

موضوع مورد ارائه: برنامه موریدیتی

مرگ مادر

نیر میس

گزارش فوری

مادر مشمول مراقبت ویژه

شناسایی آیتم ها بر اساس نوع و ویژگی و
امکانات و منابع :

مراکز سطح ۱: از یادآور -چک لیست -
پرونده -چارت دیواری استفاده میگردد

مراکز سطح ۲ و ۳: از طریق سرکشی
روزانه و آموزش کارکنان بخش های
مختلف از طریق بحث فردی و گروهی یا
چارت دیواری

تعاریف

پیامدهای شدید شامل: خونریزی - پره اکلامپسی - اکلامپسی - عفونت شدید - پارگی رحم

1- خونریزی: خونریزی 1500-2000-افزایش ضربان قلب 120-133-تنفس بین 30-40-کاهش فشار خون-کاهش برون ده ادراری 5-15 سی سی-هیسترکتومی

2- پره اکلامپسی شدید: افزایش فشار بعد هفته 20 به میزان 160/110 با یا بدون سردرد و تاری دید -
دردر اپیگاستر-رال در سمع ریه -ادم جنرالیزه-تهوع و استفراغ و الیگوری
یا افزایش فشار 140/90 و بیشتر و پروتین اوری 2 گرم یا بیشتر در 24 ساعت در نیمه دوم بارداری
بدون سابقه بیماری کلیوی و فشار خون

3- سپسیس: درجه حرارت بالای 38 یا کمتر از 36 درجه-ضربان قلب بیشتر از 90-تنفس بیشتر از
20-سلول سفید خون بالای 12000 یا کمتر از 4000-باند سل بیشتر از 10 درصد

4- آمبولی

5- بیماری قلبی

6- مداخلات بحرانی (خون پنج واحد و بیشتر -مداخله رادیولوژی (امبولیزاسیون عروق رحمی -
لاپارتومی -برگشت به بخش ویژه

تعاریف

7-نارسایی ارگان :

الف -قلبی و عروقی (شوگ -ایست قلبی -phکمتر از 7.1-لاکتات بیشتر از 5 میلی اکی والان - استفاده مدام از داروی وازو اکتیو یا احیا قلبی عروقی)

ب-اختلال تنفسی شامل سیانوز تنفس بیشتر از 40یا کمتر از 6-هیپوکسی شدید -اشباع اکسیژن کمتر از 90درصد -انتوباسیون

ج-اختلال کلیوی (الیگوری -دیالیز -کراتینین بالاتر از حد طبیعی)

د-اختلال خونی (ترمبوسیتوپنی شدید و حاد -ترانسفوزیون خون و فراورده بالای 5 واحد)

ه-اختلال کبدی (زردی به علت بالا رفتن بیلی روبین یا پره اکلامپسی

م-اختلال مغزی (اختلال در هوشیاری بیشتر از 12 ساعت -سکته -تشنج غیر قابل کنترل و فلج کامل
(

نوع عارضه

خونریزی :

پیگیری :دادن واحد سنتو

شاخص فرایندی :تعداد زنان با تک دوز اکسی توسین /کل تعداد زایمان

درمان :درخواست پروبیوتیک

شاخص فرایندی :تعداد زنان با دریافت یوترونیک /کل زنان دارای خونریزی

عفونت سیستمیک

پیگیری : همه زنان سزارین شده انتی بیوتیک دریافت نمایند
شاخص فرایندی: تعداد زنان با انتی بیوتیک پرو فیلاکسی /کل زنان سزارین شده

درمان : همه زنان مبتلا به عفونت سیستمیک شدیدآنتی بیوتیک وریدی

شاخص فرایندی: تعداد موارد سپسیس که انتی بیوتیک وریدی /کل زنان مبتلا به سپسیس

معیارهای ورود به برنامه:

عوارض شدید - خونریزی - پره اکلامپسی - اکلامپسی - سپسیس - پارگی رحم -
عوارض شدید سقط و مول

مداخلات حیاتی بستری: پذیرش در بخش ویژه - مداخلات رادیو لوژی - لاپاراتومی و
هیسترکتومی بجز سزارین - استفاده از خون

شرایط تهدید کننده حیات در مادر نیرمیس :

-اختلال قلبی عروقی (شوک -ایست قلبی -نداشتن هوشیاری-استفاده از وازو اکتیو ها -احیا قلبی عروقی -کاهش خورسانی بافتی -لاکتات بیشتر از میلی مول -اسیدوز شدید

اختلال تنفسی :سیانوز حاد -تنگی نفس -تاکی پنه شدید(40تنفس)-برادی پنه (6 تنفس)-اینتوبه -هیپوکسی شدید کمتر از 90

اختلال کلیوی :الیگوری که به درمان جواب نمی دهد -نارسایی حاد کلیه -ازتمی شدید کراتین بالای 300میکرو مول

اختلال انعقادی :عدم انعقاد-انتقال خون یا گلبول قرمز مساوی یا بیشتر از 5-ترمبو سیتوپنی شدید
اختلال کبدی :زردی به دلیل پره اکلامپسی -زردی شدید بیشتر از 60میلی گرم

اختلال عملکرد نورولوژی :بیهوشی طولانی بیشتر از 12 ساعت یا کما -سکته مغزی -صرع مداوم

اختلال عملکرد رحم:هیسترکتومی به دلیل خونریزی یا عفونت شدید رحمی
مرگ مادر

داده ها از پرونده استخراج و بر اساس ممیزی بالینی و بایگانی میگردد
مداخلات بحرانی با پذیرش در بخش ویژه از معیار های ورود به برنامه است

عوامل قابل ثبت : تاریخ - وقایع کلیدی - پیگیری و ارجاع - وضعیت بیمار در بدو ورود -
وضعیت قبل - حین - بعد زایمان - پیامد بارداری - تاریخچه پزشکی - علل زمینه ای

1-شناسایی کلیه موارد

2-ثبت کامل و دقیق داده

- 1-تشکیل کمیته عوارض شدید
- 2-کمیته مرگ مادر
- 3-پیگیری پس از ارزیابی

MATERNAL NEAR MISS(MNM) مادرانی که به علت عوارض بارداری تا 42 روز پس از زایمان به سمت مرگ رفته و برگشته اند

MATERNAL DEATH مرگ مادر

SEVERE MATERNAL OUT COM وضعیت تهدید کننده حیات که مرگ +نیرمیس است
پیامد شدید مادری

WOMEN WITH LIFE CONDITION (WLTC) مادران در معرض تهدید به زندگی
شامل مادر نزدیک به مرگ +مرگ مادری

نسبت پیامد شدید مادری = تعداد زنان با شرایط تهدید به زندگی در 1000 تولد زنده

نسبت مادران نزدیک به مرگ = تعداد مادران نزدیک به مرگ در هر 1000 تولد زنده

شاخص مورتالیتی: تعداد مادر فوت شده / به تعداد مادر در معرض تهدید به زندگی

نسبت پیامد شدید مادری (SMOR) = $MD + MNM$ در هر 1000 تولد زنده

نسبت پیامد شدید مادری (SMOR) برآوردی از میزان مراقبت و منابع مورد نیاز منطقه است

نسبت مادران نزدیک به مرگ MNMR = تعداد مادران نزدیک به مرگ در هر 1000 تولد زنده (این شاخص تخمین میزان منابع و مراقبت مورد نیاز منطقه است)

نسبت مادران نزدیک به مرگ به مادران فوت شده که هر چه ایم نسبت بزرگتر باشد نشان از مراقبت بهتر دارد

- 1- امکان ارزیابی منطقه ای
- 2- درک الگوی محلی
- 3- تعیین نقط ضعف و قوت
- 4- مشکلات نظام ارجاع
- 5- تعیین میزان مداخلات

اولین واحد اجرای رویکرد سطح یک مراقبت‌هاست
در سطح 2 و 3 الزامات پیگیری فعال صورت پذیرد

شاخص های مورد نظر در برنامه موریبیدی :

1-پیامد شدید

2-نسب مادران نزدیک به مرگ

اگر شاخص مرگ در پیامد شدید بالای 20 درصد باشد =بررسی کیفیت خدمات

اگر شاخص مرگ در پیامد شدید کمتر از 5 درصد =مناسب بودن ارائه خدمات

استفاده از امار بخش ویژه در برنامه :

پذیرش کمتر از 5 درصد = کمبود تخت بخش ویژه

پذیرش بیشتر از 3-5 درصد - استفاده بیش از حد یا غیر ضروری از بخش ویژه

در صورت معمول بیمار با نارسایی ارگان بالای 70 درصد موارد باید در بخش ویژه بستری گردد

کمتر از 30 درصد مادران در بخش مراقبت ویژه که دچار پیامد شدید مادری هستند صرفاً به دلیل دریافت خدمات بهتر در بخش ویژه تحت نظر خواهند بود

تیم فوریت‌های مامایی :

مترون

سوپر وایزر

دو متخصص زنان یا یک متخصص زنان و یک جراح

بیهوشی

دو نفر ماما

کارشناس رابط مادر مشمول مراقبت ویژه

تیم دیده بان :

اتاق زایمان

اتاق عمل

بخش های مراقبت ویژه

اورژانس

دفتر پرستاری

آزمایشگاه

کمیته مورتالیتی و موریبیدیته :

ریاست بیمارستان

مترون

متخصص پاتولوژی

رادیولوژی

حاکمیت بالینی

سوپروایزر

متخصصین

پزشکی قانونی

بیهوشی

شرح وظایف بیمارستان :

- 1- بررسی مرتب موارد مرگ و موربیدیتی
- 2- بررسی علل مرگ و موربیدیتی و عوامل بوجود آورنده
- 3- تهیه گزارش کارشناسی به صورت محرمانه
- 4- استفاده از رویکرد مناسب جهت پیشگیری و علل ریشه ای خطا

مراحل فرآیند در بیمارستان :

با حضور بیمار در بیمارستان شروع و با ثبت گزارش در سامانه خاتمه می یابد

1-شناسایی مورد مبتلا توسط رابط مادر مشمول مراقبت

2-تشکیل تیم فوریتها توسط رابط و سوپروایزر

3-ارسال گزارش فوری ظرف 24-72ساعت در سامانه و اطلاع به معاونت درمان

4-ثبت اطلاعات در سامانه تحت وب

5-طرح مورد در کمیته مورتالیتی و موربیدیتی ماهیانه

6-تدوین راهنمای بالینی و دستور العمل بیمارستانی (پروتکل) و چک لیست ارزیابی پروتکل

7- جهت طرح مورد در کمیته دانشگاهی در صورت لزوم(ارسال اوراق پرونده به معاونت درمان)

پروتکل نویسی :

1- نحوه تدوین پروتکل بر اساس دستور العمل مشخص است

الف -مسئول تدوین پروتکل مشخص است

2- پروتکل خونریزی در معرض دید قرار دارد

3- نحوه اطلاع رسانی از بخش نامه ها در بلوک مشخص گردد

4- کد فوریت ها تعریف گردد

5- اعضا تیم فوریت‌های مامایی تعریف گردد

6- فرآیند اعلام کد مشخص گردد

الف- زمان حضور بر بالین مشخص گردد

ب- شرح وظایف اعضا تیم مشخص گردد (مستند سازی –مدیر تیم احیا –احیا اولیه –
بررسی علت ...)

7- نحوه تامین تجهیزات و لوازم و فضای مورد نیاز مشخص گردد

الف- نحوه تامین وسایل ارزیابی میزان خونریزی مانند شان –لنگاز –دروشیت)

ب- نحوه تامین داروها مشخص گردد

8-فرایند اعزام بیمار مشخص است

الف-فرد مسئول تعیین علت اخذ پذیرش و توجه به شرایط بیمار (اگر ناپایدار گردد در زمان اعزام) مشخص است

ب-زمان لازم برای اخذ پذیرش بیمار مشخص گردد

د-محل اخذ پذیرش با توجه به نیاز بیمار و سطح بیمارستان مشخص گردد

ه-در صورت نیاز به بخش ویژه و نبود آن مسئول اخذ پذیرش مشخص گردد

م-مسئول و محل کنترل بیمار از زمان تصمیم گیری برای اعزام تا اخذ پذیرش مشخص گردد

ک-پرستار همراه بیمار مشخص گردد

ن-در زمان اعزام مشخص شود بیمار به چه کسی در مقصد تحویل داده شود

9-فرایند درخواست خون مشخص است

الف-نحوه و مواردی که نیازمند خون هستند مشخص گردد

ب-مدت زمان بین درخواست خون تا تحویل

پ-مسئول پیگیری و دریافت خون مشخص گردد

ت-بانک خون دارای پروتکل مشخص برای ذخایر خون باشد

ن-فرد ارسال کننده نمونه خون مشخص باشد

10-فرایند مربوط به آزمایشگاه مشخص باشد

الف-برای تمام مادران بستری آزمایشات روئیت توسط ماما انجام گردد

ب-فواصل کنترل و چک هموگلوبین در خونریزی ها مشخص گردد

د-آزمایشات در خونریزی شدید مشخص گردد

م-زمان انجام و مدت زمان جواب برای پرسنل آزمایشگاه مشخص گردد

11-وظایف کارکنان به صورت شفاف تعیین گردد

الف -مسئول کنترل لیبر و بخش زایمان مشخص گردد

ب-نسبت تعداد ماما در لیبر و زایمان تناسب داشته باشد

ن-نحوه مراقبت از مادر کم خطر و پر خطر مشخص گردد

ک-مسئول ارزیابی خونریزی در بخش مشخص گردد

12-استاندارد و تعاریف فنی در اختیار کارکنان قرار گیرد

الف -تعریف مشخص خونریزی دراختیار پرسنل قرار گیرد

ب-عوامل مستعد کننده خونریزی بر اساس راهنمای بالینی مشخص گردد

پ-طبقه بندی شدت خونریزی بر اساس راهنما صورت پذیرد

ت-تخمین میزان خونریزی بر اساس راهنما صورت پذیرد

ک-در موارد خفیف تا متوسط بر اساس راهنما ی خونریزی اقدام صورت پذیرد

ف-در صورت خونریزی شدید یا تداوم خونریزی بر اساس پروتکل اقدام لازم صورت

پذیرد

- 13- اصول و اقدامات درمانی در برخورد با مادر دچار خونریزی مطابق راهنما**
- الف اقدامات درمانی بر اساس علت تعیین گردد**
 - ب- نحوه و ترتیب داروها مشخص گردد**
 - د- دوز داروها در خونریزی پس از زایمان مشخص گردد**
 - ه- نحوه دسترسی به داروهایی نظیر مترژن و ... مشخص گردد**
 - م- نحوه دسترسی به مایعات کریستالوئیدی تا قبل رسیدن خون مشخص گردد**

آموزش دستورالعمل و پروتکل تدوین شده به کلیه افراد مرتبط - نیاز سنجی آموزشی -
فواصل آموزش و آموزش مهارت مورد نیاز کارکنان و صدور گواهی شرکت در دوره
آموزشی

پروتکل نویسی :

تامین منابع مورد نیاز که شامل نیروی انسانی -تجهیزات و زیر ساخت مناسب و استفاده از نیروی پشتیبان

پایش و ارزشیابی پروتکل :

به صورت سالیانه مورد ارزیابی مجدد قرار گیرد و با چک لیست ارزیابی پروتکل به صورت مکرر سنجش صورت پذیرد

فرم امارى:

آمار موربيديتي			سه ماهه ۱	نام بیمارستان	توضیحات
			تعداد کل موارد گزارش فوری	تعداد کل موارد Near miss	
عنوان					
پارگی رحم					
اکلامپسی					
عوارض شدید سقط / حاملگی خارج از رحم/مول					
پره اکلامپسی شدید					
سیسمیس حادیا عفونت سیستمیک شدید					
خونریزی شدید پس از زایمان					
سایر عوارض مرتبط به پیامد شدید مادری (کلانمان ، پرویا ، ترومبوآمبولی ، قلبی و...) ذکر تعداد به تفکیک علل در توضیحات ذکر گردد					
عنوان					
استفاده از خون و فرآورده های خونی (شامل هرنوع ترانسفوزیون خونی به میزان حداقل 5 واحد)					
لایارانتومی و یا ژکشت به اتاق عمل به دنبال NVD یا C/S (طبق دستورالعمل صفحه 26 کتاب ارزیابی کیفیت مراقبت ها در عوارض شدید بارداری و زایمان)					
مداخلات رادیولوژی (امبولیزاسیون عروقی رحمی)					
پذیرش در ICU					
پذیرش در CCU					
جمع کل مداخلات					
اختلال عملکرد قلبی و عروقی (طبق دستورالعمل صفحه 26 کتاب ارزیابی کیفیت مراقبت ها در عوارض شدید بارداری و زایمان)					
اختلال عملکرد تنفسی (طبق دستورالعمل صفحه 26 کتاب ارزیابی کیفیت مراقبت ها در عوارض شدید بارداری و زایمان)					
اختلال عملکرد کلیوی (طبق دستورالعمل صفحه 26 کتاب ارزیابی کیفیت مراقبت ها در عوارض شدید بارداری و زایمان)					
اختلال عملکرد خونی / انعقادی (طبق دستورالعمل صفحه 26 کتاب ارزیابی کیفیت مراقبت ها در عوارض شدید بارداری و زایمان)					
اختلال عملکرد کبدی (طبق دستورالعمل صفحه 26 کتاب ارزیابی کیفیت مراقبت ها در عوارض شدید بارداری و زایمان)					
اختلال عملکرد نورولوژی (طبق دستورالعمل صفحه 26 کتاب ارزیابی کیفیت مراقبت ها در عوارض شدید بارداری و زایمان)					
اختلال چند ارگانی					
جمع کل نارسایی ارگاتها					
هیستوکتومی به دلیل خونریزی و یا عفونت پیشرونده رحمی					
DIC					
تعداد زئانی که تک در اگسی،توسین را برای پیشگیری از خونریزی پس از زایمان دریافت می کنند(طبق دستورالعمل کتاب ارزیابی کیفیت مراقبت ها در عوارض شدید بارداری و زایمان)					
تعداد زئانی که داروهای یوتروتنیک را برای درمان خونریزی پس از زایمان دریافت می کنند(طبق دستورالعمل کتاب ارزیابی کیفیت مراقبت ها در عوارض شدید بارداری و زایمان)					
تعداد زئان مبتلا به اکلامپسی که سولفات دریافت کرده اند(طبق دستورالعمل کتاب ارزیابی کیفیت مراقبت ها در عوارض شدید بارداری و زایمان)					
تعداد زئانی که سزارین شده و آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک دریافت کرده اند(طبق دستورالعمل کتاب ارزیابی کیفیت مراقبت ها در عوارض شدید بارداری و زایمان)					
تعداد زئان مبتلا به عفونت سیستمیک شدید یا سیسمیس که آنتی بیوتیک داخل وریدی دریافت کرده اند(طبق دستورالعمل کتاب ارزیابی کیفیت مراقبت ها در عوارض شدید بارداری و زایمان)					
تعداد زئانی که زایمان پره ترم دارند و کورتیکواستروئید دریافت کرده اند(طبق دستورالعمل کتاب ارزیابی کیفیت مراقبت ها در عوارض شدید بارداری و زایمان)					
تعداد مادر باردار بر خطر ارجاعی از سایر مراکز					

فرم اماری:

مداخلات طراحی شده در کمیته بیمارستانی موربیدتی			
سه ماهه			
وضعیت اجرا			
ز ترومبوآمبولی در بیمارپره اکلامپسی و اکلامپسی - خونریزی پس از زایمان قلبی و عروقی			
ترومبوآمبولی در بیماران حامله، هنگام زایمان و پس از زایمان چک لیست فرایند کووید مادران پره اکلامپسی و اکلامپسی فرایند اداره خونریزی پس از زایمان اجرای صحیح فرایند اداره بیماری قلبی اجرای صحیح فرایند اداره سپسیس			
اورژانس های مامایی، تریاژ مادر باردار، تروما در بارداری، خونریزی های و مدیریت شوک، ترومبوآمبولی و احیای قلبی ریوی مادر باردار برنامه ریزی در راستای آموزش ماهیانه پروتکل های داخلی و ارزیابی چک لیست پروتکل های کووید			
ارزیابی فرایند ها در مادر پر خطر			
وضعیت انجام مداخله		علت تاخیر یا عدم اجرا یا عدم تصویب	

تعداد مورد انتظار زنان واجد شرایط و تعداد مورد انتظار زنان با پیامد شدید مادری بر اساس تعداد زایمان ثبت شده

تعداد زایمان	1000	2000	4000	10000
تعداد مورد انتظار زنان واجد شرایط	37 (75-15)	75 (37-300)	150 (75-300)	375 (187-750)
تعداد زنان مورد انتظار با پیامد شدید مادری	7 (15-3)	15 (30-7)	30 (60-15)	75 (37-150)

خسته نباشید