivel local permitió impulsar las estrategias para la mejora de la atención de los niños(as) hospitalizados.

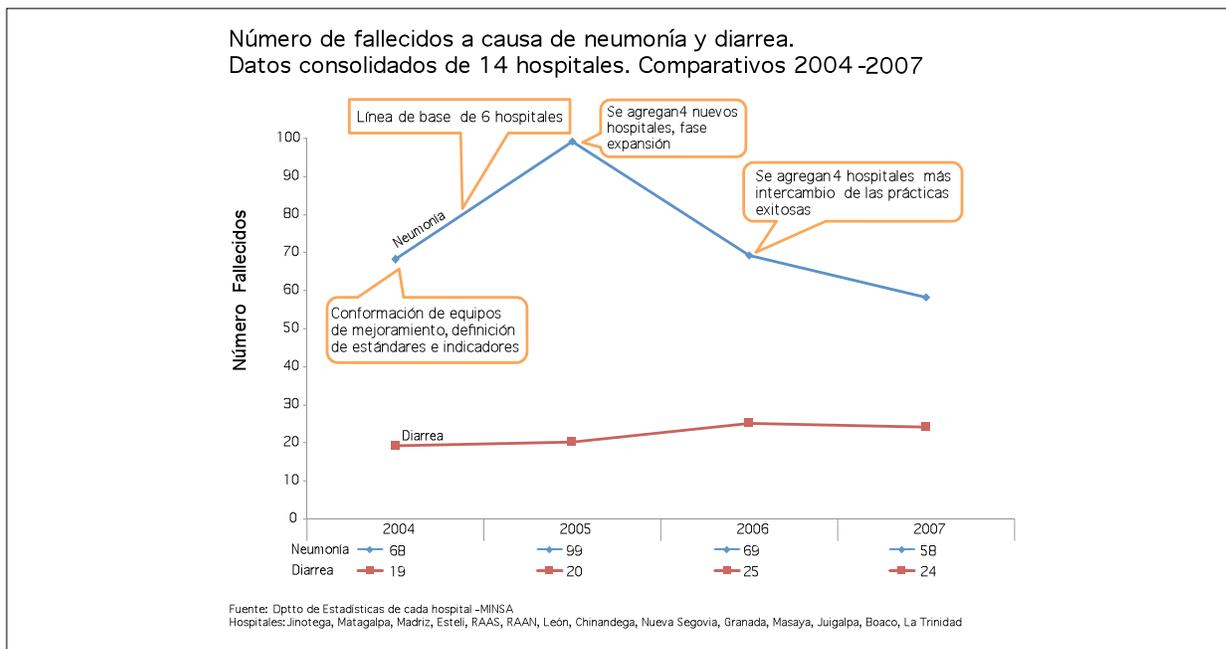


Equipo de enfermeras Depto. de Rivas.

**Gráficos:**  
De proceso



De resultado





## Documentación de Resultados del Colaborativo de Cuidados Obstétricos Esenciales



## Introducción

En el año 2003, Nicaragua fue incluida en el Proyecto Colaborativo de Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) como parte de las actividades de la Iniciativa para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal. Los otros países participantes en el Colaborativo fueron Ecuador y Honduras.

Inicialmente se tenía previsto que la Fase Demostrativa del Colaborativo se realizara en dos SILAIS del país, pero se inició en tres, siendo estos Matagalpa, Chinandega y la RAAS. Al finalizar el colaborativo en diciembre de 2007, las actividades ya se habían extendido a 16 de los 17 SILAIS del país. Esta excepción corresponde al SILAIS Managua.

El Colaborativo en Nicaragua liderado por el Ministerio de Salud, se desarrolló con el apoyo interagencial de: Proyecto de Garantía de Calidad (QAP/USAID), ahora conocido como Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (USAID/HCI), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el apoyo en diferentes territorios por parte del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), CARE, Fondo para la Maternidad e Infancia Segura (FONMAT), Proyecto SARED y Médicos del Mundo de España.

Las actividades fundamentales del Colaborativo, estuvieron enfocadas en procesos de Atención Prenatal, Parto, Puerperio y en el Abordaje y Tratamiento de las Principales Complicaciones Obstétricas causantes de muerte materna en el país, que son el Síndrome Hipertensivo Gestacional (Pre Eclampsia Grave y Eclampsia), Hemorragia Post Parto y Sepsis Puerperal.

Estándares e indicadores de calidad comunes a los países participantes en el Colaborativo fueron elaborados, seleccionados y adaptados, pero comparables entre países. El documento Estándares e Indicadores de Calidad de Procesos de Atención de la Embarazada y del Recién Nacido, MINSAL Agosto 2003, oficializó e institucionalizó estos estándares e indicadores, los cuales fueron reproducidos y difundidos a

todas las unidades de salud de todo el territorio nacional. La Segunda Edición de este documento, de Febrero de 2004, redujo previo proceso de revisión con el personal de salud participante en el Colaborativo a 11 estándares de los 18 originales.

La mayoría de los criterios contenidos en estos indicadores de procesos fueron incorporados en la Historia Clínica Perinatal, la cual fue modificada y difundida en el país en Febrero de 2005.

Al iniciar el colaborativo, no se contaba con un protocolo nacional para el abordaje y atención de las complicaciones obstétricas, y aunque existían esfuerzos por protocolizar los manejos localmente, estos no eran conocidos en la unidad de salud.

Desde el año 2004, se inició un esfuerzo Interagencial y de la Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia (SONIGOB) en apoyo al MINSAL para la actualización de las Normas y Protocolos de Atención de las Complicaciones Obstétricas, la que se finalizó y reprodujo a finales del año 2006. Estos protocolos están basados en la mejor evidencia científica disponible y en las mejores prácticas de la OMS.

A continuación compartimos las deficiencias generales, así como las mejoras, innovaciones y cambios organizacionales generados por los equipos de calidad de los establecimientos de salud participantes en el Colaborativo.

### Objetivo general:

Contribuir a la implantación de los Cuidados Obstétricos Esenciales y mejorar el manejo basados en las mejores prácticas de las complicaciones obstétricas y de esta manera reducir las causas evitables de mortalidad materna.

### Metas del Proyecto Colaborativo:

- a) Incrementar la demanda y el acceso a la atención de parto asistido por un proveedor calificado y de las complicaciones obstétricas.

- b) Mejorar la calidad técnica de la atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido normal.
- c) Mejorar la calidad técnica de la atención a las complicaciones obstétricas.
- d) Poner en marcha un Sistema de Cuidado Obstétrico Esencial Integrado Departamental que articule el primer y segundo nivel de atención (COE Básico y COE Completo).
- e) Mejorar en por lo menos un 90% la satisfacción de las usuarias de la red de servicios en cuanto a la atención recibida.

De manera progresiva se integraron en esta fase: Madriz, Boaco, Jinotega, Granada, Chontales, Nueva Segovia y RAAN.

Fase de Expansión, totalizando 16 de 17 SILAIS del país

- 2004: Estelí, Río San Juan, León.
- 2006: Masaya.
- 2007: Rivas.
- 2008: Carazo..

4- Alcance: Hospitales clasificados como COE Completo y Centros de Salud clasificados como COE Básico.

5- Contenido de las Sesiones de Aprendizaje:

1ª. Sept. 2003: Presentación de Estándares e Indicadores de Calidad a directores de SILAIS y responsables de AIMNA en áreas de intervención y observadores de otros SILAIS. Identificación de brechas. Elaboración de planes de mejora.

2ª. Dic. 2003: Medición de los estándares e indicadores. Mejoras implementadas. Utilidad y pertinencia de los estándares e indicadores. Medición del Clima Organizacional. Se redefinieron los Estándares e Indicadores.

## Organización

1- Área del colaborativo: Cuidados Obstétricos Esenciales.

2- Fecha de colaborativo: Inicio: Septiembre 2003. Fin: Diciembre 2007.

3- Establecimientos que participaron:

Fase Demostrativa, Octubre a Diciembre

- 2003: SILAIS Chinandega, RAAS, Matagalpa.



Estandarización en Jinotega.



Taller de Cuidados Obstétricos en la UPOLI.

- 3ª Mayo 2004: Encuentro Internacional COE. Participación ciudadana. Experiencia de países participantes.
- 4ª Sept. 2004: Encuentro Regionales Centro Norte y Pacífico Caribe: Gestión de la Queja y estrategia de servicio.
- 5ª Junio.2005: Encuentro Regionales Centro Norte y Pacífico Caribe: Referencia y Contrarreferencia
- 6ª Nov. 2006: Encuentro Regionales Centro Norte y Pacífico Caribe: Complicaciones Obstétricas.

**Indicadores de Seguimiento:**

- Porcentaje de embarazadas en las que en su Atención Prenatal se le llenó su Historia Clínica Perinatal y se registraron las 12 actividades normadas.
- Porcentaje de usuarias con Hemorragias Obstétricas que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA.
- Porcentaje de usuarias con Síndrome Hipertensivo Gestacional (Preeclampsia y Eclampsia) que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA.
- Porcentaje de usuarias con sepsis por causa obstétrica que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA.
- Porcentaje de embarazadas en trabajo de parto con partograma llenado e interpretado correctamente.

- Porcentaje de parturientas a quienes se les aplicó en momento y dosis adecuada, oxitocina profiláctica para reducción de hemorragia post parto.
- Porcentaje de púerperas inmediatas con vigilancia adecuada.

**Paquete de Implementación:**

- Implementar un paquete de estándares e indicadores de procesos de atención.
- Asegurar que el personal de salud cuente con los protocolos nacionales de atención de las complicaciones obstétricas.
- Asegurar la estandarización de todo el personal de salud en el manejo de las complicaciones obstétricas.
- Asegurar recursos diagnósticos y terapéuticos para las patologías más frecuentes causantes de muerte materna desde el menor nivel de atención.
- Garantizar el cumplimiento de protocolos de atención a través de listas de chequeo.
- Garantizar ayudas trabajo para el abordaje rápido de las complicaciones obstétricas (Cinta de Abordaje Rápido de Complicaciones Obstétricas).



- Desarrollar en hospitales capacitación en servicio que incluya pasantías del personal del primer nivel de atención.
- Documentar y compartir logros y limitaciones en sesiones de aprendizaje Inter SILAIS e Intra SILAIS.
- Asegurar la vigilancia del trabajo de parto utilizando el partograma con curva de alerta del CLAP.
- Asegurar coordinación efectiva con las casas maternas.
- Establecer mecanismos claros de coordinación entre servicio de pediatría y obstetricia para el manejo de los casos graves.
- Asegurar mecanismos y acciones que permitan el conocimiento de usuarios internos y población general de las mejoras obtenidas en la atención.
- Eliminar barreras administrativas para el inicio de la atención en las emergencias de las unidades de salud.
- Asegurar el personal calificado para la atención las 24 horas del día, todos los días del año, incluyendo fines de semana y feriados.

## Atención Prenatal:

### Deficiencias generales:

- Poca utilización de la Historia Clínica Perinatal y gran deficiencia en la interpretación de los factores de riesgo.
- Deficiente suministro y uso inadecuado de la tecnologías perinatales del CLAP (HCPB, cinta obstétrica, tabla de peso materno/talla según edad gestacional y gestograma).
- En las emergencias de los hospitales no se utilizaba para la continuidad en el proceso de atención la información registrada en la HCPB minimizando el esfuerzo realizado por el personal del primer nivel.
- No se realizaba monitoreo del proceso de atención prenatal.
- Carencia de enfoque de mejoramiento de calidad.
- Abordaje de enseñanza para reducción de brechas de conocimientos realizado de forma tradicional.

### Mejoras e Innovaciones implementadas

- Las unidades de salud conformaron Equipos de Mejoramiento de Calidad.
- El llenado de la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) es priorizada respecto a la historia clínica general, se reprodujo y abasteció a las unidades de salud en cantidad suficiente para los embarazos esperados.
- El llenado e interpretación de 12 criterios trazadores son priorizados para vigilar la adecuada atención prenatal conforme a listas de chequeo.
- Los factores de riesgo identificados son utilizados para la toma de decisiones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia.
- Presentación a usuarios internos y externos de los resultados del monitoreo y mejoras realizadas en murales de calidad.
- Las capacitaciones fueron dirigidas a la reducción de las brechas, utilizando la Metodología de Aprendizaje Basado en Problemas con sus propios expedientes clínicos.
- El monitoreo de la HCPB en hospitales, permitió identificar el nivel de importancia dada a la información registrada por personal del primer nivel.

Análisis de casos en la RAAN.



## Atención del Parto:

### Deficiencias generales:

- Mínima/nula utilización del partograma del CLAP para la vigilancia del trabajo de parto. En varios hospitales los jefes de obstetricia no estaban familiarizados con el partograma.
- Deficiente formación del personal médico para el llenado adecuado y deficiente interpretación del partograma para fines diagnósticos, de tratamiento y/o referencia.
- No se había difundido el instrumento de monitoreo para el llenado adecuado e interpretación del partograma.
- Carencia de monitoreo del partograma.
- La mayoría del personal médico no consideraba el partograma como instrumento importante del expediente clínico.
- El partograma no se utilizaba como elemento de referencia hacia los hospitales para la continuidad en el proceso de atención.
- Carencia de enfoque de mejoramiento de calidad.
- Abordaje de enseñanza para reducción de brechas de conocimientos realizado de forma tradicional.

### Mejoras / Innovaciones implementadas

- Garantizar que a toda mujer se le vigilara el trabajo de parto utilizando el partograma, asegurando el suministro en emergencias, maternidad/ARO y, labor y partos.
- Llenar e interpretar el partograma iniciando en la sala en donde se diagnostica que la parturienta ha iniciado trabajo de parto y utilización del mismo partograma en la continuidad de la atención.
- Monitoreo inicialmente mensual del llenado e interpretación de partogramas que de acuerdo a los niveles de cumplimiento se hacían semanales e incluso diarios.
- Algunas unidades de salud, implementaron durante la entrega de guardia la presentación de los partogramas de casos problemas.
- En algunos hospitales el gineco-obstetra, firma el partograma avalando la vigilancia e interpretación del trabajo de parto con sus respectivas indicaciones diagnósticas y terapéuticas.
- Localmente, los equipos de mejoramiento elaboraron afiches, conteniendo los 17 criterios a cumplir en el partograma.
- Las capacitaciones fueron dirigidas a la reducción de las brechas, utilizando la Metodología de Aprendizaje Basado en Problemas con sus propios expedientes clínicos.
- El llenado e interpretación del partograma está establecido en los hospitales docentes como requisito para la aprobación de la rotación en gineco-obstetricia a internos y residentes.
- Murales de calidad con gráficos de los resultados del indicador fueron elaborados y compartidos por los equipos locales.





### Atención del Puerperio:

#### Deficiencias generales:

- En ninguna unidad de salud se vigilaba el puerperio inmediato.
- Desconocimiento de jefes de servicio y personal asistencial del requerimiento de la vigilancia en el puerperio inmediato; este se limitaba a la toma de signos vitales por turno.
- Carencia de recursos humanos para ser asignados a la vigilancia del puerperio inmediato.
- Falta de organización del personal de salud para la vigilancia del puerperio inmediato.
- No se había identificado la vigilancia del puerperio inmediato como una estrategia para la prevención y tratamiento oportuno de la hemorragia post parto.
- Carencia del monitoreo del puerperio inmediato.
- Carencia de enfoque de mejoramiento de calidad.

#### Mejoras / Innovaciones implementadas

- Garantizar que toda mujer reciba vigilancia durante el puerperio inmediato conforme a criterios establecidos, con énfasis en las primeras 2 horas.
- En la mayoría de los hospitales determinaron que los 2 primeros monitoreos fuesen realizados en la sala de labor y partos, antes de ser trasladada a la sala de maternidad, que el tercer monitoreo fuese realizado al recibirla en maternidad, el cuarto 30 minutos después y luego por turno de enfermería.
- Reasignación de personal.
- La vigilancia del puerperio inmediato es realizada y registrada por personal médico y/o de enfermería asignados.
- Monitoreo inicialmente mensual de la vigilancia del puerperio inmediato, que de acuerdo a los niveles de cumplimiento se hacían semanales e incluso diarios.
- Localmente, los equipos de mejoramiento elaboraron afiches, conteniendo los criterios a cumplir en la vigilancia del puerperio inmediato.
- Las capacitaciones fueron dirigidas a la reducción de las brechas, utilizando la Metodología de Aprendizaje Basado en Problemas con sus propios expedientes clínicos.
- Murales de calidad con gráficos de los resultados del indicador fueron elaborados y compartidos por los equipos locales.

## Complicaciones Obstétricas (Preeclampsia-Eclampsia, Hemorragia Post Parto y Sepsis):

Deficiencias generales:	Mejoras / Innovaciones implementadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualesquiera fueran los protocolos disponibles, su cumplimiento no era monitoreado.</li> <li>• Protocolos de atención utilizados no actualizados ni basados en reciente evidencia científica.</li> <li>• Programación inadecuada de insumos básicos para el tratamiento de las complicaciones obstétricas.</li> <li>• Resistencia de maestros de la obstetricia para la incorporación de las Mejores Prácticas de la OMS en los protocolos nacionales y su implementación.</li> <li>• Transmisión de conocimientos en la forma académica bancaria tradicional.</li> <li>• Ausencia de enfoque de mejoramiento de calidad.</li> <li>• En la referencia del primero al segundo nivel de atención, la paciente usualmente venía sin acompañamiento de personal de salud o con el recurso menos calificado.</li> <li>• En la emergencia hospitalaria, se priorizaba el cumplimiento de trámites burocráticos de registro y no la atención de la complicación obstétrica en la paciente referida.</li> <li>• No aceptación de la referencia o aceptación condicionada por criterios individuales del médico de emergencias para el ingreso hospitalario.</li> <li>• Poca confianza del personal de salud que atendía emergencias en la certeza del diagnóstico y/o criterios de referencia desde el primer nivel de atención.</li> <li>• Referencias desde el primer nivel de atención a hospitales sin comunicación previa.</li> <li>• Pacientes con complicación obstétrica por demanda espontánea competía con el resto de personas que demandan atención en la emergencia hospitalaria.</li> <li>• Insumos médicos y no médicos muchas veces no disponibles en puestos y centros de salud para la atención inicial, ya que estaban asignados para uso hospitalario.</li> <li>• En algunos hospitales en donde el médico especialista realizaba turnos de llamado, el tiempo transcurrido para la valoración de la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esfuerzo previo de vigilancia del cumplimiento de protocolos locales y de impulsar los cambios (mejores prácticas basadas en la mejor evidencia científica) que se introducían en la actualización de protocolos nacionales.</li> <li>• Aplicación de listas de chequeo con criterios establecidos para monitorear el cumplimiento de los protocolos de atención.</li> <li>• Implementación de la Metodología de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) en los talleres de capacitación de los protocolos de complicaciones obstétricas, utilizando casos reales de pacientes tratadas en las mismas unidades de salud.</li> <li>• A cada recurso médico y de enfermería que atiende embarazadas, parto, puerperio y/o sus complicaciones, se capacitó y entregó la Cinta de Abordaje Rápido de las Complicaciones Obstétricas, las que se han reproducido por diferentes agencias y proyectos.</li> <li>• Creación de 6 Centros Docentes de Referencia en COE (CDR-COE). Estos hospitales cumplen rigurosamente los protocolos de atención y son considerados ejemplo para la replicación de las mejores prácticas.</li> <li>• En los CDR-COE, el personal médico y de enfermería, particularmente de los Centros de Salud COE Básicos realizan pasantías sobre complicaciones obstétricas (entrenamiento en servicio) utilizando la Metodología de Aprendizaje Basado en Problemas utilizando expedientes clínicos de casos reales manejados o referidos por ellos mismos.</li> <li>• Desarrollo de habilidades con modelos anatómicos en el Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (MATEP) para la prevención de la Hemorragia Post Parto y de las Maniobras que Salvan Vidas (Extracción Manual de Placenta, Compresión Uterina Bimanual y Compresión de la Aorta Abdominal).</li> <li>• Valor agregado de los CDR-COE es el desarrollo de la confianza e interacción entre el personal del primero y segundo nivel de atención, mejorando la continuidad de la atención de pacientes referidas.</li> <li>• Afiches en emergencias, labor y partos y maternidad con los algoritmos de los protocolos de complicaciones obstétricas.</li> <li>• Monitoreo del cumplimiento de los protocolos de atención de las complicaciones obstétricas, inicialmente mensual, frecuentemente semanal o aún en tiempo real.</li> <li>• Unidades de salud del primer y segundo nivel de atención, que han incorporado en los expedientes clínicos las listas de chequeo para asegurar su cumplimiento por cada caso atendido.</li> <li>• El manejo de los protocolos de atención ha permitido la programación adecuada y disposición de insumos médicos y no médicos por los gerentes de los servicios de obstetricia en hospitales, puestos y centros de salud.</li> </ul>

### Deficiencias generales:

- complicación obstétrica era prolongado o se realizaba vía telefónica.
- Carencia de suficientes recursos humanos calificados en turnos vespertino-nocturnos, fines de semana y feriados.
  - Resistencia al cambio del personal de salud, particularmente los especialistas de gineco-obstetricia en el cumplimiento de los protocolos de atención de las complicaciones obstétricas.

### Mejoras / Innovaciones implementadas

- El hospital departamental y sus centros y puestos de salud, comparten las experiencias exitosas a través de sesiones locales, impulsadas y facilitadas por la Sede SILAIS.
- La dirección de los hospitales facilita los números de celulares de los jefes de guardia y jefes de servicio a los equipos de dirección de los centros de salud municipales a fin de interactuar en el manejo inicial y referencia de pacientes con complicaciones obstétricas.
- En varios centros de salud municipales se asignó/dotó de un teléfono celular exclusivo para la comunicación en manejo inicial y coordinación de referencias por complicaciones obstétricas.
- En algunos centros de salud el director pone a la disposición de los agentes comunitarios sus números telefónicos (del centro de salud y celular) para la comunicación desde las comunidades para el traslado de pacientes.
- Se dispuso que toda referencia por complicación obstétrica, debe ser acompañada por el recurso de salud con mayor calificación.
- En los hospitales, la recepción de las referencias por complicaciones obstétricas son prioridad, se prioriza la atención directa en vez de los trámites burocráticos de registro y se valora por especialista en gineco-obstetricia en un tiempo no mayor a 15 minutos.
- La mayoría de los hospitales contrataron médicos generales y gineco-obstetras para garantizar la atención vespertina.
- Fue establecido un mecanismo de comunicación de fugas y abandonos hospitalarios con las unidades del primer nivel de atención a través del SILAIS.
- En las sesiones de obstetricia, se comparte el nivel de cumplimiento de los protocolos de atención y se plantean las actividades para reducir las brechas.

## Abordaje y Tratamiento del Síndrome Hipertensivo Gestacional (SHG): Pre Eclampsia Grave y Eclampsia

### Deficiencias generales:

- Clasificación obsoleta de las categorías diagnósticas en el SHG.
- Diagnóstico basados en datos de hipertensión arterial y en sintomatología clásica que puede o no estar presente; sin búsqueda de proteinuria con prueba rápida y ocasionalmente sólo tardíamente con búsqueda de proteínas en orina de 24 hrs.
- Cintas reactivas de uroanálisis para búsqueda de proteinuria sólo disponibles en el laboratorio, para ser utilizadas por laboratoristas de hospitales y centros de salud; no disponibles del todo en los puestos de salud.
- Dosis inicial de fármaco antihipertensivo (hidralazina) y de sulfato de magnesio no disponible en puestos de salud y algunos centros de salud, pues básicamente estaban destinados para uso hospitalario.
- No uso de Solución Salina Normal o de Ringer para hidratar a la Pre Ecláptica – Ecláptica, por el temor a incrementar la hipertensión arterial.
- Referencias desde el primer nivel de atención hacia hospitales frecuentemente no coordinadas y acompañadas por cualquier recurso de salud, sin importar la calificación profesional.
- No había definiciones en tiempo para la valoración por especialista, ni la valoración por este era un requerimiento.
- Unidades de salud utilizando Diazepán para el tratamiento de las convulsiones, teniendo disponible Sulfato de Magnesio y cuando este último se utilizaba, con frecuencia era en dosis inadecuadas.
- Dosis de mantenimiento inadecuadas de sulfato de magnesio en diluciones y tiempo de infusión.
- Efecto deseado al usar antihipertensivos era bajar bruscamente la presión arterial de la embarazada, tratando de llevarla a valores normales sin considerar las repercusiones maternas y fetales.

### Mejoras / Innovaciones implementadas

- El diagnóstico de pre eclampsia moderada o grave se basa en datos de hipertensión arterial y proteinuria.
- Búsqueda de proteínas en orina utilizando la cinta reactiva de uroanálisis, cuyo resultado se obtiene de forma inmediata para actuar consecuentemente con el resultado, desplazó después de décadas de preponderancia, a la búsqueda de proteínas en orina de 24 horas, cuyo resultado se obtiene 3 a 4 días después de ordenada la misma.
- La identificación de proteinuria se hace utilizando la cinta reactiva de uroanálisis, esta es realizada in situ en el puesto de salud, centro de salud u hospital (emergencias, sala de labor y partos, maternidad/ ARO) por los mismos recursos de salud (médico y de enfermería) que están enfrentados a la atención de la paciente.
- Se dispone de cintas reactivas de uroanálisis para la identificación de proteinuria desde los puestos de salud, centros de salud sin camas y con camas, así como en los diferentes puntos de atención de usuarias obstétricas en los hospitales (Sala de emergencias, ARO/Maternidad y Labor y Partos) Un video demostrativo de la utilización adecuada de la cinta fue elaborado y difundido ampliamente en las capacitaciones.
- Se asegura canalizar a la paciente con la bránula de mayor calibre disponible (preferiblemente No. 16) e hidratación, cuando es requerida, con Solución Salina Normal o Solución Ringer.
- Se aseguran y utilizan los insumos básicos para el diagnóstico y tratamiento inicial de la paciente con Pre Eclampsia Grave y Eclampsia desde los puestos de salud.
- Prescripción y cumplimiento estandarizado de las Dosis de Carga de Sulfato de Magnesio al 10% en infusión IV diluidas en Solución Salina Normal o en Ringer.
- Disposición a que las referencias hacia mayor nivel de resolución sean acompañadas por el recurso de salud mayor calificado disponible en la unidad de salud y con un maletín con los requerimientos básicos para apoyar a la paciente durante dicho traslado.
- En la mayoría de hospitales, la evaluación de una paciente referida de las unidades periféricas es valorada por Especialista en no más de 15 minutos de su arribo al hospital.
- Se estandarizaron y cumplen la Dosis de Mantenimiento de Sulfato de Magnesio al 10% a razón de 1 gramo por hora, manteniéndola por 24 hrs después del nacimiento o la última convulsión, lo que haya ocurrido de último.
- Estandarización y cumplimiento del uso de Hidralazina IV en bolos como antihipertensivo de elección, cuando la presión arterial diastólica es mayor o igual a 110 mmHg con intervalos de 15 a 20 mins, máximo 4 dosis, previa valoración.

Deficiencias generales:	Mejoras / Innovaciones implementadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>Resistencia a la interrupción del embarazo en casos de Pre Eclampsia Grave y Eclampsia, tratando de conseguir una mayor madurez / edad gestacional del feto.</li> <li>Ausencia de listas de chequeo para valorar cumplimiento de protocolos, cualquiera fuera el que debiesen cumplir localmente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cumplimiento de la no reducción brusca de la PA Diastólica en el manejo de la hipertensión, tratando de mantenerla entre 90 a 99 mmHg para evitar daño fetal y materno. Se redujo (casi desapareció) la utilización arcaica de Hidralazina IM.</li> <li>Hay unidades del primero y segundo nivel, que han incorporado al expediente clínico de Pre Eclampsia Grave y Eclampsia la lista de chequeo diseñada para el monitoreo, asegurándose que el manejo de la paciente cumpla desde el proceso inicial de atención los criterios diagnósticos y terapéuticos en la secuencia adecuada.</li> </ul>

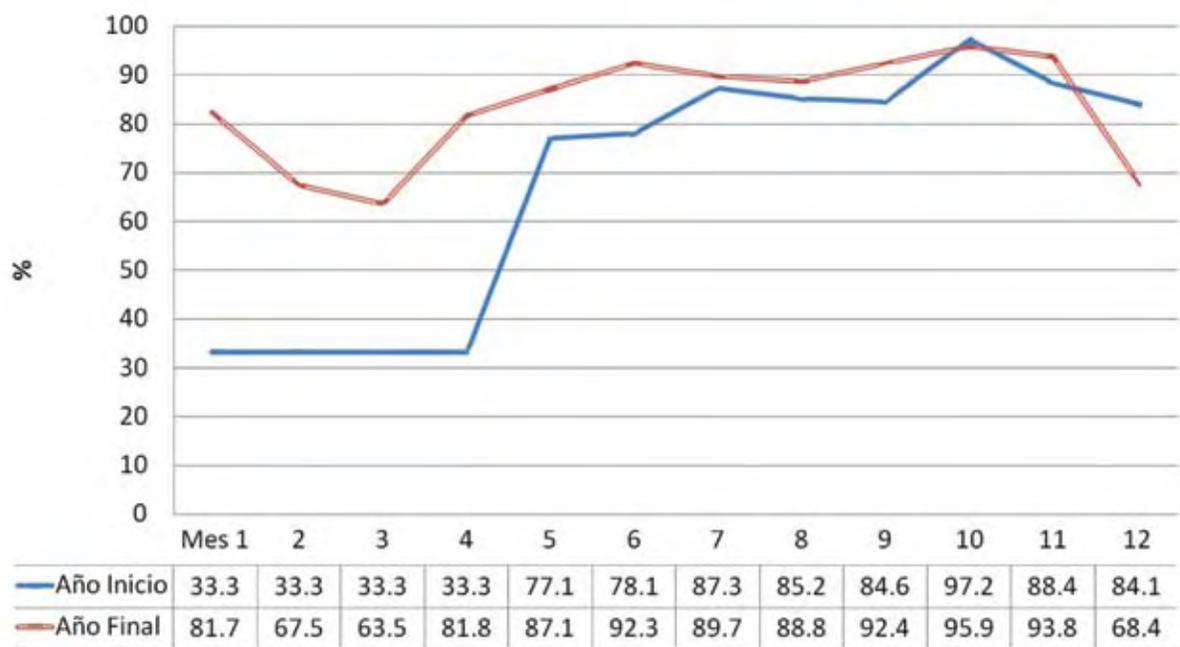
## Abordaje y Tratamiento de la Hemorragia Post Parto en Nicaragua

Deficiencias generales:	Mejoras / Innovaciones implementadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>Referencias desde el primer nivel de atención hacia hospitales frecuentemente no coordinadas y acompañadas por cualquier recurso de salud, sin importar la calificación profesional.</li> <li>No había definiciones en tiempo para la valoración por especialista, ni la valoración por este era un requerimiento.</li> <li>Ausencia de listas de chequeo para valorar cumplimiento de protocolos, cualquiera fuera el que debiesen cumplir localmente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevención de la Hemorragia Post Parto (HPP) a través del Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (MATEP) y la Vigilancia en el Puerperio Inmediato.</li> <li>La Oxitocina, 10 UI IM inmediato al nacimiento del bebé, tan pronto como sea posible en el primer minuto, habiendo descartado la presencia de otro bebé, paso a ser una práctica rutinaria en las unidades de salud del primer y segundo nivel de atención, esto en mucho gracias al personal de enfermería, altamente comprometido.</li> <li>La aplicación de 10 UI de Oxitocina y resto del MATEP, están incorporados no sólo en la atención de partos vaginales, sino también en la realización de cesáreas; la vigilancia del puerperio inmediato también se realiza en post cesáreas.</li> <li>Vigilancia con listas de chequeo de la realización del MATEP y verificación del cumplimiento de protocolos de atención de cada una de las causas de hemorragia post parto.</li> <li>Las maniobras que salvan vidas, son enseñadas y demostradas en talleres de capacitación utilizando modelos anatómicos. Estas maniobras son: Extracción Manual de Placenta, Compresión Uterina Bimanual y Compresión de la Aorta Abdominal. Estas maniobras están también descritas en la Cinta de Abordaje Rápido de las Complicaciones Obstétricas.</li> <li>Se asegura canalizar a la usuaria con la bránula de mayor calibre disponible e hidratación, cuando es requerida, con Solución Salina Normal o Solución Ringer.</li> <li>Se aseguran y utilizan los insumos básicos para el diagnóstico y tratamiento inicial de la paciente desde los puestos de salud.</li> <li>Disposición para que las referencias hacia mayor a nivel de resolución sean acompañadas por el recurso de salud mayor calificado disponible en la unidad de salud y con un maletín con los requerimientos básicos para apoyar a la paciente durante dicho traslado.</li> <li>Evaluación de pacientes referidas de las unidades periféricas, para que sean valoradas por Especialista en no más de 15 minutos de su arribo al hospital.</li> <li>Hay unidades del primero y segundo nivel, que han incorporado al expediente clínico de Hemorragia Post Parto la lista de chequeo diseñada para el monitoreo, asegurándose que el manejo de la paciente cumpla desde el proceso inicial de atención los criterios diagnósticos y terapéuticos en la secuencia adecuada.</li> </ul>

Resultados:

**Porcentaje de Usuaris con Síndrome Hipertensivo Gestacional que recibieron tratamiento según protocolos del MINSA.**

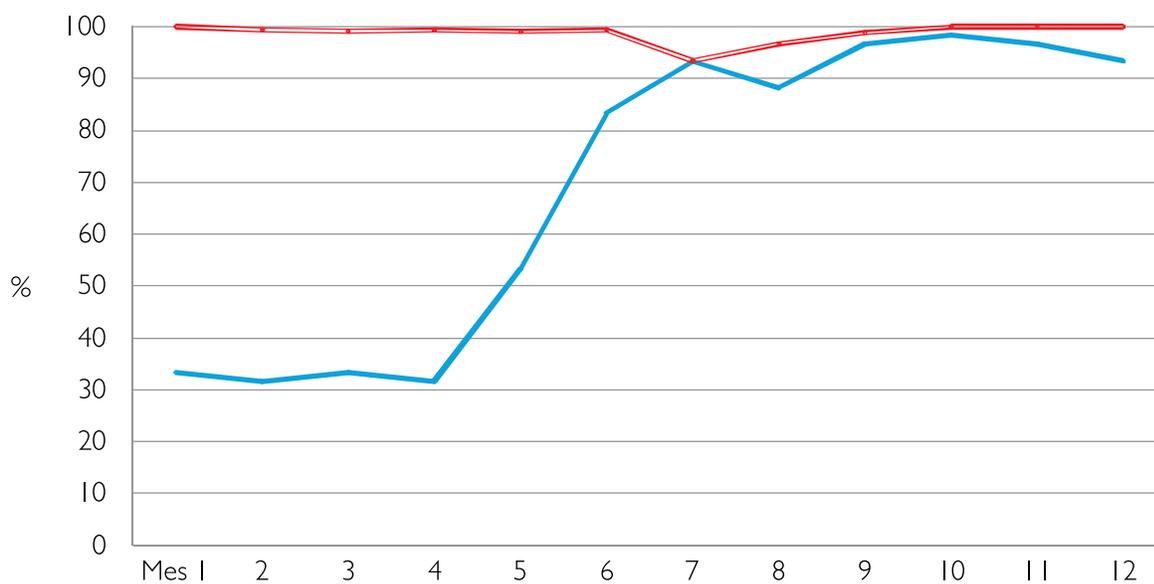
Año de Inicio (3 Hosp): Sep 2003-Ago 2004. Final (13 Hosp): Jul 2007-Jun 2008



Fuente: Datos reportados por los Equipos de Calidad Locales.

**Porcentaje de Parturientas a quienes se les aplicó oxitocina en momento y dosis adecuada como parte del Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATEP).**

Año de Inicio (3 Hosp): Sep 2003-Ago 2004. Final (13 Hosp): Jul 2007-Jun 2008

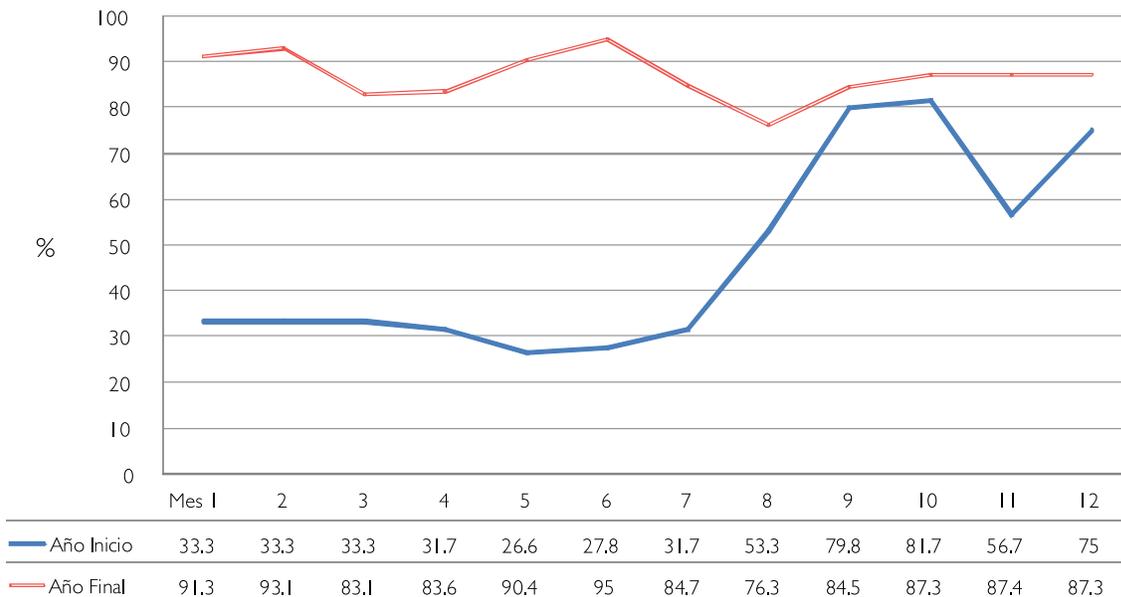


— Año Inicio	33.3	31.7	33.3	31.7	53.3	83.3	93.3	88.3	96.7	98.3	96.7	93.3
— Año Final	100	99.4	99.1	99.3	99	99.3	93.4	96.7	98.8	100	100	100

Fuente: Datos reportados por los Equipos de Calidad Locales.

### Porcentaje de Puérperas Inmediatas con Vigilancia Adecuada

Año de Inicio (3 Hosp): Sep 2003-Ago 2004, Final (13 Hosp): Jul 2007-Jun 2008



Fuente: Datos reportados por los Equipos de Calidad Locales.

### Lecciones Aprendidas:

- Es fundamental la promoción de la utilización de las casas maternas durante las Consultas de Atención Prenatal y durante el desarrollo del Plan de Parto Comunitario, particularmente en comunidades de difícil acceso.
- Las Sesiones de Intercambio Intra Silais, entre el primer y segundo nivel de atención han permitido mejorar la relación entre ambos niveles de atención y la mejor recepción de las pacientes trasladadas desde el primer nivel de atención a hospitales.
- El monitoreo cotidiano utilizando las listas de chequeo de las complicaciones obstétricas, permite conocer quiénes están cumpliendo con los protocolos, permitiendo hacer un abordaje colectivo e individualizado para superar los incumplimientos.
- Involucrar a todas las personas que brindan asistencia a las usuarias de las unidades de salud, permite mejorar la calidad de atención.
- Aplicar los protocolos y vigilar su cumplimiento, ha servido para la gerencia de los insumos médicos y no médicos, así como sus requerimientos.
- Ha sido fundamental tomar la decisión en el momento oportuno y ser agresivos en los manejos, cuando así está establecido conforme a los protocolos de atención.
- El cumplimiento de los protocolos de atención de las complicaciones obstétricas desde el primer nivel de atención permite que las pacientes lleguen más estables al hospital y que haya una continuidad adecuada en su manejo.
- El abordaje en equipo entre obstetras y pediatras es importante para la toma de decisiones y manejo de casos graves.
- Es fundamental el apoyo del equipo de dirección para el manejo de casos críticos mientras se gestionan y realizan los traslados al hospital de referencia nacional.
- La existencia y cumplimiento de protocolos nacionales de complicaciones obstétricas, les permite hacer un manejo homogéneo generalizado de las pacientes, haciendo la diferencia en la individualización de los casos.
- El desarrollo de las pasantías en los Centros Docentes de Referencia, permite mejores manejos iniciales, la interacción del personal de los dos niveles de atención y la continuidad de la misma en el hospital.
- Las Sesiones de Intercambio Intra Silais, entre el primer y segundo nivel de atención.
- La participación en el colaborativo les ha permitido posicionarse adecuadamente y mantener/mejorar la calidad de la preparación de sus recursos en el área de obstetricia.

# Documentación de Resultados del Colaborativo de Integración de la Consejería en Planificación Familiar (PF) y VIH





**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

HEALTH CARE  
IMPROVEMENT  
PROJECT

# Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud USAID/HCI

Apoyando al Ministerio de Salud de Nicaragua en Prevención,  
Captación Temprana y Atención al VIH y Sida con Enfoque de  
Aseguramiento de la Calidad para Satisfacer las Expectativas de sus Usuarios(as)  
**Consejería y Prueba Voluntaria de VIH**

REPUBLICA DE NICARAGUA  
MINISTERIO DE SALUD  
Dirección de Segundo Nivel de Atención

### Consejería con Calidad en Planificación Familiar, Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, es:

- Proporcionar información y orientación clara, según normas y procedimientos técnicos actualizados
- Contar con personal respetuoso y competente
- Tener disponibilidad de insumos anticonceptivos
- Disponer de una red de laboratorio para la realización de pruebas de VIH
- Brindar trato humano con calidez, prioridad, tiempo adecuado y derecho a elección
- Buscar permanentemente alternativas para satisfacer las expectativas de las personas.

USAID, Unicef, Cofesa

REPUBLICA DE NICARAGUA  
MINISTERIO DE SALUD  
Dirección de Segundo Nivel de Atención

## ACCEDA

Comunicación, Asesoramiento, Educación, Diagnóstico, y Referencia y Derivación

**A**cceder con calidad, establecer confianza

**C**onservar sobre información esencial

**C**onsensuar las opciones disponibles

**E**lección informada

**D**escripción del método elegido

**A**cordar la cita de seguimiento

USAID, Cofesa

## Fortalecimiento de la Red de Laboratorio



REPUBLICA DE NICARAGUA  
MINISTERIO DE SALUD  
Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica

### Diez pasos para toma de muestra por venopunción

1. Preparar el sitio de punción: Desinfectar el sitio de punción con alcohol y dejar secar.
2. Preparar el equipo: Preparar el equipo de punción y verificar que esté estéril.
3. Preparar al paciente: Explicar el procedimiento al paciente y obtener consentimiento.
4. Preparar el sitio de punción: Preparar el sitio de punción con alcohol y dejar secar.
5. Preparar el equipo: Preparar el equipo de punción y verificar que esté estéril.
6. Preparar al paciente: Explicar el procedimiento al paciente y obtener consentimiento.
7. Preparar el sitio de punción: Preparar el sitio de punción con alcohol y dejar secar.
8. Preparar el equipo: Preparar el equipo de punción y verificar que esté estéril.
9. Preparar al paciente: Explicar el procedimiento al paciente y obtener consentimiento.
10. Preparar el sitio de punción: Preparar el sitio de punción con alcohol y dejar secar.

USAID, Cofesa, Unicef

## Introducción

La infección por el VIH tiene una gran repercusión sobre la reproducción, por el riesgo de transmisión vertical con la consecuente infección del niño. Una oportuna identificación de la mujer infectada puede evitar la transmisión vertical; por ello, deben dedicarse los mayores esfuerzos para promover acciones de planificación familiar, protección durante el embarazo y evitar el nacimiento de niños infectados por el VIH.

En Nicaragua, en los últimos años se ha producido un aumento acelerado de la epidemia. Mientras que entre 1993 y 1999 se diagnosticó un promedio anual de 34 a 54 nuevas infecciones, entre 2000 y 2004 la media anual de personas con VIH se registró en 131; para el 2007 se captaron 672 nuevas infecciones.

Un hecho evidente es el incremento de mujeres embarazadas con VIH captadas en las unidades de salud del MINSA de 24 en 2005 a 43 a Noviembre 2007.

Debido a toda esta situación el Ministerio de salud solicita apoyo de la cooperación externa para que a través de una estrategia efectiva se logre hacer modificaciones en los programas de atención a la mujer y poder contener la transmisión vertical del VIH, y basados en los cuatro pilares fundamentales de la PTVMN, se inicia el colaborativo de VIH.

El MINSA apoyado técnica y financieramente por el Proyecto de Garantía de Calidad (QAP/USAID), ahora conocido como Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (USAID/HCI), Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Asociación de Infectólogos de Nicaragua (ANI), PASMO y PASCA; a partir del año 2006, inició un proceso de Integración de la consejería ofertada en los servicios de Planificación Familiar y VIH.

Para dar inicio a este proceso se conformó un grupo técnico integrado por MINSA Central (Dirección de hospitales, Programa Nacional, Epidemiología y centro Nacional de diagnóstico y referencia), Hospitales (Asociación Nacional de Infectólogos), Agencias y proyectos (UNICEF, OPS, USAID, QAP) para coordinar el desarrollo de una estrategia de prevención de transmisión vertical del VIH.

El MINSA central orienta a los SILAIS se realice un cambio gerencial en el abordaje del VIH, pasando de un programa vertical a un componente transversal, con la visión de

atención integral en todos los servicios, donde se involucra cada vez más el tema de VIH.

En el país no existía un algoritmo diagnóstico para VIH, por lo que como primera tarea el grupo técnico elabora, valida, imprime y divulga el algoritmo diagnóstico para VIH. En el que se introducen y descentralizan dos tipos de pruebas rápidas, con principios diferentes, en este mismo proceso el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia elabora, valida e imprime la Guía de Procedimientos de Laboratorio de VIH/Sida fortaleciendo la capacidad institucional y la accesibilidad a la prueba voluntaria.

A continuación compartimos las oportunidades de mejora, así como las innovaciones y cambios organizacionales generados por los equipos de calidad de los establecimientos de salud participantes en el Colaborativo.

### Objetivo general:

Integrar la consejería de Planificación Familiar (PF) y Atención Prenatal (APN), con la de VIH y sida en las embarazadas y mujeres en edad fértil que acuden a su atención en salud.

### Organización

Área del colaborativo: Consejería y Prueba Voluntaria para VIH.

Fecha de colaborativo: Inicio: Marzo 06. Fin: Noviembre 07.

Establecimientos que participaron:

Fase Demostrativa (Marzo 06 a Noviembre 06): participaron 8 de 17 SILAIS del país: SILAIS León, Chinandega, Estelí, Madriz, Nueva Segovia, RAAN, RAAS y Rivas.

Fase de Expansión (Noviembre 06-Noviembre 07): De manera progresiva se integraron en esta fase Unidades de Salud de los SILAIS Masaya y Río San Juan.

Alcance: Centros de Salud y Hospitales.

### Contenido de las Sesiones de Aprendizaje:

1ª. Sesión de aprendizaje (Abril 2006): Situación epidemiológica del VIH. Concepto de calidad en la consejería,

principios y técnica de consejería. Estándares e Indicadores de Calidad, paquete de cambio. Conceptos del colaborativo y de círculos de calidad. Organización de levantamiento de línea de base. Importancia de la integración de consejería de VIH y planificación familiar. Prevención de transmisión vertical madre niño.

2ª. Sesión de aprendizaje (Agosto 2006): Encuentros Regionales en el Norte, Pacífico y Caribe. Resultados de primera revisión de indicadores. Identificación de brechas. Primeros cambios implementados. Metodología de mejoramiento. Pautas de atención a personas con VIH.

3ª Sesión de aprendizaje (Noviembre-Diciembre 2006): Encuentros departamentales en el Norte, Pacífico y Caribe: Medición Intercambio de datos y experiencias. Algoritmo de la prueba diagnóstica. Principios de las pruebas diagnóstica para el VIH.

En el año 2007 se hace réplica de estas sesiones descritas con los nuevos establecimientos de salud expandiéndose a dos SILAIS más (Masaya y Rio San Juan) con sus municipios y hospitales en la cual se presentaron conceptos de calidad, contenido clínico alrededor del VIH y lecciones aprendidas de cambios exitosos y mejores prácticas.

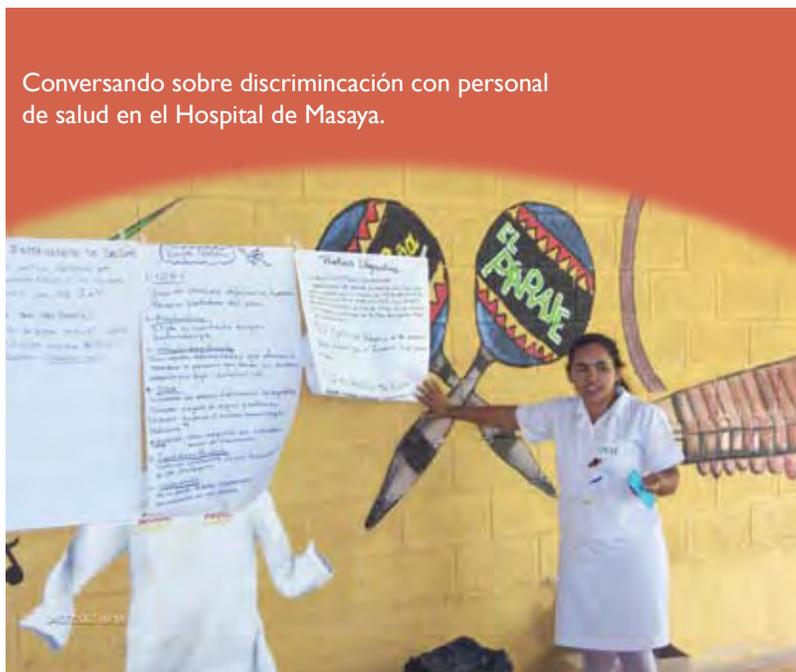
### Objetivos de mejoramiento

- Asegurar la calidad de la consejería para VIH que permita a las mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil a tomar una decisión informada.
- Aumentar la cobertura de la pruebas voluntaria de VIH a mujeres embarazada y mujeres en edad fértil.
- Mejorar la capacidad diagnóstica del VIH a través de un algoritmo actualizado y ágil que incluya pruebas rápidas y confirmatorias.
- Garantizar el buen funcionamiento de la red de laboratorio a través de personal entrenado en pruebas diagnósticas y el aseguramiento de insumos y reactivos.

### Indicadores de seguimiento

- Porcentaje de Embarazadas que recibieron consejería en VIH y Sida.
- Porcentaje de Embarazadas que se realizaron la prueba de VIH.

Conversando sobre discriminación con personal de salud en el Hospital de Masaya.



- Porcentaje de embarazadas que recibieron sus resultados de la prueba en el tiempo establecido.
- Porcentaje de mujeres en edad fértil (No embarazadas) que recibieron consejería en PF/VIH y Sida.
- Porcentaje de mujeres en edad fértil (No embarazadas) que se realizaron la prueba.
- Porcentaje de mujeres en edad fértil (no embarazadas) que recibieron el resultado en el tiempo establecido.
- Porcentaje de mujeres en edad fértil (no embarazadas) que recibieron información sobre protección dual.

### Paquete de cambio

- Asegurar que todo el personal asistencial (Médicos y enfermeras) tenga competencias para brindar consejería de VIH a las usuarias de planificación familiar y atención prenatal.
- Asegurar espacios físicos que garanticen privacidad y confidencialidad para la consejería y prueba voluntaria.
- Garantizar el abastecimiento de hojas de consentimiento informado y fichas epidemiológicas en todos los ambientes de consulta.
- Ubicar afiches con el algoritmos de la prueba

- Asegurar que toda embarazada que llegue a la atención prenatal, desde su primer control, reciba consejería en VIH y se le ofrezca la prueba voluntaria para VIH.
- Asegurar que las mujeres en edad fértil que acuden al programa de planificación familiar reciban consejería en VIH, información sobre protección dual y se les ofrezca la prueba voluntaria para VIH.
- Garantizar que toda mujer con pruebas rápidas positivas sea referida coordinadamente al siguiente nivel de atención
- Asegurar que el personal de laboratorio esté capacitado para la elaboración de las pruebas de VIH.
- Garantizar la disponibilidad de pruebas rápidas e insumos de laboratorio en las unidades de salud.
- Asegurar el almacenamiento adecuado de las pruebas rápidas.
- Asegurar que el resultado de la prueba rápida sea entregada antes de las primeras 8 horas hábiles.
- Verificar que el laboratorista implemente las medidas de bioseguridad y los pasos correctos para la toma de muestra
- Vigilar que los centros de salud envíen mensualmente al hospital el 10% de las pruebas negativas y 100% de las positivas para control de calidad adecuadamente rotuladas y transportadas.
- Orientar al personal de asistencial y de laboratorio sobre el flujo para la toma, envío de muestras, recepción y entrega de resultados.
- Motivar al equipo de calidad a medir mensualmente los indicadores de calidad de la consejería y analice los resultados con el personal involucrado en el proceso.

Integrando la consejería en planificación familiar y atención prenatal para la prueba voluntaria de VIH y Sida con personal de salud de la RAAN.



## Cambios implementados por los equipos de mejoramiento y prácticas exitosas

### Consejería y Prueba Voluntaria:

Oportunidades de mejora:	Mejoras / Innovaciones implementadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La consejería de VIH y sida estaba asignada a un solo recurso, provocando oportunidades perdidas, falta de acceso a la consejería y prueba. No se ofertaba la prueba a mujeres en edad fértil que acuden a Planificación Familiar; ni a embarazadas asistentes a Atención Prenatal.</li> <li>• Los servicios no estaban organizados, ni preparados para recibir a personas que desearan hacerse la prueba ni para promoverla de manera general.</li> <li>• Había poca disposición y resistencia del personal asistencial en el proceso de Consejería y prueba voluntaria.</li> <li>• Existía pocos conocimientos y habilidades del personal de salud de otros servicios de atención en la oferta de consejería y prueba voluntaria. Las capacitaciones para adiestramiento en consejería estaba centralizado en los recursos responsables del programa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesiones de reflexión para sensibilizar al personal de salud acerca de la importancia de brindar consejería y promover la prueba de VIH a todas las usuarias de atención prenatal y planificación familiar.</li> <li>• Se capacita al personal asistencial en consejería, prueba voluntaria y Algoritmo Diagnóstico de VIH.</li> <li>• Se readecuan los flujos de atención para la consejería, oferta y captación de la prueba voluntaria a embarazadas y mujeres en edad fértil.</li> <li>• Afiches alusivos a la consejería con calidad y algoritmos diagnóstico del VIH en todos los servicios de atención.</li> <li>• Se orienta a todo el personal de enfermería y médicos a brindar consejería de VIH y sida en las consultas de Atención prenatal y planificación familiar.</li> <li>• Sesiones (algunas quincenales, otras mensuales) de educación continua con el personal de enfermería y médicos para impartir temas de VIH-Sida y la PTVMi.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El personal asignado a Planificación Familiar (PF) y Atención Prenatal (APN) desconocía los formatos para el registro de la consejería y prueba voluntaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se entrena al personal de Planificación Familiar y Atención Prenatal en el llenado de la papelería (hojas de consentimiento informado y las fichas epidemiológicas).</li> <li>• Se abastece de papelería a todos los servicios de PF y APN.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios no contaban, en su mayoría, con un espacio físico que les permitiera la privacidad y la confidencialidad requerida para la consejería y realización de la prueba de VIH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El equipo de mejoramiento identifica y gestiona el acondicionamiento de espacios físicos para la consejería y prueba voluntaria.</li> </ul>



Fortaleciendo la red de laboratorios.

### Red de Laboratorio:

Oportunidades de mejora:	Mejoras / Innovaciones implementadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>El Personal de laboratorio de centros de salud y hospitales no estaba entrenado para realizar prueba rápida y confirmatoria para VIH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se capacita a los técnicos de laboratorio de Centros de Salud en el procesamiento de pruebas rápidas para VIH.</li> <li>Se capacita a los laboratoristas de los hospitales en el procesamiento de pruebas rápidas y test de ELISA para VIH.</li> <li>Se distribuye a cada laboratorio los afiches del algoritmo diagnóstico y los pasos para la toma de muestra a laboratorios.</li> <li>Se entrega a cada laboratorista la Guía de Procedimientos de Laboratorio de VIH/Sida.</li> <li>Se monitorea bimestral el procesamiento de pruebas y la entrega de resultados, mediante la vigilancia de indicadores.</li> <li>Los centros de salud envían al hospital el 10% de las pruebas negativas y 100% de las positivas para control de calidad.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>No estaba establecido claramente un flujo para la toma, envío de muestras, recepción y entrega de resultados, provocando confusión en el personal, extravío de muestras, entrega tardía de resultados hasta de tres meses generando insatisfacción de los usuarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se orienta al personal de laboratorio sobre el flujo para la toma, envío de muestras, recepción y entrega de resultados.</li> <li>Se diseña e implementa el uso de un cuaderno de recepción y entrega de exámenes con la firma del laboratorista responsable.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Deficiente suministro de los reactivos de laboratorio y materiales de reposición periódica.</li> <li>Limitada capacidad en el personal de laboratorio e insumos médicos de los niveles locales en la programación de insumos para la toma de pruebas rápidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se dota de reactivos de laboratorio, material de reposición periódica, algunos equipos como centrifugas, a las unidades de salud.</li> <li>Se entrena y orienta al personal de laboratorio sobre cómo hacer la programación, flujo de solicitud de pruebas rápidas e insumos para laboratorio.</li> </ul>

## Monitoreo:

### Oportunidades de mejora:

- No se realizaba monitoreo del proceso de consejería y prueba voluntaria.

### Mejoras / Innovaciones implementadas

- Se capacita a todo el personal en los estándares e indicadores de calidad de la consejería y prueba voluntaria del VIH.
- Se conforman Equipos de Mejoramiento de Calidad encargado de vigilar el cumplimiento de los estándares de calidad de la consejería.
- Se monitorea mensualmente 20 expedientes, con énfasis en el registro de la información de la consejería, compartiendo datos con autoridades locales, personal médico y de enfermería involucrados en la atención, para elaborar planes de mejora.
- Se programaron sesiones mensuales de análisis para valorar la relación entre las consejerías y pruebas realizadas, se revisa el nivel de cumplimiento y se plantean las actividades para reducir las brechas.

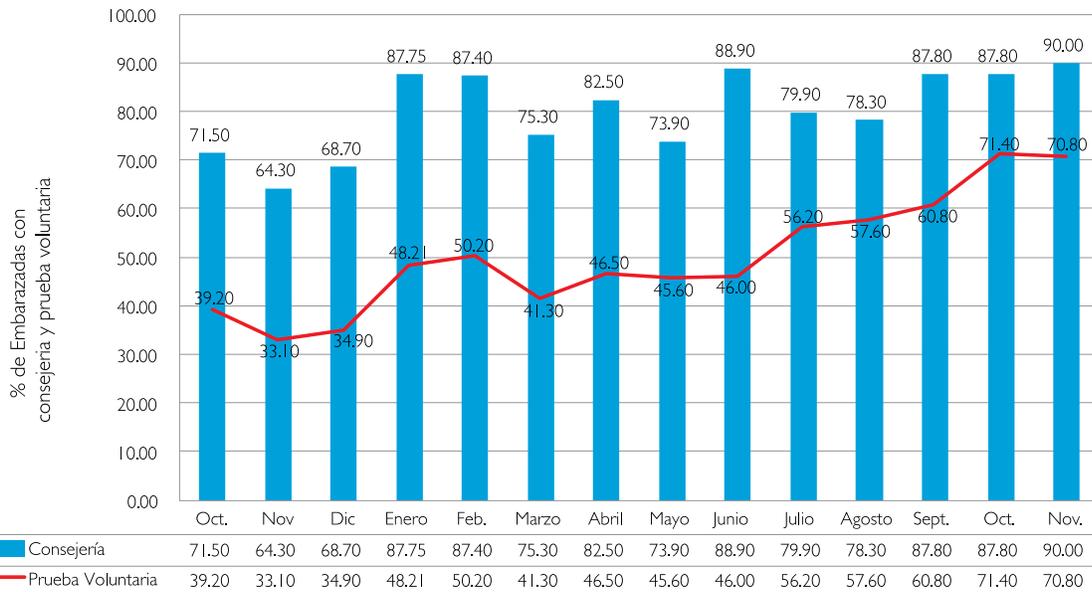


Taller de consejería con personal del SILAIS de Río San Juan.

## Resultados:

### Integración de la Consejería y Prueba Voluntaria de VIH en Embarazadas

Ocho SILAIS del país. Octubre 06 - noviembre 07



### Integración de la Consejería y Prueba Voluntaria en Usuarias de PF

Ocho SILAIS del país. Octubre 06 - noviembre 07







**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO DE  
MEJORAMIENTO DE  
LA ATENCIÓN EN SALUD

