



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

G29:2019

**GUIA METODOLÓGICA PARA LA VIGILANCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE
ATENCIÓN MATERNO Y NEONATAL**

Honduras 2019



Gobierno de la
República de Honduras



SECRETARÍA DE SALUD

Lic. Alba Consuelo Flores Ferrufino

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Dr. Roberto Cosenza

Sub-Secretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Elvia María Ardón

Directora General de Normalización

Dra. Silvia Yolanda Nazar Hernández

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

Dr. Alcides Martínez

Directora General de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Mireya Fuentes

Directora General de Desarrollo de Recurso Humano

APROBACION

Elvia María Ardón, Directora General de Normalización mediante **RESOLUCION No. DGN N-79** de 26 de AGOSTO 2019, me permito aprobar el G29: 2019 **“GUÍA METODOLÓGICA PARA LA VIGILANCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL”**

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	6
2. OBJETO	7
3. CAMPO DE APLICACIÓN.....	7
4. TÉRMINOS Y DEFINICIONES.....	7
5. ACRÓNIMOS, SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS.....	11
6. DOCUMENTOS RELACIONADOS.....	12
7. ASPECTOS METODOLOGICOS DE LA VIGILANCIA.....	13
7.1 Finalidad de la vigilancia del marco normativo.....	13
7.2 Responsabilidades por nivel	13
7.2.1 Nivel Central	13
7.2.2 Nivel regional.....	13
7.3 Proceso para la vigilancia de la normativa materna y neonatal.....	14
7.3.1 Procedimientos técnicos y legales	14
7.3.2 Conformación de equipos técnicos responsables de nivel central y regional para vigilancia	16
7.3.3 Selección de la muestra y expedientes clínicos.....	17
7.4 Instrumentos para la verificación de la normativa materna y neonatal	18
• Instrumentos para la vigilancia de la Atención Ambulatoria.....	18
- Atención preconcepcional	18
-Atención Prenatal.....	18
-Atención Puerperal.....	18
-Atención Integral del Recién Nacido.....	18
-Atención de la fiebre durante el embarazo	18
• Instrumentos para la vigilancia de la Atención del parto y del neonato	18
-Atención del trabajo de parto, parto y del puerperio inmediato.....	18
-Atención inmediata del recién nacido de término sano	18
• Instrumentos para la vigilancia del Manejo de las complicaciones obstétricas	18
-Manejo de la hemorragia de la segunda mitad del embarazo.....	18
-Manejo de la hemorragia pos parto	18
-Manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo.....	18

-Atención de la amenaza de aborto	18
-Atención del aborto en curso, inevitable o incompleto	18
-Manejo de la fiebre puerperal	18
• Instrumentos para la vigilancia de la Atención de complicaciones neonatales	19
-Reanimación neonatal	19
-Manejo de la asfixia y encefalopatía neonatal	19
-Atención del recién nacido pre termino	19
-Manejo de sepsis neonatal	19
• Instrumentos para la vigilancia del Manejo inicial y referencia de complicaciones obstétricas y neonatales	19
-Estabilización y traslado de la mujer con complicación obstétrica	19
-Estabilización y traslado del recién nacido en estado crítico	19
7.5 Calificación y análisis de la información	19
7.6 Informes y reportes	19
7.7 Base de datos para la vigilancia	20
7. BIBLIOGRAFIA	21
8 ANEXOS	23
Anexo 1 Orden de vigilancia	23
Anexo 2 Acta de Vigilancia	24
Anexo 3 Informe Técnico: Conforme	26
Anexo 4 Informe Técnico: No Conforme	27
Anexo 5 Instructivo para el llenado de los instrumentos de verificación	28
Anexo 6 Instrumentos de verificación	30

1. INTRODUCCIÓN

En Honduras el comportamiento de la razón de muerte materna durante el periodo de 1990 al 2015 ha tenido una tendencia a la reducción (182 a 61 por 100,000 nv). Sin embargo, a lo interno del país persisten diferencias importantes en los departamentos, en los que este indicador se eleva muy por encima de la meta de país establecida en RAMNI 2008-2015, que evidencia las brechas que es necesario reducir para cumplir con el Objetivo de Desarrollo Sostenible Número Tres.¹

La comparación de los resultados de la ENDESA 2011-2012 con los obtenidos en la ENDESA 2005-2006 otorga confiabilidad a las estimaciones. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil en la ENDESA 2011-2012 para el período 2006-2012 es 24, cifra idéntica a la correspondiente en la ENDESA 2005-2006 para un período similar². Las tres principales causas de mortalidad neonatal son la asfixia, prematuridad y sepsis lo que coincide con la situación en el resto de Latinoamérica. La mortalidad por causas se concentra fundamentalmente en causas vinculadas a complicaciones perinatales y en segundo lugar a defectos congénitos.

La Secretaría de Salud (SESAL) actualizó la normativa en atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato (año 2015)³, con protocolos de atención para los servicios del primer y segundo nivel de atención; lo anterior con el objetivo de contribuir en la reducción de las tasas de mortalidad materna y neonatal.

El presente documento es una guía que brinda elementos técnicos para que los responsables de ejecutar acciones de vigilancia, control y fiscalización del cumplimiento de la normativa de la atención materna y neonatal unifiquen criterios. La guía está orientada a sistematizar el proceso de verificación, a través de la programación y organización de las visitas a los establecimientos de salud públicos o no público, con equipos de profesionales multidisciplinarios, que aplicaran metódicamente los instrumentos para la verificación del cumplimiento de criterios técnicos de la atención en forma secuencial dándoles una valoración de cumplimiento o no cumplimiento. Los equipos son miembros del Departamento de Atención en Salud a las Personas de la Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo (Nivel Central) y Unidad de Verificación del Marco Normativo de Atención a las Personas (Nivel Regional), cada equipo vigilara el cumplimiento de la normativa de acuerdo a la complejidad del establecimiento de salud según correspondencia. El proceso de vigilancia incluye los elementos técnicos y organizativos desde la planificación de las

¹ https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_content&view=article&id=1504:honduras-redobla-esfuerzos-para-la-reduccion-acelerada-de-la-mortalidad-materna&Itemid=225

² ENDESA 2011-2012, Honduras.

³ "NORMA DE ATENCIÓN DURANTE LA PRECONCEPCIÓN, EL EMBARAZO, EL PARTO, EL PUERPERIO Y DEL NEONATO." RESOLUCION No.DGN (NHSS-06-2015) del 30 de Agosto del 2016.

visitas a las regiones y sus establecimientos de salud, la organización del equipo técnico, distribución de funciones, tipo de atención, selección de expedientes clínicos, aplicación de los instrumentos de verificación de las atenciones, reunión con el equipo del establecimiento de salud dando a conocer los hallazgos y el informe correspondiente orientado a identificar espacios de mejora bajo responsabilidad del establecimiento.

2. OBJETO

La guía brinda elementos técnicos para que los responsables de ejecutar acciones de vigilancia, control y fiscalización del cumplimiento de la normativa de la atención materna neonatal unifiquen criterios.

3. CAMPO DE APLICACIÓN

Esta guía es para uso de los equipos técnicos del Departamento de Atención en Salud a las Personas de la Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo (Nivel Central) y Unidad de Verificación del Marco Normativo de Atención a las Personas (Nivel Regional) de verificar el cumplimiento de la Normativa de Atención Materna y Neonatal en los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención públicos o no público.

4. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

4.1 Acta de vigilancia: Documento que refleja el resultado de la vigilancia de la norma realizada por un equipo técnico delegado por la autoridad sanitaria debidamente acreditados y firmado por el equipo e interesado ante testigos.

4.2 Análisis de la situación de salud: Conjunto de conceptos, métodos y actividades para la medición y el monitoreo del proceso salud-enfermedad-servicios, utilizando diferentes metodologías que permiten el análisis estratégico y la síntesis de información con el fin de facilitar la gestión en salud de manera propositiva, oportuna y participativa, en colaboración con diversos actores y sectores sociales⁴.

4.3 Calidad: Es hacer lo correcto, correctamente, siempre. La calidad se conceptualiza en dos dimensiones, la primera es la calidad técnica la cual se define a través de estándares, normas, protocolos de atención y directrices basados en evidencia; mientras que la segunda dimensión es la

⁴ <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/abordaje-analisis-situacion-salud.pdf>

calidad percibida entendida como la expresión del usuario sobre los servicios recibidos considerando un trato digno, sin discriminación, con enfoque total a su identidad y derechos y sin la ocurrencia de eventos adversos⁵.

- 4.4 Complicación obstétrica:** Se refieren a interrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial. Una morbilidad obstétrica extrema, es una complicación obstétrica severa que pone en riesgo la vida de la mujer y que requiere una intervención médica urgente para prevenir la muerte de la madre⁶.
- 4.5 Conforme:** Que cumple con lo establecido en el marco normativo técnico y legal de la SESAL.
- 4.6 Control:** Es la responsabilidad de ordenar los correctivos jurídico, financiero, económico, técnico, científico, administrativo, de cualquiera de sus vigilados y sanciona las acciones que se aporten del ordenamiento legal ya sea por acción u omisión.
- 4.7 Diligencias contentivas:** Trámite o gestión, generalmente administrativa, que se tiene que realizar para resolver un asunto⁷.
- 4.8 Elementos técnicos:** Los materiales de apoyo deben incluir información concreta, resumida, gráfica y que de ser posible esté relacionada de algún modo con el quehacer diario de los participantes de forma que el interés en aprender se dé por el interés de llevar a cabo una idea o proyecto de su organización.
- 4.9 Evaluación:** Es un conjunto de procedimientos que se utilizan en forma periódica, para analizar el desarrollo del programa y para obtener información acerca del cumplimiento y validez de sus objetivos, actividades, costos, resultados e impacto⁸.
- 4.10 Evidencia:** Es certeza clara y manifiesta de la que no se puede dudar; es también prueba determinante en un proceso⁹.
- 4.11 Expediente clínico:** Es un instrumento que contiene antecedentes, exámenes, pruebas de laboratorio, diagnóstico, pronóstico y tratamiento del paciente como tal. Es un instrumento por

⁵ Lineamientos técnicos para el mejoramiento continuo de la calidad en salud, Secretaría de Salud, Año 2017.

⁶ <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/complicaciones-obsteacutetricas-en-adolescentes-y-mujeres-adultas-con-o-sin-factores-de-riesgo-asociados-honduras-2016.pdf>

⁷ <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/diligencia>

⁸ Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), Módulo VI Supervisión, monitoreo y evaluación Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de La Organización Mundial de la Salud

⁹ <https://educalingo.com/es/dic-es/evidencia>

medio del cual se registran los datos convenientes en el establecimiento de salud. Su finalidad es tener a mano una documentación escrita con la mayor cantidad de datos acerca del paciente y el cual es confidencial¹⁰.

- 4.12 Expediente de Licenciamiento:** Documentación correspondiente al proceso administrativo para obtener la Licencia Sanitaria de un establecimiento de salud y en el cual también obran las inspecciones sanitarias posteriores al otorgamiento de la misma.
- 4.13 Fundamento:** Principios básicos de un arte, ciencia o técnica¹¹.
- 4.14 Guía:** Es un documento que brinda orientaciones básicas para realizar una determinada actividad¹².
- 4.15 Licencia Sanitaria:** Es la autorización para que un establecimiento pueda fabricar, importar, exportar, transportar, distribuir, manipular, almacenar, envasar, expender y dispensar productos de interés sanitario, así como brindar servicios de salud, una vez que cumpla con todos los requisitos técnicos y legales¹³.
- 4.16 Mejora continua:** La mejora continua le da cierre al proceso de gestión de la calidad (definir, medir, mejorar), ya que es cuando de una manera deliberada y dialéctica, se exponen las causas de las brechas en el incumplimiento y esto debe llevar a una discusión amplia, informada y transparente de las soluciones que aseguren y garanticen esa calidad definida en la normativa¹⁴.
- 4.17 Monitoreo:** Es una herramienta clave que contribuye a la ejecución efectiva y eficiente de las acciones, pues sirve para verificar periódicamente que el trabajo se está desarrollando de acuerdo a lo que se planeó, identificar causas de incumplimiento de las metas, y adoptar medidas pertinentes en forma inmediata y oportuna para su corrección¹⁵.
- 4.18 No Conforme:** Que no cumple con lo establecido en el marco normativo técnico y legal de la SESAL.
- 4.19 Norma:** Documento establecido por consenso que provee para un uso común y repetido, reglas, directrices o características para actividades o sus resultados, con el fin de lograr un grado óptimo

¹⁰ <https://es.slideshare.net/gcarmenpromo/expediente-clinico-16e488935>

¹¹ <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/fundamento>

¹² Guía para Emitir Documentos Normativos. Secretaría de Salud, septiembre 2015, Honduras.

¹³ Acuerdo-06-2005-REGLAMENTO-PARA-EL-CONTROL-SANITARIO

¹⁴ Política Nacional de Salud 2011 Secretaria de Salud.

¹⁵ Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), Módulo VI Supervisión, monitoreo y evaluación Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de La Organización Mundial de la Salud

de orden en un contexto dado dentro del sector salud.

- 4.20 Normativa:** Se refiere al establecimiento de reglas o leyes, dentro de cualquier grupo u organización, debido a que debe existir un orden y común acuerdo de los integrantes de los grupos u organizaciones¹⁶.
- 4.21 Observación:** Es la técnica de recogida de la información que consiste básicamente, en observar, acumular e interpretar las actuaciones, comportamientos y hechos de las personas u objetos, tal y como las realizan habitualmente. En este proceso se busca contemplar en forma cuidadosa y sistemática como se desarrolla dichas características en un contexto determinado, sin intervenir sobre ellas o manipularlas.
- 4.22 Orden de vigilancia:** Documento mediante el cual se delega a un equipo técnico legal para realizar acciones de vigilancia del marco normativo, especificando el lugar, hora y fecha en que se llevara a cabo.
- 4.23 Sistema de información (SI):** Es un conjunto de elementos orientados al tratamiento y administración de datos e información, organizados y listos para su uso posterior, generados para cubrir una necesidad o un objetivo. Dichos elementos formarán parte de alguna de las siguientes categorías: personas, actividades o técnicas de trabajo, datos, recursos materiales.
- 4.24 Supervisión:** Es una actividad administrativa que constituye una serie general de medidas para garantizar que el personal de salud lleve a cabo sus actividades de manera eficaz y sean más competentes en su trabajo.
- 4.25 Talento humano:** Son los conocimientos, experiencias, motivación, intereses vocacionales, aptitudes, actitudes, habilidades, potencialidades, salud, etc., de las personas vistas como un recurso, el cual debe administrarse¹⁷.
- 4.26 Toma de decisiones:** Es el proceso administrativo y gerencial que parte de un análisis de información y circunstancias, que tiene inherente la elección entre diferentes opciones, de aquella que según su criterio es la más acertada, en función del bien común.
- 4.27 Verificación:** Es el proceso que se lleva a cabo para revisar examinar y comprobar si el proveedor de servicios de salud está cumpliendo con la normativa.
- 4.28 Vigilancia:** Es una función de rectoría y asegura que lo decidido y normado se cumpla, sin

¹⁶ Manual de Organización y Funciones y sus Instancias de la Secretaría de Salud, noviembre 2013.

¹⁷ Manual de Organización y Funciones de las Regiones Sanitarias

vigilancia no hay garantía de calidad¹⁸.

- 4.29 Referencia:** Es el conjunto de procedimientos administrativos y asistenciales por el cual se deriva a usuarios de un establecimiento de salud a otro de diferente capacidad resolutive, para evaluación diagnóstica y/o tratamiento, a fin de asegurar la continuidad de la prestación de servicios¹⁹.
- 4.30 Regulación:** Definir el marco normativo sanitario y regular las actividades públicas y privadas que deben acatar tanto las personas naturales o jurídicas que provea o reciba bienes y servicios de interés sanitario, que influyan en la producción social de la salud, o bien, que realizan actividades o mantiene conductas que por su naturaleza puedan afectar la salud de la población, ambientes de vida y trabajo; a fin de promover y proteger la salud de individuos, familias y comunidades²⁰.
- 4.31 Respuesta:** Es el procedimiento, mediante el cual una persona retorna al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido la demanda. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada y el apoyo al establecimiento que recibe para asegurar la continuidad de la atención²¹.

5. ACRÓNIMOS, SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS

BCG:	Vacuna de Bacillus Calmette Guérin
CIS	Centro de Atención Integral en Salud
CMI	Cínica Materno Infantil
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
DASP	Departamento de Atención en Salud a las Personas
DEPSSO	Departamento de Servicios Sanitarios y Otros
DGVMN	Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo
DIU	Dispositivo Intrauterino
ES	Establecimientos de Salud
FCF	Frecuencia Cardíaca Fetal
HCPB	Historia Clínica Perinatal Base
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LISEM	Listado de Embarazadas
LISMEF	Listados de Mujeres en Edad Fértil

¹⁸ Política Nacional de Calidad

¹⁹ Manual de Organización y Funciones y sus Instancias de la Secretaría de Salud, noviembre 2013.

²⁰ Idem

²¹ Idem

N/A	No Aplica
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
SESAL	Secretaría de Salud
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Humana Adquirida
SIIS	Sistema Integrado de Información en Salud
SINAR	Sistema Nacional de Referencia y Respuesta
UAPS	Unidad de Atención Primaria en Salud
UPEG	Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión
UVS	Unidad de Vigilancia de la Salud
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus de Papiloma Humano
RH	Antígeno o Proteína Presente en los Glóbulos Rojos
RISS	Red Integradas de Servicios de Salud
RN	Recién Nacido
RPR	Reagina Plasmática Reactiva
RS	Región Sanitaria

6. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Norma Hondureña del Sector Salud, Atención durante la Preconcepción, el Embarazo, el Parto, el Puerperio y del Neonato, marzo 2016.

Protocolos para la Atención durante la Preconcepción, el Embarazo, el Parto, el Puerperio y del Neonato, 2016.

- Protocolos de Atención ambulatoria
- Protocolos de Atención del parto y del neonato
- Protocolos de Manejo de las complicaciones obstétricas
- Protocolos de Atención de complicaciones neonatales
- Protocolos de Manejo inicial y referencia de complicaciones obstétricas y neonatales

Modelo Nacional de Salud 2013

Reglamento Interno de Organización y Funciones de la Secretaria de Salud 2014

Política de Calidad 2011

Plan Nacional de Salud 2014-2018

7. ASPECTOS METODOLOGICOS DE LA VIGILANCIA

7.1 Finalidad de la vigilancia del marco normativo

La función rectora de vigilar la aplicación del marco normativo sanitario se hace con el fin de proteger la salud de individuos, familias y comunidades. Esta función aplica a toda persona natural y jurídica que provea o reciba bienes y servicios de interés sanitario. En atención a lo anterior la gestión y conducción de la vigilancia normativa de atención materna y neonatal, se operativizará de acuerdo a la estructura organizativa y funcional de la Secretaría de Salud (SESAL).

7.2 Responsabilidades por nivel

7.2.1 Nivel Central

A este nivel es la Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo (DGVMN) la instancia responsable de aplicar, interpretar, vigilar, fiscalizar y controlar el cumplimiento de la normativa legal, técnica y administrativa que la SESAL establece.

Para ello la DGVMN ejecuta estas funciones a través de cuatro departamentos:

- Departamento de Atención en Salud a las Personas (DASP)
- Departamento de Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud y otros (DEPSSO)
- Departamento de Salud Ambiental (DSA)
- Departamento de Farmacovigilancia (DFV)

7.2.2 Nivel regional

A este nivel el Departamento de Vigilancia del Marco Normativo (DVMN) es la instancia responsable de aplicar y garantizar el cumplimiento de la normativa sanitaria y de atención a las personas definida por el nivel central de la SESAL.

Para ello la DVMN cuenta tres unidades:

- Unidad de Verificación de la Normativa de Atención a las Personas (UVNAP)
- Unidad de Verificación de la Normativa Sanitaria (UVNS)
- Unidad de Fomento Sanitario (UFS)

Las regiones sanitarias tienen como atribuciones en el área geográfica de su competencia:

- Ejercer las funciones que le sean específicamente delegadas en el manual de organización y funciones.
- Implementar la misión, visión, política, objetivos y normas sectoriales, en su jurisdicción.
- Brindar, en forma eficaz y oportuna, la asistencia, apoyo técnico y administrativo a la gestión de la red de Salud bajo su jurisdicción.

- Mantener informadas a las entidades públicas y organizaciones en general, que desarrollen actividades afines para el sector salud sobre los dispositivos legales para la salud, evaluando su cumplimiento²².

Categorización y tipificación de los establecimientos de salud.

Los establecimientos de salud están organizados según la complejidad de los servicios que prestan y a su nivel resolutivo: primer y segundo nivel de atención. Los equipos de gestión son los responsables de asegurar el cumplimiento de la norma y dar respuesta a las inconformidades encontradas durante los procesos de vigilancia según corresponda su competencia.

Primer Nivel de Atención: Es la provisión de servicios integrados y accesibles por personal de salud que se hace responsable por resolver la mayoría de las necesidades de salud de las personas, desarrollando una relación sostenida con la gente, y practicando en el contexto de la familia y la comunidad.

Segundo Nivel de Atención: Se enfoca en la promoción y protección de la salud, la prevención, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes de mediana complejidad (Nivel 4 y 5) y en la provisión de servicios de atención especializada ambulatoria, emergencia y de hospitalización altamente especializada de enfermedades y daños de alto riesgo y complejidad, pues incluye los Centros de Referencia de mayor complejidad (Nivel 6 y 7); además de realizar investigaciones específicas de interés institucional y nacional, también desarrollando la docencia al más alto nivel en las especialidades de su competencia y proponiendo normas respecto a las guías, protocolos y procedimientos de atención para todos los niveles.

7.3 Proceso para la vigilancia de la normativa materna y neonatal

La vigilancia se realizará con los instrumentos diseñados de acuerdo a los criterios contenidos en la normativa materna neonatal de manera periódica, por denuncia o caso fortuito. La información de los hallazgos encontrados debe ser registrada en la base de datos electrónica administrada por la DGVMN. Esta información es un insumo para la toma de decisiones a fin que el establecimiento de salud cumpla con la normativa vigente.

7.3.1 Procedimientos técnicos y legales

Realiza la programación de actividades de vigilancia de los establecimientos de salud.

- Solicita el expediente de licenciamiento (si existe). En el caso de que no cuente con el expediente de licenciamiento se crea uno que incluya la orden y los instrumentos que se aplicaron y el acta debidamente foliada.

²² Acuerdo 406-14 reglamento interno de organizaciones y funciones SESAL

- Se emite una orden de vigilancia por el nivel de acuerdo a su competencia en original y copia.
- El equipo técnico asignado prepara la documentación y los instrumentos de verificación de acuerdo al marco normativo que se vigilará.
- Realiza la reunión de apertura con el equipo multidisciplinario del establecimiento de salud convocado.
- Aplicación de los instrumentos de acuerdo al análisis de la reunión de apertura.
- Se levanta el acta respectiva en la cual se detallan los criterios no cumplidos, entregando copia al representante legal del establecimiento, firmada y sellada por ambas partes y en presencia de dos testigos.
- Elabora el informe técnico determinando si el resultado fue conforme o no conforme.

Si el resultado es Conforme, el equipo técnico procede a anexar la orden de vigilancia, el acta en original y el informe técnico firmado por todo el equipo que realizó la vigilancia, los cuales se entregan en un plazo máximo de tres (3) días hábiles. Se anexa al expediente de licenciamiento y se devuelve debidamente foliado al archivo del DASP o DVMN regional.

En casos de No Conforme, las diligencias contentivas del expediente de licenciamiento son asignadas al oficial Jurídico del DASP para que proceda a elaborar la citación correspondiente y pasa a firma a la Dirección de Vigilancia del Marco Normativo o a la Jefatura Regional. Una vez firmada la citación se devuelve al DASP o al DVMN para que en término de tres días proceda a enviar la misma al establecimiento de salud que corresponda.

Se realiza la audiencia de comparecencia para que el representante legal por medio de apoderado legal comparezca a desvirtuar los hallazgos de las no conformidades encontradas en la vigilancia del marco normativo, una vez concluida la audiencia, el acta se cierra, se firma y sella por el oficial Jurídico de DASP/DVMN de la RS y el apoderado legal de la parte interesada.

Se devuelven las presentes diligencias al equipo técnico que realizó la vigilancia para que proceda a analizar los medios probatorios en el desvanecimiento de los descargos presentados en la audiencia de comparecencia.

Una vez analizados los medios probatorios presentados, si son suficientes para desvanecer las no conformidades, el equipo técnico elabora el informe conforme en un plazo máximo de tres (3) días hábiles y se procederá de acuerdo a lo establecido.

Una vez analizados los medios probatorios presentados y estos no son suficiente para desvanecer las no conformidades, el equipo técnico elabora informe de No Conforme en un plazo máximo de tres (3) días hábiles y entrega a la jefatura del DASP o DVMN quienes remitirán el expediente

debidamente foliado al Departamento de Servicios Sanitarios y Otros (DEPSSO); y la Unidad de Vigilancia de Normativa Sanitaria (UVNS) para que resuelva lo que en derecho corresponda de acuerdo a su competencia.

- Reunión de cierre, estableciendo claramente los hallazgos y compromisos para el cumplimiento de Normativa de la Atención Materna y Neonatal.
- Concluida la vigilancia se da lectura y se procede a la firma del acta de vigilancia por el propietario o representante legal o el responsable del establecimiento de salud, el equipo de vigilancia y los dos testigos, incluyendo nombre y firma. La original del acta forma parte del expediente y se dará copia al propietario o representante legal.

7.3.2 Conformación de equipos técnicos responsables de nivel central y regional para vigilancia

Equipos responsables de la vigilancia en los ES del primer nivel de atención

El equipo responsable de realizar la vigilancia en los ES del primer nivel de atención debe estar conformado por profesionales multidisciplinarios capacitados y con experiencia en Atención materna y neonatal, salud pública y epidemiología. Aplicara los instrumentos considerando la observación directa, verificación de recursos humanos, equipos, insumos y suministros.

Equipos responsables de la vigilancia en los ES del segundo nivel de atención

Conformación de tres equipos, cada equipo debe estar conformado por personal capacitado y con experiencia en la Atención Materno Neonatal para facilitar el desarrollo de las actividades.

Conformación de tres equipos. Cada equipo debe estar conformado por personal capacitado y con experiencia en la Atención Materno Neonatal para facilitar el desarrollo de las actividades.

El primer equipo contará con un profesional de la medicina de preferencia un médico gineco obstetra Evaluará expedientes clínicos de acuerdo a la muestra seleccionada de la atención materna y complicaciones obstétricas.

El segundo equipo contará con un profesional de la medicina de preferencia médico pediatra. Evaluará expedientes clínicos de acuerdo a la muestra seleccionada de la atención al recién nacido y complicaciones neonatales.

El tercer equipo se conformará considerando la participación de personal con experiencia en salud pública y epidemiología. Aplicará los instrumentos considerando la observación directa y la verificación de recursos humanos, equipo insumos y suministros.

7.3.3 Selección de la muestra y expedientes clínicos

La verificación del cumplimiento de la normativa requiere trabajar con expedientes clínicos del establecimiento de salud según el proceso de atención a vigilar, para ello se determina una muestra de acuerdo al siguiente procedimiento:

Paso 1: Determinación del Universo

Es el número total de atenciones ocurridas en un periodo determinado, de acuerdo a la asistencia de la población a un establecimiento de salud, en este caso, por servicios materno neonatales.

Paso 2: Determinación de la Muestra

Para la selección de la muestra utilice la siguiente tabla:

Tabla para calcular una muestra

No.	Tamaño de Universo (N)	Tamaño de la Muestra (n)	No.	Tamaño de Universo (N)	Tamaño de la Muestra (n)
1	1	1	19	35 al 38	18
2	2	2	20	39 al 43	19
3	3	3	21	44 al 48	20
4	4	4	22	49 al 55	21
5	5	4	23	56 al 62	22
6	6	5	24	63 al 71	23
7	7	6	25	72 al 81	24
8	8 al 9	7	26	82 al 94	25
9	10	8	27	95 al 110	26
10	11 al 12	9	28	111 al 130	27
11	13 al 14	10	29	131 al 158	28
12	15 al 16	11	30	159 al 195	29
13	17 al 19	12	31	196 al 251	30
14	20 al 21	13	32	252 al 343	31
15	22 al 24	14	33	344 al 526	32
16	25 al 27	15	34	527 al 1046	33
17	28 al 30	16	35	1047 en adelante	34
18	31 al 34	17			

Paso 3 Selección de los expedientes clínicos

Se utilizará el Método Aleatorio simple de la siguiente manera:

- Determinar un intervalo de selección, dividiendo el total de atenciones (Universo), entre el tamaño calculado de la muestra Ejemplo: $50/21=2.38$ (se redondea a 2 por ser la fracción menor que 0.5). Entonces nuestro intervalo de selección es 2.

- A continuación, enliste el total de números de expedientes de los casos a revisar.
- Solicitar a estadística los expedientes clínicos seleccionados por cada atención a verificar.
- Verificar el diagnóstico y no tomar en consideración aquellos expedientes que no aplican.

7.4 Instrumentos para la verificación de la normativa materna y neonatal

La verificación del cumplimiento de la normativa materna y neonatal se realizará a través de la aplicación de instrumentos diseñados para tal fin. Cada instrumento está diseñado por tipo de atención, la atención contiene criterios mínimos que se deben cumplir en la Atención Materna y Neonatal, establecidos en los protocolos de Atención Ambulatoria; Atención del parto y del neonato; Manejo de las complicaciones obstétricas; Atención de complicaciones neonatales; Manejo inicial y referencia de complicaciones obstétricas y neonatales, detallados a continuación:

- Instrumentos para la vigilancia de la Atención Ambulatoria
 - Atención preconcepcional
 - Atención Prenatal
 - Atención Puerperal
 - Atención Integral del Recién Nacido
 - Atención de la fiebre durante el embarazo
- Instrumentos para la vigilancia de la Atención del parto y del neonato
 - Atención del trabajo de parto, parto y del puerperio inmediato
 - Atención inmediata del recién nacido de término sano
- Instrumentos para la vigilancia del Manejo de las complicaciones obstétricas
 - Manejo de la hemorragia de la segunda mitad del embarazo
 - Manejo de la hemorragia pos parto
 - Manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo
 - Atención de la amenaza de aborto
 - Atención del aborto en curso, inevitable o incompleto
 - Manejo de la fiebre puerperal

- Instrumentos para la vigilancia de la Atención de complicaciones neonatales
 - Reanimación neonatal
 - Manejo de la asfixia y encefalopatía neonatal
 - Atención del recién nacido pre termino
 - Manejo de sepsis neonatal

- Instrumentos para la vigilancia del Manejo inicial y referencia de complicaciones obstétricas y neonatales
 - Estabilización y traslado de la mujer con complicación obstétrica
 - Estabilización y traslado del recién nacido en estado crítico

7.5 Calificación y análisis de la información

Al finalizar la verificación, se debe proceder a sumar el puntaje obtenido y calcular el porcentaje de cumplimiento de la siguiente manera: divida el numerador (número de criterios cumplidos) entre el denominador (total de criterios evaluados) y multiplique por 100; descartando los criterios que N/A del denominador.

Con base al porcentaje de cumplimiento y rangos definidos se debe establecer la calificación como:

Cumple si el porcentaje es igual o mayor a 90%

No Cumple si el porcentaje es menor a 90%

7.6 Informes y reportes

Posterior a la verificación del cumplimiento de los protocolos (nivel central y/o regional) en base al acta de vigilancia el equipo técnico elabora el informe respectivo, el cual será remitido mediante oficio a la instancia inmediata superior de su competencia.

Nivel Central: La DGVMN enviara de forma oficial una copia del Acta e Informe técnico a las Jefatura de Región Sanitaria de correspondencia. De igual forma remitirá un resumen de forma periódica a la DGRISS (Nivel Nacional) para el seguimiento en el marco de la mejora continua de la calidad.

Nivel Regional: El DVMN enviara de forma oficial una copia del Acta e Informe Técnico a las Jefatura de Región Sanitaria, quien a su vez remitirá a la DRISS y otras instancias involucradas para que se tomen las medidas correctivas pertinentes en el marco de la mejora continua de la calidad.

7.7 Base de datos para la vigilancia

Se cuenta con una base de datos digitalizada como herramienta de gestión, permite almacenar y acceder a los datos de forma rápida y estructurada. De igual forma, permite importar y crear una relación entre datos para la medición del cumplimiento de la normativa materna y neonatal. La fuente de información en la base de datos son los instrumentos para la verificación del cumplimiento de la normativa detallados en la sección 6.4. Genera información para el tablero de mando de indicadores de cumplimiento de la normativa por establecimiento de salud, región sanitaria y nacional.

Está disponible en el DASP/DGVMN y en el DVMN de las Regiones Sanitarias como herramienta para el análisis de la prestación de servicios maternos y neonatales. También es un insumo para la planificación del seguimiento y control de los establecimientos de salud a nivel central como regional.


7. BIBLIOGRAFIA

- Secretaria de Salud de Honduras, Unidad de Gestión Descentralizada, Guía para el Monitoreo del cumplimiento de los indicadores de Clínicas materno infantil, Convenios de Gestión con Proveedores Descentralizados, enero 2016.
- Acuerdo-06-2005, Reglamento para el Control Sanitario de Productos, Servicios y Establecimientos de Interés Sanitario.
- Acuerdo 406-14 Reglamento Interno de Organizaciones y Funciones, SESAL.
- Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), Módulo VI.
- Guía Metodológica para la Evaluación de la Adherencia a los Protocolos de Atención Obstétrica y Neonatal en Establecimientos de Salud de la Red de Hospitales Públicos de la República Dominicana, 2018.
- Reglamento Técnico de Licenciamiento de Establecimientos de Salud RTH-SESAL-01:13
- https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_content&view=article&id=1504:honduras-redobla-esfuerzos-para-la-reduccion-acelerada-de-la-mortalidad-materna&Itemid=225
- ENDESA 2011-2012, Honduras.
- https://www.indexmundi.com/es/honduras/tasa_de_mortalidad_infantil.html
- <https://www.iadb.org/es/noticias/honduras-reducira-la-mortalidad-materna-y-neonatal-con-apoyo-del-bid>.
- Norma de atención durante la Preconcepción, el Embarazo, el Parto, el Puerperio y del Neonato. Resolución No. DGN (NHSS-06-2015) del 30 de agosto del 2016.
- <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/abordaje-analisis-situacion-salud.pdf>
- Lineamientos Técnicos para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud, Secretaria de Salud, Año 2017.
- <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/complicaciones-obsteacutetricas-en-adolescentes-y-mujeres-adultas-con-o-sin-factores-de-riesgo-asociados-honduras-2016.pdf>
- <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/diligencia>
- Supervisión, Monitoreo y Evaluación Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de La Organización Mundial de la Salud.
- <https://educalingo.com/es/dic-es/evidencia>
- <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/fundamento>
- Guía para Emitir Documentos Normativos. Secretaría de Salud, septiembre 2015, Honduras.
- <https://www.iadb.org/es/noticias/honduras-reducira-la-mortalidad-materna-y-neonatal-con-apoyo-del-bid>
- Manual de Organización y Funciones y sus Instancias de la Secretaria de Salud, noviembre 2013.
- Manual de Organización y Funciones de las Regiones Sanitarias, noviembre 2013.
- Política Nacional de Salud 2011, Secretaria de Salud.

- Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), Módulo VI.
- Supervisión, Monitoreo y Evaluación Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de La Organización Mundial de la Salud.
- <https://conceptodefinicion.de/observacion>
- Política Nacional de Calidad.
- Manual de Organización y Funciones y sus Instancias de la Secretaria de Salud, noviembre 2013.

8 ANEXOS

Anexo 1 Orden de vigilancia

 GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS SECRETARÍA DE SALUD	SECRETARIA DE SALUD			
	Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo Departamento de Atención en Salud a las Personas			
ORDEN DE VIGILANCIA SANITARIA				
	Número de orden:	[{NUM_ORDEN_VIGILANCIA}]		
	Expediente número:	[{NUM_EXPEDIENTE}]		

El (la) suscrito (a) Director (a) General de Vigilancia del Marco Normativo con las atribuciones en ley establecidas para el presente acto y en aplicación a los artículos 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176 y 177 del Reglamento para el Control Sanitario de Productos, Servicios y Establecimientos de Interés Sanitario: Informa al siguiente equipo técnico:

[**{NOMBRES DEL EQUIPO TECNICO }**]

Que deben realizar la vigilancia sanitaria al establecimiento: [**{NOMBRE ESTABLECIMIENTO}**]
Propietario o Representante Legal: [**{NOMBRE}**] con [**{DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO}**] el día [**{xxx}**]
del mes [**{xxx}**] del año [**{xxx}**], con el propósito de vigilar el cumplimiento del Marco normativo vigente [**{NOMBRE DEL DOCUMENTO NORMATIVO}**].


Haciéndoles la observancia que La Vigilancia Sanitaria debe efectuarse en presencia de un representante del establecimiento y dos testigos presenciales.

Lugar y Fecha: [**{xxx}**]

DIRECTOR (A) GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO

Folio No. ()

Anexo 2 Acta de Vigilancia

 GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE HONDURAS SECRETARIA DE SALUD		SECRETARIA DE SALUD Subsecretaria de Regulación Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo Departamento de Atención en Salud a las Personas ACTA DE VIGILANCIA		Versión	Código	Página No.
ESTABLECIMIENTO TIPO:			FECHA:	HORA:		
DEPARTAMENTO/REGIÓN:			MUNICIPIO:			
No. Teléfono			Correo Electrónico:			
1.0 IDENTIFICACIÓN						
1.1 Nombre del Establecimiento:						
1.2 Dirección:						
1.3 Nombre del Representante Legal:			1.4 Nombre del Propietario:			
1.5 Servicios que Ofrece:						
1.5.1						
1.5.2						
1.5.3						
1.5.4						
1.5.5						
1.5.6						
1.6 Marco Normativo a Vigilar:			1.7 Orden de Vigilancia No.			
1.8 Número de Vigilancia:			1.9 Licencia Número:	1.10 Fecha/Vencimiento Licencia		
2.0 DESARROLLO DE LA VIGILANCIA						
2.1 De las Normas			SI		NO	
Estándares:						
3.0 ACCIONES CORRECTIVAS INMEDIATAS Y/O POSTERIORES TOMADAS EN LA VIGILANCIA SANITARIA:						

4.0 RECOMENDACIONES:

La presente se fundamenta en los artículos 222, 223, 232, 233 y 234 del Código de Salud y Artículos 3, 4, 8, 9, 13, 127, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182; Reglamento para el Control Sanitario de Productos Servicios y Establecimientos de Interés Sanitario. .

Leída el acta por parte de la autoridad sanitaria al propietario/representante del establecimiento y ante testigos quienes dando fé de la misma, se procede a la firma a las _____ horas del día _____ del mes de _____ del año _____

NOMBRE Y FIRMA DEL EQUIPO TECNICO

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

Anexo 3 Informe Técnico: Conforme



SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REGULACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO
DEPARTAMENTO DE ATENCION EN SALUD A LAS PERSONAS
Honduras C. A. Teléfono 000 – 000
Correo electrónico:



INFORME TÉCNICO

El (Los) suscrito(s) Profesional(es) Técnico(s) Evaluador(es) de la Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo del Departamento de Atención en Salud a las Personas debidamente delegados y después de haber realizado la vigilancia sanitaria según consta en el acta que obra en folio útil Número (XXX) del expediente No. (XXX), para la evaluación del cumplimiento del Marco Normativo de atención en salud a las personas del **(ESTABLECIMIENTO EN BASE A CLASIFICACIÓN)**.

Nombre Establecimiento: _____
Nombre del propietario o Representante legal: _____
Apoderado Legal: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Fax: _____
Correo Electrónico: _____

Analizada la documentación técnica y basada en los requisitos establecidos en el Marco Normativo sanitario vigente, y de acuerdo a la vigilancia sanitaria efectuada de fecha (xxx) este equipo técnico tiene a bien **INFORMAR:**

que el establecimiento cumple con el Marco Normativo en atención en salud a las personas (DOCUMENTO NORMATIVO) por lo anteriormente expuesto emitimos el presente informe técnico **CONFORME**

En _____ a los _____ días del mes de _____ del año DOS MIL _____

Firma y sello del Equipo Técnico (Evaluador(es))

Anexo 4 Informe Técnico: No Conforme



SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REGULACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO
DEPARTAMENTO DE ATENCION EN SALUD A LAS PERSONAS
Honduras C. A. Teléfono 000 – 000
Correo electrónico:



INFORME TÉCNICO

El (Los) suscrito(s) Profesional(es) Técnico(s) Evaluador(es) de la Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo del Departamento de Atención en Salud a las Personas debidamente delegados y después de haber realizado la vigilancia sanitaria según consta en el acta que obra en folio útil Número (XXX) del expediente No. (XXX), para la evaluación del cumplimiento del Marco Normativo de atención en salud a las personas del **(ESTABLECIMIENTO EN BASE A CLASIFICACIÓN)**.

Nombre Establecimiento: _____

Nombre del propietario o Representante legal: _____

Apoderado Legal: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Correo Electrónico: _____

Analizada la documentación técnica y basada en los requisitos establecidos en el Marco Normativo sanitario vigente, y de acuerdo a la vigilancia sanitaria efectuada de fecha (xxx) este equipo técnico tiene a bien **INFORMAR:**

que el establecimiento no cumple con el Marco Normativo en atención en salud a las personas (DOCUMENTO NORMATIVO) por lo anteriormente expuesto emitimos el presente informe técnico **NO CONFORME**

En _____ a los _____ días del mes de _____ del año DOS MIL _____

Firma y sello del Equipo Técnico (Evaluador(es))

Anexo 5 Instructivo para el llenado de los instrumentos de verificación

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LOS INSTRUMENTOS DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL

Encabezado:

- Nombre del instrumento de la atención que se va a verificar.
- Región sanitaria corresponde a la distribución administrativa y geográfica de la SESAL;
- Municipio corresponde a la división territorial administrativa donde se ubica el establecimiento de salud.
- Establecimiento de salud es el espacio estructural y funcional donde se atiende a las personas (Unidad de Atención Primaria en Salud UAPS, Centro Integrado de Salud CIS, Policlínico, Clínica Materno Infantil CMI, Hospital Básico, Hospital General, Hospital Nacional o de Especialidades, e Instituto).
- Sector tiene dos categorías “Público” si es parte de la red de establecimientos del Estado y “No Publico” si depende de otra instancia.
- Equipo evaluador incluye el nombre de las personas que aplican el instrumento de verificación, sea el equipo del DASP del nivel central o el equipo de DVMN del nivel regional;
- Fecha incluye el día, mes y año cuando se realiza la visita.

Cuerpo del documento:

- Resultado contiene cuatro columnas, con valores que corresponde el número uno (1), un cero (0), no aplica (N/A) y porcentaje (%).
- Ítem corresponde al orden de los criterios y/o componentes, los componentes están ordenados por un número ordinario correlativo y los criterios sub clasificación numérica dentro de cada componente.
- Criterios a verificar son los pasos esenciales requeridos en cada componente para realizar la atención, en las casillas en blanco por cada criterio y expediente se anota un numero uno (1) si cumple, un cero (0) si no cumple y si no aplica (N/A) no es válido o no corresponde a la atención (no tiene valor).
- No. De expediente clínico, contiene dos líneas, la primera en blanco es para anotar el número del expediente clínico seleccionado, y la segunda sigue el número secuencial de los expedientes, se puede revisar hasta 15 expedientes, si la muestra de expedientes supera los 15 se usa otro instrumento de verificación de la misma atención.
- En la sección de resultado se anota la valoración asignada a cada criterio, contiene tres columnas la primera (1) donde se consigna la sumatoria de los criterios cumplidos, la segunda (0) donde se consigna la sumatoria de los criterios no cumplidos, la tercera (N/A) donde se consigna los criterios que no aplican y el porcentaje es el resultado de la división de los criterios cumplidos entre el total de expedientes revisados, excluyendo los criterios que no aplican. Por ejemplo:

CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		912	1005	814	416	11	1005	515	318	882	717	339	1022	357			1	0	N/A	%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
6	CONSULTAS SUB SIGUIENTES Método de verificación: Revisión de expediente Clínico (HCPB)																			
6.1	Evalúa signos vitales	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	-	13	0	0	100
6.2	Evalúa el peso	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	-	-	12	1	0	92
6.3	Evalúa altura de fondo uterino	1	1	1	N/A	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	-	-	11	0	2	100
6.4	Evalúa frecuencia cardiaca fetal	1	1	1	N/A	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	-	-	11	0	2	100

- Los Métodos o fuentes de verificación a utilizar están enunciados en cada componente para facilitar el uso del instrumento. Los métodos son los siguientes: Revisión de expediente clínico; Revisión de LISMEF y LISEM; Informes de actividades extramuros; Revisión de kardex; y la observación de la atención o procedimiento, cada uno está señalado en cada componente antes de listar los criterios.

Anexo 6 Instrumentos de verificación

Instrumentos para la vigilancia de la Atención Ambulatoria

Instrumento para la verificación del cumplimiento de la normativa del protocolo de atención prenatal

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ATENCION PRENATAL																				
REGIÓN SANITARIA:										MUNICIPIO:										
ESTABLECIMIENTO SALUD:										SECTOR: PÚBLICO_____ NO PÚBLICO_____										
EQUIPO EVALUADOR:										FECHA:										
CALIFICACION															1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica					
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1	ACCESO Y VIGILANCIA DE LA EMBARAZADA Método de verificación: Revisión de LISMEF y LISEM, informes de actividades extramuros y otros.																			
1.1	Llena el Listado de Mujeres en Edad Fértil (LISMEF)																			
1.2	Llena el Listado de Mujeres Embarazadas (LISEM)																			
1.3	Realiza la revisión y análisis periódico del LISMEF y LISEM																			
1.4	Aprovecha las actividades extramuros para detectar embarazadas																			
1.5	Se evita el rechazo cuando una embarazada solicita atención y aprovechará todo contacto de atención.																			
2	MEDIDAS PREVENTIVAS: Método de verificación revisión de expediente clínico (HCPB)																			
2.1	Detecta a toda mujer embarazada antes de las 12 semanas de gestación.																			
2.2	Elabora el plan individual de parto según condición actual de la embarazada.																			
3	DIAGNOSTICO: Método de verificación revisión de expediente (HCPB)																			
3.1	Realiza el diagnóstico en base a los signos y síntomas de probabilidad y certeza usando las técnicas establecidas.																			
4	NUMERO DE ATENCIÓN PRENATALES: Método de verificación expediente clínico (HCPB)																			
4.1	Realiza cinco (5) atenciones prenatales a toda embarazada que no tiene factores																			

CALIFICACION																	1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica			
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
	de riesgo y que no desarrolla complicaciones; en los tiempos establecidos.																			
5	PRIMERA ATENCION PRENATAL: Método de verificación expediente clínico (HCPB)																			
5.1	Utiliza la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) y el Carné Perinatal.																			
5.2	Anamnesis																			
5.2.1	Datos generales																			
5.2.2	Antecedentes familiares y personales.																			
5.2.3	Antecedentes obstétricos																			
5.2.4	Datos de la gestación actual																			
5.2.5	Hábitos: Uso de alcohol, tabaco y uso de drogas psicotrópicas																			
5.2.6	Apoyo social. Situación de violencia familiar: Método de verificación: Formato de tamizaje de violencia.																			
5.2.7	Otros: Uso de algún medicamento, problemas generales de salud																			
5.3	Examen Físico																			
5.3.1	Observa la apariencia general de la mujer																			
5.3.2	Evalúa signos vitales: P/A, T, Pulso y FR																			
5.3.3	Evalúa peso y talla																			
5.3.4	Inspecciona conjuntivas, lengua, lechos de las uñas y las palmas de las manos																			
5.3.5	Realiza examen de mamas																			
5.3.6	Si corresponde: toma altura de fondo uterino, determina la situación, posición y presentación fetal, movimientos fetales, auscultación de frecuencia cardiaca fetal																			
5.3.7	Examen ginecológico, observación con espéculo y citología cervical si corresponde																			
5.4	Indica exámenes de laboratorio																			
5.4.1	Hemoglobina y hematocrito																			
5.4.2	General de orina																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
5.4.3	RPR/Prueba rápida para sífilis																			
5.4.4	Grupo sanguíneo y factor Rh																			
5.4.5	Glicemia																			
5.4.6	Prueba serología para VIH (previa consejería)																			
5.4.7	Chagas																			
5.4.8	Toxoplasmosis																			
5.4.9	Estreptococo del Grupo B																			
5.5	Cálculo del índice de masa corporal																			
5.6	Inmunizaciones																			
5.6.1	Toxoide Tetánico y Diftérico (Td)																			
5.6.2	Hepatitis B																			
5.6.3	Influenza																			
6	CONSULTAS SUB SIGUIENTES Método de verificación: Revisión de expediente Clínico (HCPB)																			
6.1	Evalúa signos vitales																			
6.2	Evalúa el peso																			
6.3	Evalúa altura de fondo uterino																			
6.4	Evalúa frecuencia cardiaca fetal																			
6.5	Brinda seguimiento al Plan de parto																			
6.6	Evalúa la necesidad nutricional de la gestante y se determina la pauta dietética																			
6.7	Proporciona consejería considerando aspectos relevantes																			
7	REFERENCIA: Método de verificación revisión de expediente clínico (HCPB)																			
7.1	Refiere a la embarazada con factores de riesgo u enfermedad																			

Instrumento para la verificación del cumplimiento del protocolo de atención puerperal

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ATENCION PUERPERAL																				
REGIÓN SANITARIA:										MUNICIPIO:										
ESTABLECIMIENTO SALUD:										SECTOR: PÚBLICO _____ NO PÚBLICO _____										
EQUIPO EVALUADOR:										FECHA:										
CALIFICACION															1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica					
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMERO DE EXPEDIENTES															RESULTADOS			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1	CAPTACION Y OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN PUERPERAL: Método de verificación revisión de LISEM e informes de actividades extramuros y plan de charlas.																			
1.1	Revisa el listado de embarazadas (LISEM), para detectar aquellas mujeres cuya fecha probable de parto ya paso.																			
1.2	Realiza visita domiciliar o solicita información al personal voluntario para conocer la condición de la puérpera.																			
1.3	Promociona la importancia de la atención puerperal, antes, durante y después del embarazo: comunidad, familia y pareja.																			
1.4	Brinda atención a la madre y su RN de preferencia en los primeros tres días después del nacimiento (no sobre pase los primeros siete días).																			
2	ATENCIÓN PUERPERAL EN LA COMUNIDAD: Medio de verificación expediente clínico e informes de actividades extramuros.																			
2.1	Observa las condiciones generales de la mujer																			
2.2	Identifica la presencia de signos o síntomas de complicación: cefalea, hemorragia, fiebre, Edema de miembros inferiores.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMERO DE EXPEDIENTES															RESULTADOS			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
2.3	Examina retracción (Involución) y sensibilidad uterina																			
2.4	Revisa la piel y mucosas en busca de palidez, hidratación																			
2.5	Revisa las mamas para identificar: pezones agrietados, plétora o mastitis																			
2.6	Revisa las características de los loquios: cantidad color y olor																			
2.7	Observa cómo se realiza la alimentación del recién nacido con la lactancia materna																			
2.8	Revisa la información del carné perinatal que presenta la mujer donde se registró la atención de su parto																			
3	Anamnesis																			
3.1	Evalúa la situación de la mujer dentro del grupo familiar																			
3.2	Evalúa la situación emocional y problemas psicológicos de la mujer																			
3.3	Evalúa condiciones generales de la mujer																			
3.4	Evalúa síntomas de complicación: Cefalea intensa, visión borrosa, hemorragia y fiebre																			
3.5	Evalúa situación del amamantamiento																			
3.6	Evalúa deambulación, micción y deposición																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMERO DE EXPEDIENTES															RESULTADOS			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
3.7	Valora ingesta de suplementos vitamínicos																			
3.8	Da respuesta a preguntas o inquietudes expresadas por la puérpera																			
4	Examen físico																			
4.1	Evalúa el estado general de la mujer: hidratación, palidez y orientación																			
4.2	Toma y registra signos vitales: P/A, pulso, FC y temperatura																			
4.3	Evalúa estado de las mamas y pezones																			
4.4	Evalúa grado de involución uterina																			
4.5	Evalúa características de los loquios: cantidad, color y olor																			
4.6	Revisa episiotomía o reparación de desgarro (si aplica)																			
4.7	Revisa herida quirúrgica y retiro de puntos en caso de cesárea																			
4.8	Indica una dosis de 200,000 U.I. de vitamina "A" por vía oral dentro de los primeros treinta días después del parto.																			
5	REGISTRO DE DATOS: Medio de verificación expediente clínico (HCPB)																			
5.1	Registra los datos de la madre en los formularios establecido.																			

		CALIFICACION															1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica			
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMERO DE EXPEDIENTES															RESULTADOS			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
5.2	Identifica necesidades o complicaciones en la puérpera de acuerdo a los hallazgos de la anamnesis y examen físico.																			
5.3	Establece un diagnóstico																			
5.4	Registra la condición de la puérpera																			
5.5	Elabora un plan de atención de acuerdo a los hallazgos																			
6	SITUACIONES ESPECIALES: Medio de verificación expediente clínico (HCPB)																			
6.1	Realiza referencia al ES del nivel superior más cercano en caso de identificar algún factor de riesgo.																			
6.2	Indica un examen hematológico si la puérpera presenta signos o síntomas de anemia.																			
6.3	Si la hemoglobina es menor de 7.5 g/dl o encuentro signos de descompensación hemodinámica la refiere al hospital para manejo especializado																			
6.4	Si la hemoglobina está entre 7.5 y 11g/dl, administra hierro elemental 60 mg vía oral más ácido fólico 400 mcg vía oral una vez al día por 6 meses.																			
6.5	Recomienda dieta rica en hierro																			
6.6	Realiza un nuevo control a los dos (2) meses de tratamiento y si identifica que el problema persiste se referirá a tratamiento por especialista.																			

Instrumento para la verificación del cumplimiento del protocolo de manejo de la fiebre durante el embarazo

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA FIEBRE DURANTE EL EMBARAZO																				
REGIÓN SANITARIA:										MUNICIPIO:										
ESTABLECIMIENTO SALUD:										SECTOR: Público: _____ No Público: _____										
EQUIPO EVALUADOR:										FECHA:										
CALIFICACION															1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica					
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADOS			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1	MEDIDAS PREVENTIVAS Método de verificación: Revisión de expediente clínico																			
1.1	Detecta la presencia de bacteriuria asintomática para tratarse precozmente																			
1.2	Determina si la paciente está adecuadamente inmunizada frente a determinados agentes y, en su defecto, segúe las recomendaciones médicas para evitar posibles contagios																			
1.3	Educa a la embarazada para que acuda a consultar ante cualquier síntoma o signo que haga sospechar de una rotura prematura de las membranas o infección urinaria.																			
2	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS: Método de verificación: Revisión de expediente clínico																			
2.1	Anamnesis:																			
2.1.1	Determina lugar donde vive o procede																			
2.1.2	investiga antecedente de infecciones urinarias previas																			
2.1.3	Investiga antecedente de cuadro similar al actual antes o durante este embarazo																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADOS			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
2.1.4	Investiga si familiares y/o vecinos presentan un cuadro de características similares																			
2.1.5	Investiga se ha visitado zonas endémicas: donde, cuando y duración																			
2.1.6	Investiga si ha recibido atención médica (exámenes, diagnóstico, tratamiento)																			
2.1.7	Investiga por automedicación: tipo de tratamiento, horario, duración																			
2.1.8	Fecha última menstruación																			
2.1.9	Historia sexual																			
2.1.10	Fiebre y características: tiempo de evolución, horario, cuantificada o no																			
2.1.11	Síntomas acompañantes: escalofríos, sudoración, sintomatología urinaria, cefalea, náuseas, vómitos, aparición de exantema, dolor retro ocular, dolor muscular, equimosis, sangrado de mucosa, pérdida de apetito, petequias, mialgias y localización																			
2.1.12	Inicio de actividad uterina																			
2.1.13	Disminución o ausencia de movimientos fetales																			
2.1.14	Aparición de sangrado genital																			
2.2	Examen físico																			
2.2.1	Signos vitales: pulso, presión arterial, frecuencia cardiaca,																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADOS			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
	frecuencia respiratoria y temperatura.																			
2.2.2	Estado general de la paciente y de hidratación.																			
2.2.3	Presencia de exantema																			
2.2.4	Tinte ictérico																			
2.2.5	Palidez de conjuntivas																			
2.2.6	Estado de oro-faringe																			
2.2.7	Valoración cardiopulmonar																			
2.2.8	Examen de abdomen: Hepato-esplenomegalia																			
2.2.9	Dolor supra-púbico																			
2.2.10	Actividad uterina																			
2.2.11	Maniobras de Leopold																			
2.2.12	Frecuencia cardiaca fetal																			
2.2.13	Tacto bimanual (si es necesario)																			
2.2.14	Examen de genitales externos																			
2.2.15	Puño percusión renal																			
2.2.16	Prueba de torniquete																			
2.3	Exámenes complementarios																			
2.3.1	Hemograma con diferencial y plaquetas																			
2.3.2	Hemocultivo																			
2.3.3	Velocidad de eritrosedimentación																			
2.3.4	Tipo-Rh																			
2.3.5	Gota gruesa y extendido fino en una sola lámina																			
2.3.6	Examen general de orina (pruebas de la tira reactiva, la microscopía) y urocultivo																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADOS			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
2.3.7	Ultrasonografía																			
2.3.8	Radiografía de tórax																			
2.4	Exámenes Especiales:																			
2.4.1	Serología para Dengue, Influenza A, Leptospirosis, Hepatitis, Rubéola o Hanta virus de acuerdo a síntomas y la sospecha diagnóstica.																			
3	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL																			
3.1	hace diagnóstico clínico y estudios complementario que confirmen o descarten la patología sospechada																			
4	MEDIDAS TERAPÉUTICAS																			
4.1	Manejo General																			
4.1.1	Reposo en cama																			
4.1.2	Hidrata adecuadamente ya sea por vía oral o intravenosa																			
4.1.3	Utilizar compresas de agua tibia para ayudar a bajar la temperatura																			
4.1.4	Investiga sobre la ocurrencia de otros casos similares en la familia y/o comunidad.																			
4.1.5	Vigila la presencia de actividad intrauterina y la evolución del cuadro febril (Según edad gestacional)																			
4.1.6	Prescribe acetaminofén o paracetamol 500 mg vía oral para aliviar dolor y bajar temperatura																			

		CALIFICACION															1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica				
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADOS				
																		1	0	N/A	%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
4.2	Manejo Especifico																				
4.2.1	Inicia tratamiento ambulatorio en caso de infección de vías urinarias y/o cistitis																				
4.2.2	En caso de Pielonefritis o Infección del tracto urinario alto																				
4.2.2.1	Refiere a un establecimiento hospitalario para manejo especializado.																				
4.2.2.2	Inicia el tratamiento según norma en caso que se sospeche shock séptico																				
4.2.3	Manejo de acuerdo a Lineamientos, Normas y Guías de Manejo Clínico																				
4.2.3.1	Dengue																				
4.2.3.2	Influenza AH1N1																				
4.2.3.3	Chikungunya																				
4.2.3.4	Zika																				
4.2.3.5	Malaria																				

Instrumentos para la vigilancia de la Atención del parto y del neonato

Instrumento para la verificación del cumplimiento del protocolo de atención del trabajo de parto y del puerperio inmediato

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PUERPERIO INMEDIATO																				
REGIÓN SANITARIA:													MUNICIPIO:							
ESTABLECIMIENTO SALUD:													SECTOR: PÚBLICO: ____ NO PÚBLICO: ____							
EQUIPO EVALUADOR:													FECHA:							
CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
																	1	0	N/A	%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
1	Condiciones generales y expediente clínico: Método de verificación Expediente clínico																			
1.1	Condiciones de privacidad durante el examen físico, obstétrico, vaginal, trabajo de parto y parto.																			
1.1.1	Se mantiene limpios la ropa de la mujer y el lugar donde ella se encuentre.																			
1.1.2	Cumple medidas de bioseguridad.																			
1.2	El expediente clínico consta de lo siguiente:																			
1.2.1	Hoja de Hospitalización.																			
1.2.2	Historia Clínica Perinatal Base (HCPB).																			
1.2.3	Hoja de signos vitales.																			
1.2.4	Partograma con curvas de alerta.																			
1.2.5	Hoja de evolución y órdenes médicas.																			
1.2.6	Hoja de enfermería.																			
1.2.7	Hoja de Monitoreo de la Atención del Pos Parto Inmediato.																			
1.2.8	Hoja de registro de medicamentos.																			
1.2.9	Hoja de exámenes de laboratorio.																			
1.2.10	Hoja de identificación del RN.																			
1.2.11	Epicrisis.																			
1.2.12	Carné perinatal.																			
1.2.13	Hoja de referencia/respuesta, en caso que la señora haya sido referida.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADOS			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1.2.14	Copia de la hoja de respuesta a la referencia.																			
1.3	Historia Clínica Perinatal Base																			
1.3.1	Llena todos los ítems de la HCPB desde el ingreso de la embarazada en trabajo de parto hasta el final del parto.																			
1.4	Realiza evaluación inicial rápida																			
1.4.1	Determina si el parto es inminente.																			
1.4.2	Evalúa a la parturienta e identifica signos de peligro.																			
1.4.3	Prioriza la atención de la parturienta si presenta cualquier signo de peligro.																			
1.5	Evalúa criterios de ingreso:																			
1.5.1	Reconoce que está en trabajo de parto: Contracciones 2 uterinas en 10 minutos, dilatación mayor o igual a dos (2) cm, borramiento hay acortamiento y adelgazamiento progresivo.																			
1.5.2	Evalúa si es una emergencia según la evaluación inicial rápida (parto es inminente, signos de peligro y signos o síntomas de peligro).																			
1.5.3	Evidencia que hay un “Estado fetal No Tranquilizador”: anomalías de la frecuencia cardíaca, del peso, del líquido amniótico u otro (Monitoreo fetal y ultrasonido).																			
1.5.4	Identifica afectación del estado general de la mujer (deshidratada, exhausta, hipotensa).																			
1.5.5	CMI: se ingresa si se reconoce que está en trabajo de parto (Consignado en 1.5.1)																			
1.5.6	CMI: si recibe una embarazada con el resto de criterios (1.5.2, 1.5.3, 1.5.4) la debe referir al hospital, excepto si el parto es inminente, lo debe atender y después de la atención del puerperio inmediato la debe referir.																			

CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
																	1	0	N/A	%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
1.5.7	Asegura el manejo de acuerdo al Protocolo Nacional de Prevención de la Transmisión Vertical a la embarazada en trabajo de parto con diagnóstico de VIH.																			
1.5.8	Si no cumple los criterios de ingreso, refiere al Hogar Materno para su alojamiento o su casa si vive en el casco urbano.																			
1.5.9	CMI: Si se sospecha en la embarazada alguna patología materna o fetal refiere al hospital más cercano.																			
2	ANAMNESIS: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
2.1	Revisa carné perinatal (HCPB consigna la información).																			
2.2	Indaga sobre hospitalizaciones durante su embarazo.																			
2.3	Indaga sobre uso de corticoides antenatales.																			
2.4	Indaga sobre inicio del trabajo de parto.																			
2.5	Si presenta rotura de membranas ante parto: pregunta por salida de líquido, de ser así, cómo era el líquido, tiempo de ocurrencia.																			
2.6	Pregunta si anda sola o acompañada.																			
2.7	Indaga sobre cuando comenzaron las contracciones, frecuencia, duración e intensidad de las mismas, presencia de sangrado vaginal, presencia de movimientos fetales.																			
3	EXAMEN FÍSICO GENERAL: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
3.1	Toma y registra signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria) y peso.																			
3.2	Realiza evaluación general con énfasis en estado de conciencia, hidratación y esfuerzos respiratorios.																			

CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
																	1	0	N/A	%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
3.3	Revisa conjuntivas y palma de las manos.																			
3.4	Evalúa mamas.																			
3.5	Evalúa miembros inferiores en busca de presencia o ausencia de edemas y varices.																			
4	EXAMEN OBSTÉTRICO: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
4.1	Consigna la posición de la mujer.																			
4.2	Evalúa la dinámica uterina.																			
4.3	Descarta presencia de cicatrices (abdominales).																			
4.4	Determina la posición y la situación del feto por maniobras de Leopold.																			
4.5	Ausulta la frecuencia cardiaca fetal asociada a las contracciones uterinas.																			
4.6	Determina la dilatación del cuello uterino.																			
4.7	Determina la presentación y altura del feto.																			
4.8	Identifica la variedad de posición.																			
4.9	Identifica si hay salida de líquido amniótico y si lo hubiere sus características.																			
5	DESARROLLA E IMPLEMENTA UN PLAN DE ATENCIÓN: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
5.1	Provee la ingesta de pequeñas cantidades de líquidos: 60 cc de agua, jugos o té.																			
5.2	Permite la presencia de un acompañante femenino si las condiciones de organización del servicio lo permiten.																			
5.3	Permite la libre deambulacion																			
5.4	Respetar la posición que la mujer elija para su trabajo de parto y parto, si las condiciones de organización del servicio lo permiten.																			
5.5	Usa técnicas para aliviar el dolor.																			
5.6	Brinda información sobre la evolución de su trabajo de parto.																			

CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
																	1	0	N/A	%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
5.7	Brinda información y oferta de métodos anticonceptivos.																			
6	USO DEL PARTOGRAMA CON CURVAS DE ALERTA: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
6.1	Registra la información completa desde el inicio del trabajo de parto.																			
6.2	Usa la simbología incluida para determinar: Frecuencia de las contracciones uterinas, descenso de la cabeza fetal, frecuencia Cardíaca Fetal y altura de la presentación y variedad de posición.																			
6.3	Usa la curva de alerta que más se adapta a la condición de la parturienta.																			
6.4	Analiza regularmente los parámetros registrados y graficados en el partograma																			
6.5	Evalúa la situación, hace un diagnóstico y toma una decisión, si la curva de progreso de la dilatación cervical rebasa la alerta: CONE básico (CMI) y CONE completo (Hospital).																			
6.6	Analiza la situación y toma una decisión si la gráfica de la FCF presenta alteraciones.																			
7	ATENCION DEL PERÍODO EXPULSIVO: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
7.1	Ubica a la parturienta en la posición que ella escoja para el nacimiento, si las condiciones del establecimiento lo permiten.																			
7.2	Explica cómo manejar el pujo.																			
7.3	No se dilata manualmente la vagina y periné durante el período expulsivo.																			
7.4	Realiza episiotomía cuando se justifica (no de rutina). Realiza episiotomía SÓLO en los casos de Sufrimiento fetal, Parto vaginal complicado y Fibrosis perineal o problemas de cicatrización perineal por heridas o desgarros previos.																			

CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
7.5	Efectúa el manejo activo del alumbramiento.																			
7.6	Se estima la cantidad de sangrado utilizando la guía de estimación de pérdida sanguínea.																			
7.7	Se adoptan medidas de prevención de infecciones durante toda la atención de la parturienta.																			
8	ATENCION DEL PARTO: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
8.1	Lava y seca las manos antes de colocarse los guantes estériles.																			
8.2	Limpia el área peri genital, vulvar y perineal con solución antiséptica sin alcohol.																			
8.3	Orienta a la parturienta para que haga fuerza sinérgica en sentido descendente, aprovechando contracciones y el reflejo de pujo para que la cabeza vaya saliendo lentamente.																			
8.4	Describe maniobras de protección de periné (Considerar posición de la madre).																			
8.5	Describe maniobras para protección del feto y evitar su salida brusca.																			
8.6	Limpia la boca y nariz del recién nacido con un apósito.																			
8.7	Describe presencia de circulares de cordón umbilical y el manejo realizado.																			
8.8	Realiza maniobras para asegurar salida de cabeza y hombros del feto.																			
8.9	Consigna maniobras secuenciales de atención durante el parto (eutócico.)																			
8.10	Describe si el recién nacido llora o respira sin problemas, y deja al recién nacido con la madre.																			
8.11	Describe si el recién nacido presenta problemas: cianosis, flacidez, no llora, no respira procede y sigue el protocolo de reanimación neonatal o de asfixia según el caso.																			

CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
		8.12	Realiza el pinzamiento del cordón entre 90 segundos (1 ½ minutos) y el momento en que deje de pulsar el cordón luego del nacimiento del recién nacido.																	
8.13	Toma muestras de sangre del cordón para exámenes de laboratorio.																			
8.14	Determina y registra la hora del nacimiento.																			
8.15	Realiza los cuidados inmediatos al recién nacido.																			
8.16	Coloca identificación al recién nacido y a la madre (Sexo y número de nacimiento en parto múltiple).																			
9	ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
9.1	Inmediatamente después del nacimiento del recién nacido administra 10 UI de Oxitocina intramuscular a la madre.																			
9.2	Describe maniobras para facilitar el alumbramiento.																			
9.3	Realiza masaje inmediato del fondo del útero hasta que esté contraído.																			
9.4	Si la placenta no se expulsa a los 18 minutos, pide ayuda e inicia el manejo de la hemorragia pos parto aplicando los conceptos de la “hora dorada” y el “código Rojo” (Guía de hemorragia pos parto).																			
9.5	Estima la cantidad de sangre perdida.																			
9.6	Ofrece y/o aplica DIU después de la extracción de la placenta, a solicitud de la parturienta. (Consentimiento informado).																			
9.7	Revisa el canal vaginal para determinar si hay desgarros o laceraciones que necesiten reparación.																			
9.8	Retira coágulos del canal vaginal sin efectuar de rutina revisión de cavidad uterina.																			
9.9	Reparación la episiotomía y/o desgarros grados I a IV observando lo siguiente:																			
9.9.1	El personal médico y de enfermería que repara el desgarro está debidamente capacitado.																			

CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
9.9.2	Durante la reparación del desgarro vigila la condición general y signos vitales de la paciente.																			
9.9.3	Mantiene observación y vigilancia de la paciente durante la recuperación de su procedimiento.																			
9.9.4	En caso de que la CMI no tenga personal calificado para reparar los desgarros G IV se deberá referir al nivel superior.																			
9.10	Atención del pos parto inmediato (15 minutos durante la primera hora después de la expulsión de la placenta y cada 30 durante la segunda hora)																			
9.10.1	Toma la Presión Arterial.																			
9.10.2	Toma el Pulso.																			
9.10.3	Palpa el útero para confirmar que esta contraído.																			
9.10.4	Examina los loquios para asegurar que son normales y que no hay hemorragia ni expulsión de coágulos.																			
9.11	En toda parturienta que sufre un desgarro Grado IV se efectúa tratamiento de acuerdo a lo siguiente:																			
9.11.1	Evalúa y vigila la condición de la paciente.																			
9.11.2	Administra una dosis única de antibióticos profilácticos (Ampicilina más Metronidazol intravenoso ò Ampicilina vía oral)																			
9.11.3	Realiza la sutura por planos evitando la invaginación de la mucosa rectal.																			
9.11.4	Desecha y descontamina los insumos y equipo utilizando medidas de bioseguridad y prevención de infecciones.																			
9.11.5	Hace seguimiento a la paciente previa a su alta para detectar signos de infección de la herida y trata con una combinación de antibióticos si es necesario.																			
9.11.6	Indica dieta blanda con abundantes líquidos y recomienda un laxante para mantener las heces blandas (Tres semanas).																			
9.11.7	Recomienda a la madre evitar la administración de enemas y exámenes rectales durante tres (3) semanas.																			

CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
9.11.8	A toda mujer que haya tenido un parto institucional por vía vaginal sin complicaciones se mantiene ingresada por 24 horas y si es por cesárea será por 48 horas.																			
9.12	Durante su estancia en el hospital se evaluará a la mujer puérpera y su recién nacido considerando lo siguiente:																			
9.12.1	Estado general.																			
9.12.2	Signos Vitales.																			
9.12.3	Involución uterina.																			
9.12.4	Características de los loquios, sangrado genital.																			
9.12.5	Amamantamiento: agarre, posición y succión.																			
9.12.6	Evaluación del recién nacido (capítulo de atención inmediata al RN).																			
9.12.7	Brinda apoyo emocional y si está a su alcance.																			
9.12.8	Responde a las necesidades (sed, hambre, privacidad, cambio de posición etc.).																			
9.12.9	Asegura el alojamiento conjunto madre y recién nacidos sin complicaciones.																			
9.12.10	Ayuda a la madre a iniciar la lactancia durante la hora siguiente al alumbramiento.																			
9.12.11	Asegura que la mujer esté hidratada.																			
9.12.12	Orienta a la madre sobre su auto vigilancia e identificación de signos de alerta.																			
9.12.13	Estimula y apoya la continuación de la lactancia materna exclusiva.																			
9.12.14	Toma los signos vitales y evalúa la condición del recién nacido.																			
9.13	El personal de los establecimientos de salud que brinda atención a la mujer en el puerperio inmediato debe garantizar lo siguiente:																			
9.13.1	Determina y diagnósticas necesidades de la puérpera y del recién nacido.																			
9.13.2	Asegura que el recién nacido reciba sus dosis de hepatitis B y de BCG.																			

CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
9.13.3	Orienta a la puérpera sobre: lactancia materna, cuidados básicos del RN, uso métodos Planificación Familiar, Signos y síntomas de peligro en el puerperio y RN.																			
9.14	Se verifica previo al egreso de la puérpera y del recién nacido lo siguiente:																			
9.14.1	Se revisan los brazaletes de identificación de ambos.																			
9.14.2	Verifica que la papelería del recién nacido y de la puérpera estén debidamente llenos y completos.																			
9.14.3	Verifica que el RN haya recibido las vacunas que le corresponden (Norma vigente del PAI).																			
9.14.4	Verifica que la madre lleve su carnet perinatal lleno y que el recién nacido lleve su Tarjeta de atención integral del niño/niña.																			
9.14.5	Verifica que lleve la respuesta a su referencia para la unidad de salud de su localidad para evaluación del recién nacido y de la puérpera si aplica.																			
9.14.6	Entrega recetas en caso que sea indicado.																			
9.14.7	Asegura que la madre y/o su familiar conozcan sobre la importancia de acudir a su primera cita de seguimiento al ES																			
9.14.8	Promueve el registro inmediato del recién nacido en el Registro Nacional de las Personas.																			
9.14.9	Registra los datos del egreso, tanto de la madre como del RN en la sección de la HCPB.																			

Instrumento para la verificación del cumplimiento del protocolo de atención del trabajo de parto y del puerperio inmediato. Anexo de material, insumos y equipo

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PUERPERIO INMEDIATO ANEXO DE MATERAIL, INSUMOS Y EQUIPO					
REGIÓN SANITARIA:		MUNICIPIO:			
ESTABLECIMIENTO SALUD:		SECTOR: PÚBLICO: _____ NO PÚBLICO: _____			
EQUIPO EVALUADOR:		FECHA:			
CALIFICACIÓN	1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica				
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	RESULTADO			
		1	0	N/A	%
1	MEDIDAS PARA LA ATENCION: Método de verificación revisión de hoja de control de equipo				
1.1	Dispone de los insumos básicos, medicamentos y el equipo mínimo necesario.				
1.1.1	Ropa estéril para el que atiende y asiste el parto.				
1.1.2	Campos estériles o limpios (2 para el recién nacido y 4 para la mujer).				
1.1.3	Equipo de parto estéril: 1 pinza de anillos, 1 tijera para episiotomía, 2 pinzas para cordón umbilical, 1 tijera para cordón umbilical, gancho para cordón umbilical, 1 copa para solución antiséptica, gasas y torundas (Revisar viñeta, de ser necesario abrir un set de equipo de parto)				
1.1.4	Una bandeja para recibir la placenta (Acero inoxidable)				
1.1.5	Oxitócina.				
1.1.6	Vitamina K.				
1.1.7	Equipo de reanimación (adulto y pediátrico).				
1.1.8	Fuente de calor.				
1.1.9	Ungüento o gotas de Eritromicina o tetraciclina oftálmica u otro antibiótico oftálmico sin esteroides.				
1.1.10	Mesa para atención del recién nacido.				
1.1.11	Mesa auxiliar de mayo.				
1.1.12	Cubetas conteniendo solución desinfectante.				
1.1.13	Brazales para identificación de la madre y del recién nacido.				
1.1.14	Equipo de cirugía menor.				

Instrumento para la verificación del cumplimiento del protocolo de atención inmediata del recién nacido de término sano

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL AL RECIEN NACIDO																				
REGIÓN SANITARIA:									MUNICIPIO:											
ESTABLECIMIENTO SALUD:									SECTOR: PÚBLICO _____ NO PÚBLICO _____											
EQUIPO EVALUADOR:									FECHA:											
CALIFICACION															1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica					
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMERO DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1	ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO EN LA COMUNIDAD: Método de verificación informes o reporte de las actividades extramuros.																			
1.1	Evalúa la condición general del RN: observa llanto, color de la piel, malformaciones congénitas y otras.																			
1.2	Pregunta sobre situaciones extrañas en el RN (defecar, orinar o alimentar).																			
1.3	Observa el reflejo de succión																			
1.4	Observa la condición del muñón umbilical																			
1.5	Identifica la presencia de fiebre e hipotermia (frialdad) del RN																			
1.6	Revisa la higiene del RN.																			
1.7	Realiza actividades de información y educación a la puérpera, su pareja y familia																			
2	ATENCION DEL RECIEN NACIDO: Método de verificación revisión de expediente clínico (HC1 e HCPB)																			
2.1	Consigna la información del carné perinatal y la tarjeta del niño (a) en los formularios correspondientes																			
2.2	Evalúa condición general del RN.																			
2.3	Evalúa peso, talla, PC, PT, PA; y signos vitales: T, FR y FC																			
2.4	Evalúa signos de buen agarre, succión y alimentación.																			
2.5	Evalúa muñón umbilical: sangrado, enrojecimiento, secreciones y fetidez.																			

CALIFICACION																1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica				
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMERO DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
		2.6	Inicia vacunas de acuerdo al esquema vigente si no las ha recibido: BCG y Hepatitis B																	
2.7	Evalúa el crecimiento del recién nacido																			
2.8	Evalúa el desarrollo del recién nacido																			
2.9	Evalúa la presencia de signos de peligro																			
2.10	Inicia manejo y/o refiere según hallazgos clínicos.																			
3	EXAMEN FÍSICO DEL RECIÉN NACIDO: Método de verificación revisión de expediente (HC1 e HCPB).																			
3.1	MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS																			
3.1.1	Peso: Registra el peso del recién nacido en los instrumentos establecidos																			
3.1.2	Registra la talla en los instrumentos establecidos																			
3.1.3	Registra la medición del perímetro cefálico en instrumentos establecidos																			
3.1.4	Registra la medición del perímetro torácico en instrumentos establecidos																			
3.1.5	Registra la medición del perímetro abdominal en los instrumentos establecidos																			
3.2	EVALUACION POR ORGANOS, APARATOS Y SISTEMAS																			
	TORAX: Método de verificación: Revisión de expediente (HC1 e HCPB)																			
3.2.1	Descarta deformidades como: tórax en quilla o pectus excavatum.																			
3.2.2	Identifica o descarta la presencia: tiraje intercostal o subcostal.																			
3.2.3	Cuenta la frecuencia respiratoria																			
3.2.4	Cuenta la frecuencia cardiaca																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMERO DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
CORAZÓN: Método de verificación: Revisión de expediente (HC1 e HCPB)																				
3.2.5	Registra la auscultación de los cuatro focos principales: tricúspide, mitral, pulmonar y aórtico																			
3.2.6	Evalúa la presencia de los tonos cardiacos fuertes en el hemitórax izquierdo y la ausencia de arritmias																			
PULMONES: Método de verificación: Revisión de expediente (HC1 e HCPB)																				
3.2.7	Evalúa la expansión simétrica de los pulmones																			
3.2.8	Registra la auscultación de cara anterior, posterior y lateral del tórax.																			
CLAVÍCULAS: Método de verificación: Revisión de expediente (HC1 e HCPB)																				
3.2.9	Evalúa la superficie: lisa y uniforme.																			
3.2.10	Descarta fractura especialmente en los neonatos grandes para la edad gestacional.																			
NÓDULO MAMARIO: Método de verificación: Revisión de expediente (HC1 e HCPB)																				
3.2.11	Valora el tamaño, presencia de signos inflamatorios o de mamas Supernumerarias.																			
3.2.12	Descarta ingurgitación mamaria bilateral																			
EVALUACIÓN DE LA PIEL: Método de verificación: Revisión de expediente (HC1 e HCPB)																				
3.2.13	Descarta presencia de cianosis																			
3.2.14	Descarta palidez o coloración rubicunda o pletórica																			
3.2.15	Descarta lesiones, exudados u otras anomalías																			
EVALUACIÓN DEL ABDOMEN: Método de verificación: Revisión de expediente (HC1 e HCPB)																				
3.2.16	Descarta presencia de distensión abdominal																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMERO DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
3.2.17	Descarta asimetrías debidas a anomalías congénitas, masas patológicas u órganos en posición anómala.																			
3.2.18	Descarta hernias en todas sus localizaciones.																			
EVALUACIÓN DEL RECTO: Método de verificación: Revisión de expediente (HC1 e HCPB)																				
3.2.19	Evalúa permeabilidad, posición y tamaño del esfínter rectal																			
3.2.20	Descarta malformación ano rectal.																			
3.2.21	Registra si existe presencia de fistulas y fisuras																			
EVALUACIÓN DE GENITALES: Método de verificación: Revisión de expediente (HC1 e HCPB)																				
En los niños:																				
3.2.22	Pene: Descarta fimosis y evalúa longitud																			
3.2.23	Uretra: verifica la ubicación de la uretra peneana para descartar la presencia de Hipospadias.																			
3.2.24	Testículos: Descarta criptorquidia y signos sugestivos de torsión testicular congénita.																			
3.2.25	Bolsas escrotales: Descarta la presencia de una hidrocele o porque el aumento del testículo y síndrome adrenogenital																			
En las niñas:																				
3.2.26	Labios mayores y menores: Descarta anomalías.																			
3.2.27	Introito vaginal e himen: Descarta quistes de la pared vaginal e himen imperforado y otras anomalías.																			

CALIFICACION																1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica				
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMERO DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
3.2.28	Clítoris: Descarta hipertrofia y otras anomalías																			
EVALUACIÓN DE LAS EXTREMIDADES, ARTICULACIONES Y COLUMNA: Revisión de expediente (HC1 e HCPB)																				
3.2.29	Descarta lesiones neurológicas, malformaciones, masas, fracturas y otras alteraciones																			
3.2.30	Identifica simetría, deformidades y movilidad de extremidades superiores e inferiores.																			
3.2.31	Descarta displasia evolutiva de cadera (referido con urgencia para ser evaluado por un especialista)																			
3.2.32	Descarta espina bífida oculta o cualquier masa en la columna que pudieran indicar mielomeningocele u otras tumoraciones																			
EVALUACIÓN DE CABEZA Y CUELLO: Revisión de expediente (HC1 e HCPB)																				
3.2.33	Descarta alteraciones en fontanelas y suturas, presencia de edema, masas y otras anomalías presentes																			
3.2.34	Evalúa el tamaño del perímetro cefálico																			
3.2.35	Descarta infecciones, heridas, erosiones; incluyendo Cefalohematoma.																			
3.2.36	Evalúa pabellones auriculares: tamaño, forma, posición, presencia de conducto auditivo externo y otras anomalías.																			
3.2.37	Evalúa nariz descartando: atresia de coanas (no se recomienda confirmar su permeabilidad en nivel ambulatorio)																			
3.2.38	Evalúa la cavidad oral en busca de labio y paladar hendido, hendiduras gingivales, perlas de Epstein.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMERO DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
3.2.39	Evalúa cuello: movilidad, simetría, presencia de masas, pliegues cutáneos y fístulas.																			
EVALUACIÓN NEUROLÓGICA: Revisión de expediente (HC1 e HCPB)																				
3.2.40	Valora simetría de los movimientos de extremidades, postura, tono corporal, llanto o la inactividad y grado de vigilia (alerta) y apertura de los ojos.																			
3.2.41	Explora los reflejos: moro, marcha, búsqueda, succión, prensión palmar y reflejo de Babinsky																			
EVALUACIÓN OCULAR: Revisión de expediente (HC1 e HCPB)																				
3.2.42	Descarta hemorragias y tinte icterico en esclerótica																			
3.2.43	Descarta exudado conjuntival y obstrucción del conducto lagrimal																			
3.2.44	Evalúa color del iris, tamaño e igualdad de las pupilas																			
3.2.45	Evalúa movimiento oculares e Inversión de parpados																			
3.2.46	Descarta nistagmos, estrabismo, ptosis palpebral y otras malformaciones																			
3.2.47	Evalúa reflejo rojo y opacidad de la córnea.																			

Espacio físico, equipamiento, insumos y suministros para la atención integral del recién nacido

ESPACIO FISICO, EQUIPAMIENTO, INSUMOS Y SUMINISTROS PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL RECIEN NACIDO						
REGIÓN SANITARIA:			MUNICIPIO:			
ESTABLECIMIENTO SALUD:			SECTOR: PÚBLICO: ____		NO PÚBLICO: ____	
EQUIPO EVALUADOR:			FECHA:			
CALIFICACION				1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR			RESULTADO		
				1	0	%
1	ESPACIO FÍSICO (AMBIENTE) PARA LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO Método de verificación: Método de verificación: observación de espacio físico					
1.1	La clínica o habitación tiene buena iluminación, sin corrientes de aire, paredes lavables y tamaño adecuado para el ingreso de varias personas y equipos.					
2	EQUIPO E INSUMOS: Método de verificación: Revisión de kardex y observación					
2.1	Cuna radiante o bacinete con lámpara					
2.2	Equipo completo de reanimación neonatal:					
2.2.1	Equipo de aspiración:					
2.2.1.1	Perilla de goma.					
2.2.1.2	Sondas de aspiración oro faríngea 6f, 8 f, 10f, 12f y/o 14.					
2.2.1.3	Sondas de aspiración por tubo endotraqueal 2, 3.5f, 5f,					
2.2.1.4	Aspirador con manómetro de presión					
2.2.1.5	Dispositivo adaptador para aspiración de meconio, si es posible.					
2.2.2	Equipo de bolsa y máscara:					
2.2.2.1	Bolsa de reanimación neonatal auto inflable, con reservorio o inflada por flujo, de tamaño entre 250 a 500 ml.					
2.2.2.2	Mascarillas faciales de diferentes tamaños, para recién nacidos a término y recién nacidos pre término (de preferencia con borde acolchado).					
2.2.3	Fuente de oxígeno con flujómetro (flujo hasta de 10 Ltd. /min) y guías de oxígeno.					
2.2.4	Oxímetro de pulso					
2.3	Balanza electrónica (madre-niño), o de bandeja adecuadamente calibrada					
2.4	Infantómetro/tallímetro estandarizado					
2.5	Termómetro de mercurio					
2.6	Cinta métrica flexible y no extensible					
2.7	Estetoscopio idealmente pediátrico					
2.8	Oto-oftalmoscopio					
2.9	Lámpara de calor					
2.10	Materiales: gases, catéteres, mariposas, venoclisis, clamp umbilical					

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	RESULTADO		
		1	0	%
2.11	Balanza electrónica (madre-niño), o de bandeja adecuadamente calibrada			
3	MEDICAMENTOS BÁSICOS: Método de verificación: Revisión de kardex			
3.1	Tetraciclina			
3.2	Gentamicina			
3.3	Eritromicina			
3.4	Sulfacetamida oftálmica sin esteroide			
3.5	Vitamina k inyectable			
3.6	Soluciones intravenosas (Dextrosa al 5% y 10%, lactato Ringer, solución salina).			
3.7	Adrenalina 1:10,000			
4	MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD: Método de verificación: Observación			
4.1	Lavado de manos con agua y jabón durante 30 segundos			
4.2	Asepsia de los instrumentos			

Instrumentos para la vigilancia del Manejo de las complicaciones obstétricas

Instrumento para la verificación del cumplimiento del protocolo para el manejo de la hemorragia de la segunda mitad del embarazo

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO																				
REGIÓN SANITARIA:		MUNICIPIO:																		
ESTABLECIMIENTO SALUD:		SECTOR: PÚBLICO: _____ NO PÚBLICO: _____																		
EQUIPO EVALUADOR:		FECHA:																		
CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES														RESULTADO				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1	EQUIPO CODIGO ROJO: Método de verificación ayudas memorias, bitácoras																			
1.1	Cuenta con el Equipo código rojo capacitado: Obstetra, Anestesiólogo o Anestesista, Médico general, Profesional de Enfermería, Auxiliares de Enfermería y Asistentes de Hospital																			
2	SIGNOS Y SÍNTOMAS PARA DIAGNÓSTICO: Método de verificación expediente clínico																			
2.1	PLACENTA PREVIA																			
2.1.1	Identifica sangrado vaginal rutilante después de las 22 semanas de gestación.																			
2.1.2	Identifica Sufrimiento fetal o Shock (dependiendo de la condición materna).																			
2.2	DESPRENDIMIENTO PREMATURO PLACENTA NORMO INSERTA (DPPNI)																			
2.2.1	Identifica sangrado trans vaginal después de las 22 semanas de gestación acompañado de dolor abdominal intermitente o constante.																			
2.2.2	Identifica signos y síntomas de Shock.																			
2.2.3	Evalúa condición del útero y actividad (útero hipertónico y doloroso).																			
2.2.4	Evalúa disminución o ausencia de movimientos fetales, sufrimiento o muerte fetal.																			
2.3	RUPTURA UTERINA vigila e identifica:																			
2.3.1	Cese de las contracciones uterinas en trabajo de parto																			
2.3.2	Sangrado Intra-abdominal o vaginal																			

CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
2.3.3	Dolor abdominal severo																			
2.3.4	Shock																			
2.3.5	Distensión abdominal																			
2.3.6	Contorno uterino anormal																			
2.3.7	Abdomen irritable																			
2.3.8	Partes fetales fácilmente palpables																			
2.3.9	Sufrimiento fetal o ausencia de movimientos y latidos cardiacos fetales.																			
2.4	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL																			
2.4.1	Anamnesis																			
2.4.2	Examen Físico y obstétrico dirigido																			
2.4.3	Ultrasonido																			
2.4.4	Exámenes de laboratorio																			
2.5	MANEJO DEL SANGRADO VAGINAL DE FORMA INMEDIATA:																			
2.5.1	Realiza una evaluación rápida del estado general de la mujer (signos vitales).																			
2.5.2	Canaliza venas con solución salina Lactato Ringer si existe sospecha de shock, inicia tratamiento inmediato.																			
2.5.3	Toma muestra para exámenes de laboratorio: Recuento glóbulos rojos, hematocrito, hemoglobina, tipo y Rh, detección de anticuerpos irregulares (Prueba de Coombs Indirecta), Tiempo de Protrombina, Tiempo parcial de tromboplastina y otros según el caso.																			
2.5.4	Solicita al laboratorio (Servicio de Transfusión) dos a cuatro unidades de concentrado de glóbulos rojos para garantizar la disponibilidad según necesidad.																			
2.5.5	Informa a la paciente y familiares sobre la situación médica, tratamiento, riesgos, pronóstico materno-fetal.																			

CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
		3	MANEJO ESPECIFICO: Método de verificación expediente clínico																	
3.1	PLACENTA PREVIA, efectúa el manejo correspondiente lo antes posible, basándose en la edad gestacional, la cantidad del sangrado y de acuerdo a lo siguiente:																			
3.1.1	No realiza tacto vaginal a menos que se tenga los preparativos para una cesárea inmediata.																			
3.1.2	Realiza un examen cuidadoso con un espejito para descartar otras causas de sangrado.																			
3.1.3	Repone el volumen de sangre infundiéndolo líquidos intravenosos (1000 cc de solución salina normal o Lactato Ringer a 60 gotas por minuto).																			
3.2	Evalúa la cantidad de sangrado																			
3.2.1	Sangrado es profuso y continuo, realiza una cesárea sin tomar en cuenta la madurez fetal.																			
3.2.2	Sangrado es leve o se ha detenido y el feto está vivo pero es prematuro, considera el manejo expectante, hasta que se produzca el parto o el sangrado se hace profuso, mientras tanto:																			
3.2.2.1	Corrige la anemia con hierro elemental 60 mg diariamente por 6 meses.																			
3.2.2.2	Asegura que existe sangre disponible para una transfusión en caso de que se requiera.																			
3.2.3	Decide el manejo expectante frente a la realización del parto, si el sangrado se repite.																			
3.2.4	Decide el parto vaginal si existe implantación placentaria baja y el sangrado es leve. De lo contrario realiza una cesárea.																			

CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
3.2.5	Indica infusión de sulfato de magnesio si inicia contracciones con los cuidados necesarios para evitar intoxicación.																			
3.2.6	Realiza tacto vaginal estando preparado tanto para el parto vaginal como para la cesárea, si no existe ecografía disponible o si el informe es poco confiable y el embarazo es de 37 semanas o más. Previo al tacto garantiza:																			
3.2.6.1	Canaliza dos venas																			
3.2.6.2	Dispone de concentrado de glóbulos rojos compatible en el quirófano																			
3.2.6.3	Mantiene a la mujer en el quirófano, con el equipo quirúrgico presente.																			
3.2.7	Confirma la placenta previa si palpa tejido esponjoso, y planifica la cesárea.																			
3.2.8	Descarta la placenta previa si palpa una cabeza fetal firme, y procede a inducir el parto.																			
3.2.9	Realiza un examen digital con precaución si el diagnóstico de placenta previa aún es dudoso:																			
3.2.9.1	Confirma la placenta previa si palpa tejido blando dentro del cuello uterino y realiza la cesárea.																			
3.2.9.2	Descarta la placenta previa si palpa las membranas y las partes fetales tanto en la parte central como marginal, y procede a inducir el parto.																			
3.2.10	Inicia el manejo de la paciente como una hemorragia post parto, si se ha realizado una cesárea e identifica que existe sangrado del sitio placentario.																			

CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES														RESULTADO				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
3.4	Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta (DPPNI) Manejo de paciente con diagnóstico																			
3.4.1	Evalúa el grado de desprendimiento placentario en los establecimientos hospitalarios con capacidad instalada.																			
3.4.2	Evalúa el estado de la coagulación utilizando la prueba de formación del coagulo.																			
3.4.3	Provoca el parto cuanto antes si el sangrado es profuso (evidente u oculto), de acuerdo a:																			
3.4.3.1	Si el cuello uterino está totalmente dilatado y es una presentación de vértice en el tercer o cuarto plano de Hodge aplica fórceps bajo.																			
3.4.3.2	Si el parto vaginal no es inminente y el feto está vivo, realiza cesárea.																			
3.4.3.3	Si el feto está muerto y no existe compromiso del estado de salud materno, indica parto vaginal previa amniotomía y conducción de trabajo de parto.																			
3.5	Si el sangrado es leve a moderado y la madre no está en peligro inmediato, el curso de la acción dependió de los latidos cardiacos fetales y se define de la manera siguiente:																			
3.5.1	Si la frecuencia cardiaca fetal es normal o está ausente, rompe las membranas.																			
3.5.2	Si la frecuencia cardiaca fetal es anormal (menos de 110 y más de 180 latidos por minuto): realiza el parto vaginal rápido o si el parto vaginal no es posible realiza una cesárea inmediatamente.																			

CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
3.6	Ruptura Uterina hace el manejo correspondiente de inmediato con las medidas generales y cirugía de acuerdo a lo siguiente:																			
3.6.1	Inicia la reposición del volumen de sangre infundiéndolo líquidos intravenosos y/o concentrados de glóbulos rojos antes de la cirugía.																			
3.6.2	Realiza una cesárea y extrae el recién nacido y la placenta en cuanto sea posible.																			
4	CRITERIOS PARA EL ALTA: Método de verificación expediente clínico																			
4.1	Da alta a las 24 horas después de un parto vaginal y a las 72 horas después de cesárea asegurando lo siguiente:																			
4.2	Hematológico de control y pruebas de función renal normales.																			
4.3	Brinda cita al establecimiento de salud antes de cumplir los siete días post parto.																			
4.4	Indica hierro elemental 60 mg vía oral diario si la hemoglobina está entre 7.5 y 11 g/dl más ácido fólico 400 mcg vía oral por 6 meses.																			
4.5	Brinda a la puérpera orientación y/o servicios de planificación familiar.																			
4.6	Indica permanecer en el hogar materno mientras se moviliza a su hogar (o si su hogar está muy distante).																			
4.7	Brinda orientación sobre los signos de peligro que puede presentar.																			

Instrumento para la verificación del cumplimiento del protocolo para el manejo de la hemorragia pos parto

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA POS PARTO																				
REGIÓN SANITARIA:															MUNICIPIO:					
ESTABLECIMIENTO SALUD:															SECTOR: PÚBLICO: _____ NO PÚBLICO: _____					
EQUIPO EVALUADOR:															FECHA:					
CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS: Método de verificación expediente clínico																			
1.1	Realiza anamnesis: Interrogar sobre el curso del trabajo de parto. Dolor Abdominal: Leve a intenso Complicaciones y factores de riesgo asociados y presencia de infecciones maternas.																			
1.2	Realiza examen físico: Evaluación rápida del estado general de la mujer, incluyendo signos vitales (alteraciones generales: Sensorio, perfusión, pulso, presión arterial sistólica disminuida), Hemorragia transvaginal (Abundante sangrado mayor de 500 ml; Presencia de coágulos), Útero: Blando y no contraído. No palpable en abdomen Visible en introito.																			
1.3	Indica exámenes complementarios:																			
1.3.1	Hemograma																			
1.3.2	Fibrinógeno																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1.3.3	Prueba de formación del coagulo																			
1.4	Indica exámenes especiales: Ultrasonido para identificar restos placentarios.																			
2	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Método de verificación expediente clínico																			
2.1	Realiza diagnóstico diferencial considerando: Hipotonía o Atonía Uterina primarias, Retención de Placenta total o parcial, Retención de membranas ovulares, Inversión uterina, Desgarros del canal del parto y Alteraciones de la coagulación.																			
3	ACTIVIDADES ENTRE 0 A 10 MINUTOS: Método de verificación expediente clínico																			
3.1	Activa el Código Rojo Obstétrico																			
3.1.1	Cuenta con el Equipo código rojo capacitado: Obstetra, Anestesiólogo o Anestesta, Médico general, Profesional de Enfermería, Auxiliares de Enfermería y Asistentes de Hospital																			
3.1.2	Diagnostica y clasifica el shock por hemorragia obstétrica.																			
3.1.3	Realiza evaluación rápida.																			
3.1.4	Coloca sonda Foley y bolsa colectora.																			
3.1.5	Da masaje en fondo uterino.																			
3.1.6	Ordena la aplicación de medicamentos.																			
3.1.7	Canaliza y/o asegura el acceso y funcionalidad de dos venas con catéter #14-16																			
3.1.8	Toma muestras para exámenes, banco de sangre, formación del coagulo																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
3.1.9	Toma muestra de sangre coloca en dos tubos de ensayo, uno con anticoagulante y otro sin anticoagulante.																			
3.1.10	Llena la papelería para las órdenes de exámenes de Tipo Rh, cruce, Hemograma, Plaquetas y prueba de retracción del coágulo.																			
3.1.11	Aplica los medicamentos y líquidos ordenados por el coordinador.																			
3.1.12	Administra Oxígeno por mascara de Venture (Puntas nasales): 8-10 litros por minuto.																			
3.2	Realiza la reanimación																			
3.2.1	Ubica a la paciente en posición de litotomía																			
3.2.2	Aplica cristaloides (Lactato de Ringer, SSN o Suero Hartman), en bolos de 500 ml.																			
3.2.3	Aplicar uterotónicos (Oxitocina) a dosis de 80 mili-unidades por minuto: 20 U diluidos en 500mL de SSN 0.9% para pasar a 60 gotas por minuto.																			
3.2.4	Evalúa la respuesta a la infusión de 500 ml de cristaloides																			
3.2.5	Identifica la causa y maneja utilizando el esquema de las 4 T (Tono, Trauma, Tejido y Trombina)																			
3.2.6	Repara de inmediato desgarro de cérvix, vaginal, perineal asegurando que hay hemostasia y no existe hematoma en formación. (Si la hemorragia es por trauma)																			
3.2.7	Realiza extracción manual en caso de retención placentaria de inmediato bajo anestesia o aplicando un analgésico por vía parenteral (excepto Tramadol, Morfina, Meperidina, Fentanil) en establecimientos de salud con CONE Básico.																			
3.2.8	Realiza revisión de cavidad uterina y LUI inmediatamente que se diagnosticó bajo anestesia en el establecimiento de salud hospitalario, si la hemorragia es por retención de restos placentarios.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
3.2.9	Realiza restitución de inmediato utilizando la maniobra de JOHNSON con la placenta IN SITU, aplicando anestesia por vía parenteral, en caso de hemorragia por inversión uterina.																			
3.2.10	Continúa con el manejo para hipotonía si el sangrando persiste.																			
3.2.11	Indica cobertura antibiótica profiláctica según disponibilidad.																			
4	ACTIVIDADES ENTRE 10 Y 20 MINUTOS: Método de verificación expediente clínico																			
4.1	Si la paciente continúa sangrando aplica:																			
4.1.1	Continúa la infusión de Oxitocina a dosis de 80 mili-unidades por minuto: 20 U diluidos en 500mL de SSN 0.9% para pasar a 40 gotas por minuto. (De acuerdo a evolución de la paciente usar Mysoprostol)																			
4.1.2	Indica Mysoprostol 800 mcg. Por vía intra rectal o sublingual. (NO utilizar en pacientes asmáticas, cardiópatas o con hipersensibilidad al medicamento)																			
4.1.3	Inicia transfusión de acuerdo a la clasificación de Shock.																			
4.2	Transfusión sanguínea completar todos los requisitos																			
4.2.1	Solicita los Hemocomponentes considerando la Urgencia de entrega.																			
4.2.2	Si la urgencia es extrema y se desconoce el grupo sanguíneo ABO y Rh se transfunden 2 unidades de Glóbulos rojos grupo O Rh negativo, sin las respectivas pruebas de compatibilidad, se sigue los protocolos administrativos de cada hospital.																			
4.3	La paciente continua sangrando:																			
4.3.1	Aplica la prueba de taponamiento con balón hidrostático.																			
4.3.2	Coloca un empaque vaginal para evitar la expulsión del balón.																			
4.3.3	Coloca una bolsa colectora al drenaje de la sonda si el balón se mantendrá por 24 horas.																			
4.3.4	Remueve el balón en 24 horas.																			
4.3.5	Da Oxitocina a dosis de 80 mili-unidades por minuto: 20 U diluidos en 500mL de SSN 0.9% para pasar a 40 gotas por minuto.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
4.3.6	Da terapia antibiótica mientras el balón este colocado.																			
4.3.7	Realiza vigilancia estricta de Signos vitales, evaluación rápida, el globo de seguridad de Pinard, diuresis, cada 15 minutos la primera hora y cada 30 minutos la segunda hora, y cada hora en las primeras 12 horas registrando los datos en la hoja correspondiente.																			
4.3.8	Evita hipotermia utilizando frazadas y lámparas de calor.																			
5	ACTIVIDADES ENTRE 30 Y 60 MINUTOS: Método de verificación expediente clínico																			
5.1	Si la paciente continúa sangrando:																			
5.1.1	Realiza Sutura compresiva de B – Lynch.																			
5.1.2	Realiza histerectomía si la sutura no es efectiva.																			
5.1.3	Si hay problemas de Trombina se maneja de acuerdo a condiciones locales. (Según lo descrito en la fase de 10 a 20 minutos).																			
5.1.4	Aplica antibiótico para prevenir infecciones.																			
5.2	Complicaciones asociadas a la hemorragia																			
5.2.1	Manejo orientado a prevenir complicaciones como Coagulopatía, Acidosis Metabólica e Hipotermia																			
5.2.2	Manejo o referencia de este tipo de pacientes en un establecimiento hospitalario de III nivel.																			
5.3	Complicaciones de la HPP																			
5.3.1	Vigila por shock hipovolémico, Coagulación Intravascular Diseminada, Falla renal y hepática y Síndrome de Distres Respiratorio del Adulto, anemia y las infecciones del aparato genital.																			
5.4	Complicaciones transfusionales																			
5.4.1	Vigila por reacción transfusional febril; Alergias; Complicaciones de transfusiones masivas; Función ventricular izquierda deprimida; Toxicidad por citrato; Hipotermia; Coagulopatía en transfusiones masivas y Embolia gaseosa.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
6	CRITERIOS PARA EL ALTA: Método de verificación expediente clínico																			
6.1	Confirma que la complicación hemorrágica es resuelta, se da alta a las 48 horas después de un parto vaginal y a las 72 horas después de una cesárea con las indicaciones siguientes:																			
6.1.1	Cita al establecimiento de salud antes de cumplir los siete días post parto																			
6.1.2	Indica hierro elemental 60 mg vía oral diario si la hemoglobina está entre 7.5 y 11 g/dl más ácido fólico 400 mcg vía oral por 6 meses																			
6.1.3	Brinda a la puérpera orientación incluyendo planificación familiar.																			
6.1.4	Indica que permanezca en el hogar materno si su recién nacido permanece hospitalizado, si procede.																			
6.1.5	Brinda orientación sobre los signos de peligro que puede presentar y las medidas a tomar en caso que aparezcan.																			

Instrumento para la verificación del cumplimiento del protocolo para el manejo de la hemorragia pos parto
 Anexo de transfusión sanguínea en hemorragia pos parto

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA POS PARTO ANEXO DE TRANSFUSION SANGUINEA EN HEMORRAGIA POS PARTO																				
REGIÓN SANITARIA:															MUNICIPIO:					
ESTABLECIMIENTO SALUD:															SECTOR: PÚBLICO: _____ NO PÚBLICO: _____					
EQUIPO EVALUADOR:															FECHA:					
CALIFICACION										1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica										
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS: Método de verificación expediente clínico																			
1.1	Cuenta con el Equipo código rojo capacitado: Obstetra, Anestesiólogo o Anestésista, Médico general, Profesional de Enfermería, Auxiliares de Enfermería y Asistentes de Hospital																			
1.2	El servicio de transfusión deberá señalar en el rotulo de la unidad (Hemoderivado), que no se completaron las pruebas de compatibilidad. Se deberá solicitar la tipificación cuanto antes para garantizar en lo sucesivo la administración de sangre ABO/Rh idéntica.																			
1.3	La urgencia transfusional no exime la realización de las pruebas de compatibilidad, estas deberán realizarse al recibir la muestra correspondiente de la embarazada y deberán ser notificadas al médico responsable, aunque la transfusión ya se haya realizado.																			
1.4	Selecciona el producto idóneo de preferencia ABO/Rh idéntico y la dosis mínima para corregir los síntomas del receptor; si no se dispone de ellos los podrán recibir de diferente grupo en el orden de preferencia.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1.5	Las embarazadas Rh negativo deberán recibir Hemocomponentes Rh negativo; si no es posible en caso de extrema urgencia, medicamento justificada podrán recibir Hemocomponentes Rh positivos siempre y cuando no presente sensibilización previa (COOMBS indirecto positivo).																			
1.6	En caso de embarazado Rh Negativo que serán transfundidas con Rh Positivo, se debe aplicar antes la dosis completa de IGRh (Inmunoglobulina Anti D) que ejercerá profilaxis para un volumen de 15 ml de glóbulos rojos Rh positivos, efectiva para evitar la sensibilización por eritrocitos Rh positivo.																			
1.7	La paciente es vigilada durante la transfusión, y en caso de cualquier reacción adversa se sigue el protocolo establecido.																			
1.8	En el expediente queda constancia documentada de la transfusión de sangre y Hemocomponentes, en el formulario "Registro de Transfusión".																			
2	Se efectuará transfusión de productos sanguíneos ante una situación hemodinámica comprometida o cuando la hemoglobina sea menor de 7.5 g/dl, de acuerdo a lo siguiente:																			
2.1	Inicia con glóbulos rojos empacados (GRE) ya que incrementan la capacidad de la sangre de transportar oxígeno.																			
2.2	Utiliza Sangre O (Rh negativo) cuando se requiere transfusión antes de conocer el tipo específico y cruce de la paciente.																			
2.3	Las plaquetas deben ser utilizadas ante valores < 50,000 cel. /µl. después del reemplazo de dos volúmenes de sangre. En las mujeres Rh negativo transfundir plaquetas de componentes Rh negativo. Pero si no es posible, considerar la administración de IG Rh. Endovenosa. La dosis completa de IG Rh ejerce la profilaxis para un volumen de hasta 15 ml de glóbulos																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
	rojos Rh positivos efectiva para evitar la sensibilización por eritrocitos Rh positivo.																			
2.4	Utilice Plasma fresco congelado (PFC) ante sangrado micro-vascular debido a Coagulopatía y deficiencia de factores siguiendo el esquema para transfusión masiva. Cuando el Tiempo de TP e INR es > 2 veces de lo normal y TPT > 1.5 veces de lo normal considerar transfusión de 1 unidad de plasma fresco congelado por cada 1-2 unidades de GRE en una paciente con sangrado activo, pero las circunstancias clínicas guiadas por niveles de fibrinógeno o interpretación de las pruebas de formación de coagulo, TP, TPT podrían dictar la cantidad transfundida.																			
2.5	Utiliza crio precipitado ante sangrado micro-vascular en la presencia de deficiencia de fibrinógeno (< 80-100 mg/dl), más comúnmente en Coagulopatía de consumo o transfusión masiva.																			
2.6	Utiliza Ácido Tranexamico cuando los niveles de fibrinógeno son menores a 150 mg/dl, o la prueba de formación de coagulo es positiva y la correlación TP/TPT (INR) es menor a 1. A dosis única de 1 gramo. Contraindicado en trombosis, CID, sepsis, hematuria.																			
2.7	Utiliza cuando sea posible, el Factor VII humano recombinante activado (f VIIra) para el control de hemorragia después de la falla de otras medidas, es exitoso en detener el sangrado en embolia de líquido amniótico, Coagulopatía intravascular diseminada, placenta previa, placenta acreta, atonía uterina, síndrome HELLP. La dosis es de 16.7-120 µg/Kg, 70-90 µg/Kg puede ser suficiente para detener el 75 % de Hemorragia postparto refractaria. Se puede repetir en 15- 30 minutos.																			

Instrumento para la verificación del cumplimiento del protocolo para el manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO																				
REGIÓN SANITARIA:												MUNICIPIO:								
ESTABLECIMIENTO SALUD:												SECTOR: PÚBLICO: _____ NO PÚBLICO: _____								
EQUIPO EVALUADOR:												FECHA:								
CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
1.1	Anamnesis																			
1.1.1	Interroga sobre trastornos hipertensivos previos.																			
1.1.2	Interroga sobre signos y síntomas vaso espásticos.																			
1.1.3	Interroga sobre antecedentes de convulsiones.																			
1.2	Examen físico																			
1.2.1	Evalúa el estado general de la mujer.																			
1.2.2	Evalúa signos vitales (maternos y fetales).																			
1.3	Realiza exámenes complementarios																			
1.3.1	Hemograma completo.																			
1.3.2	Examen general de orina.																			
1.3.3	Fracción proteína/creatinina.																			
1.3.4	BUN y Creatinina,																			
1.3.5	Acido úrico																			
1.3.6	TGP, TGO																			
1.3.7	Tiempos de coagulación																			
1.3.8	Fibrinógeno																			
1.4	Realiza exámenes especiales																			
1.4.1	Realiza ultrasonido.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1.4.2	Prueba de coágulo (de ser necesario).																			
2	MANEJO GENERAL: Método de verificación revisión de expediente clínico y formato de referencia																			
2.1	Confirma la presión arterial.																			
2.2	Remite al ES que la refirió para continuar su atención prenatal con la respuesta a la referencia a las pacientes cuyas cifras tensionales, exámenes de laboratorio y ultrasonido son normales.																			
2.3	Ingresa para manejo de acuerdo a edad gestacional a paciente con cifras tensionales o exámenes de laboratorio o ultrasonido anormales.																			
2.3.1	Remite a consulta externa especializada a pacientes con hipertensión arterial crónica o condiciones co-morbidos estables.																			
2.3.2	Vigila pacientes con hipertensión gestacional menor de 37 semanas de gestación en la consulta externa por obstetra, se vigila cifras tensionales, exámenes de laboratorio de control, ultrasonido y se evalúa la condición fetal y aplicación de esquema de inductores de madurez pulmonar fetal en embarazos menores de 34 semanas de gestación.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
																	1	0	N/A	%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
2.4	Pacientes con hipertensión gestacional igual o mayor de 37 semanas se ingresa para finalizar el embarazo, realizando lo siguiente:																			
2.4.1	Realiza la estimación del crecimiento fetal y del estado del líquido amniótico al momento de hacer el diagnóstico.																			
2.4.2	Realiza la prueba sin contracción (NST). Si la prueba es no reactiva, realiza la prueba de perfil biofísico (PBF).																			
2.4.3	Si el PBF tiene un valor de 8 o más y si la NST es reactiva, repite la evaluación cuando haya cambios significativos en la condición materna.																			
2.5	Manejo de la Pre eclampsia en embarazo pre término:																			
2.5.1	Hospitaliza a la embarazada																			
2.5.2	Complementa exámenes de laboratorio con los iniciales:																			
2.5.2.1	Deshidrogenasa Láctica.																			
2.5.2.2	Proteinuria de 24 horas cuando sea necesario o posible.																			
2.5.2.3	Tipo Rh.																			
2.5.2.4	Cruce, solicitud de sangre.																			
2.5.2.5	Frotis de sangre periférica.																			
2.5.2.6	Proteínas totales.																			
2.6	Inicia la inducción de la maduración pulmonar fetal con el uso de corticosteroides antenatales a partir de la semana 26 hasta la 34 semana.																			
2.6.1	Programa evacuación fetal si ocurre deterioro materno o fetal.																			
2.7	Manejo de preclamsia en embarazo de término:																			
2.7.1	Realiza los exámenes de laboratorio correspondientes.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
2.7.2	Efectúa la estimación de crecimiento fetal y estimación del líquido amniótico al hacer el diagnostico (Ultrasonido).																			
2.7.3	Ingresa a la paciente para programar la evacuación fetal																			
2.8	Manejo de Pre eclampsia Grave (Severa) o Eclampsia																			
2.8.1	Ingresa a la unidad o ambiente que el establecimiento haya condicionado para tal fin.																			
2.8.2	Vigila estrictamente y toma de signos vitales, PAM, Reflejos Osteo Tendinoso, GLASGOW, oximetría cada 30 minutos.																			
2.8.3	Aplica oxígeno 4-6 L por minuto con mascara de Venture o reservorio.																			
2.8.4	Canaliza dos vías con catéter # 16-18.																			
2.8.5	Administra solución salina normal o Lactato Ringer a 75 a 125 ml/hora con bomba de infusión. No más de 1800 a 3000 cc en 24 horas.																			
2.8.6	Cateteriza vejiga para medir diuresis y proteinuria.																			
2.8.7	Solicita exámenes de laboratorio.																			
2.8.7.1	Hemograma completo.																			
2.8.7.2	Glicemia																			
2.8.7.3	BUN, Creatinina, Acido Úrico																			
2.8.7.4	TGO, TGP																			
2.8.7.5	Bilirrubinas																			
2.8.7.6	Deshidrogenasa Láctica.																			
2.8.7.7	Examen general de orina																			
2.8.7.8	Fracción proteína/Creatinina.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
2.8.7.9	Cruce, solicitud de sangre.																			
2.8.7.10	Frotis de sangre periférica.																			
2.8.7.11	Tiempos de coagulación.																			
2.8.7.12	Prueba de Formación del Coagulo o Fibrinógeno.																			
2.8.7.13	Proteínas totales.																			
2.8.7.14	Ultrasonido, Doppler, pruebas de bienestar fetal.																			
2.9	Interrupción del embarazo																			
2.9.1	Embarazos de ≥ 37 semanas: interrumpe el embarazo, dentro de las 24 horas de realizado el diagnóstico.																			
2.9.2	Embarazos de 24-36 semanas con 6 días: asegura la estabilidad materna y verifica que se haya aplicado el esquema de madurez pulmonar para programar la interrupción del embarazo luego de las 24 horas después de la última dosis.																			
2.9.3	Embarazo ≤ 24 semanas: interrumpe el embarazo con trastorno hipertensivo grave con menos de 24 semanas.																			
2.10	Manejo con medicamentos:																			
2.10.1	Dosis de carga de Sulfato de Magnesio: 4- 6 gramos intravenosos en un lapso de 20 minutos, diluidos en 100 ml de dextrosa 5%. (8ml/minuto o 160 gotas por minuto) con bomba de infusión.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
2.10.2	En presencia de convulsiones: administra 2g de sulfato de magnesio intravenoso directo en un lapso de 3-5 minutos, de persistir las convulsiones aplicar un máximo de 2-3 dosis en 24 horas.																			
2.10.3	Dosis de mantenimiento: Sulfato de Magnesio de 1 a 2g (diluido en solución isotónica) intravenoso por hora por 24 horas después del parto o de la última convulsión, cualquiera sea el hecho que se produzca primero.																			
2.11	Administra medicamentos anti-hipertensivos:																			
2.11.1	Administra lentamente Hidralazina 5 mg intravenoso o administra Labetalol 20 mg Intravenoso. Si no dispone de Labetalol o Hidralazina indica Nifedipina de corta duración.																			
2.11.2	Si la respuesta a cualquiera de estos esquemas es inadecuada administra 10-20mg de Nifedipina adicionales vía oral.																			
2.11.3	Si después de 72 horas persiste con cifras de presión arterial elevadas se realiza interconsulta con el servicio de Medicina Interna.																			
2.12	En casos de Síndrome HELLP (H: Hemolisis, EL: Enzimas hepáticas, LP: Plaquetas bajas) indica esteroides: Dexametasona 10 mg IV cada 6-12 h y mantenerla por 48-72 h en el																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
	puerperio, o Betametasona a dosis altas o estándar: 6mg IM cada 12 h por 3-4 dosis.																			
3	COMPLICACIONES: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
3.1	Maneja la complicación de acuerdo a la complicación correspondiente																			
4	CRITERIOS PARA ALTA a las 72 horas después de un parto vaginal y/o por cesárea asegurando lo siguiente:																			
4.1	Verifica que los controles de laboratorio están en los límites esperados																			
4.1.2	Da cita al establecimiento de salud antes de cumplir los 7 días post parto																			
4.1.3	Indica hierro elemental y ácido fólico																			
4.1.4	Brinda a la puérpera orientación y/o servicios de planificación familiar																			
4.1.5	Indica que permanezca en el hogar materno mientras se moviliza a su hogar																			
4.1.6	Brinda orientación sobre los signos de peligro																			
4.1.7	En mujeres tratadas con antihipertensivos prenatales, que continúe el tratamiento antihipertensivo durante el puerperio (Por una o dos semanas).																			

Instrumento para la verificación del cumplimiento del protocolo para la atención de la amenaza de aborto

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DE LA AMENAZA DE ABORTO																				
REGIÓN SANITARIA:										MUNICIPIO:										
ESTABLECIMIENTO SALUD:										SECTOR: PÚBLICO: _____ NO PÚBLICO: _____										
EQUIPO EVALUADOR:										FECHA:										
CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1	MEDIDAS TERAPÉUTICAS: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
1.1	Al identificar a una mujer embarazada con amenaza de aborto se realizan las siguientes acciones:																			
1.1.1	Elabora la historia clínica y examen físico completo.																			
1.1.2	Indica ultrasonografía para verificar vitalidad fetal.																			
1.1.3	En caso de no existir ultrasonido en el ES refiere a la mujer al ES más cercano que lo tenga																			
1.1.4	Indica exámenes de laboratorio (hemograma y general de orina) para identificar posibles causas del problema.																			
1.2	Identifica a una mujer embarazada con amenaza de aborto y con resultado de Ultrasonido que informa que hay vitalidad fetal hace lo siguiente:																			
1.2.1	Indica reposo en su casa si la condición clínica y general de la mujer lo permite																			

CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1.2.2	Brinda orientación y tratamiento en caso de identificar patologías agregadas o relacionadas																			
1.2.3	Da cita a la paciente para nueva evaluación en una semana																			
1.2.4	Informa sobre los signos de peligro y orienta para que regrese o acuda a emergencia																			
1.2.5	Indica tratamiento para posibles patologías asociadas y encontradas en el examen físico o estudios laboratoriales: Vaginosis, Anemia, Infecciones de tracto urinario etc.																			

Instrumento para la verificación del cumplimiento del protocolo para la atención del aborto en curso, inevitable o incompleto

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DEL ABORTO EN CURSO, INEVITABLE O INCOMPLETO																				
REGIÓN SANITARIA:															MUNICIPIO:					
ESTABLECIMIENTO SALUD:															SECTOR: PÚBLICO: _____ NO PÚBLICO: _____					
EQUIPO EVALUADOR:															FECHA:					
CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1	MANEJO DEL ABORTO: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
1.1	ANAMNESIS: Historia clínica, examen físico y examen obstétrico																			
1.1.1	Signos y síntomas:																			
1.1.2	Interroga por metrorragia.																			
1.1.3	Interroga por contracciones uterinas dolorosas.																			
1.1.4	Identifica modificaciones cervicales.																			
1.1.5	Identifica desprendimiento y expulsión.																			
1.2	Métodos diagnosticos																			
1.2.1	Clínicos: anamnesis y examen físico.																			
1.2.2	Pruebas de embarazo en orina o sangre.																			
1.2.3	Estudio Ultra – sonográfico/ Ecografía. (En caso de ser necesario)																			
2	MANEJO ABORTO COMPLETO: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
2.1	Verifica metrorragia mínima, cesa o disminuye el dolor, cuello cerrado, expulsión total del huevo y anexos; y útero involucionado y vacío (Mediante ultrasonido).																			
2.2	Da alta con información sobre signos de peligro e instrucciones para volver en caso necesario.																			

CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
2.3	Da consejería de planificación familiar/Suministra el método en base a los criterios médicos de elegibilidad si corresponde.																			
3	MANEJO DEL ABORTO INCOMPLETO: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
3.1	Verifica si persiste la metrorragia y contracciones; el cuello está abierto con restos ovulares en útero y/o vagina; en el desprendimiento y expulsión existe retención de anexos.																			
3.2	Utiliza la HCPB sección post aborto.																			
3.3	Canaliza una vena para infundir cristaloides.																			
3.4	Aplica anestesia local mediante bloqueo para-cervical (AMEU).																			
3.5	Evacúa el contenido del útero mediante AMEU donde existan las condiciones y haya personal calificado para realizarlo o mediante LUI.																			
3.6	Maneja el dolor con analgésico fuerte (Tramadol, Ibuprofeno, diazepam).																			
3.7	Administra un antibiótico profiláctico.																			
4	MANEJO DEL ABORTO EN CURSO: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
4.1	Verifica metrorragia, contracciones, canal permeable, protrusión parcial del huevo y expulsión en curso.																			
4.2	Realiza una evaluación inicial rápida del estado general de la mujer incluyendo signos vitales.																			
4.3	Evidencia de shock:																			
4.3.1	Realiza diagnóstico diferencial con embarazo ectópico roto (Ultrasonografía).																			

CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
4.3.2	Inicia/continúa la infusión intravenosa con solución salina normal o Lactato Ringer.																			
4.3.3	Administra líquido de mantenimiento solución salina normal o Lactato Ringer a razón de 60 gotas por minuto si el sangrado no es profuso y reevalúa a la paciente cada hora.																			
4.4	Sin signos de shock																			
4.4.1	Continúa la vigilancia por signos de shock (Sensorio, Perfusión, Pulso, Presión arterial sistólica disminuida).																			
4.5	Manejo del aborto en curso																			
4.5.1	Toma muestras para exámenes de laboratorio: Hemograma, grupo y Rh.																			
4.6	Realiza el procedimiento que corresponde según el cuadro clínico y semanas de gestación:																			
4.6.1	Embarazo menor de 12 semanas o el tamaño uterino es de menor de 12 semanas: evacúa el contenido uterino mediante Aspiración Manual Endouterina (AMEU) o Legrado Uterino Instrumental (LUI)																			
4.6.2	Embarazo mayor de 12 semanas o el tamaño uterino es mayor de 12 semanas: evacúa el contenido uterino mediante Legrado Uterino Instrumental (LIU).																			
4.7	Cuidados posteriores al AMEU o LUI																			
4.7.1	Monitoreo de signos vitales, verifica la ausencia de signos de peligro cada 30 minutos durante las dos horas inmediatas.																			

CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
4.7.2	Manejo del dolor con analgésicos, tranquilizantes que reducen la ansiedad y anestésicos locales.																			
4.8	Vigilancia de signos de alarma																			
4.8.1	Alteración del estado de conciencia																			
4.8.2	Sangrado moderado o abundante.																			
4.8.3	Alteración de los signos vitales (Disminución de la presión arterial, pulso débil, taquicardia, alteración de la frecuencia respiratoria)																			
4.8.4	Dolor severo																			
4.8.5	Fiebre																			
4.9	Previo al alta																			
4.9.1	Tamizaje para sífilis																			
4.9.2	Actualiza esquema de vacunación																			
4.9.3	Da consejería en planificación familiar y/o proporciona método																			
4.9.4	Tamizaje para sífilis positivo: Trata a la paciente y su pareja de acuerdo a lo establecido en la norma y refiere a la paciente para seguimiento al establecimiento de salud de referencia.																			
4.9.5	Administra inmunoglobulina anti D en las primeras 72 horas a mujeres post aborto y Rh negativo.																			
4.9.6	Indica observación por dos horas previo al alta.																			
4.10	Alta médica																			
4.10.1	Orienta sobre signos de peligro (Temperatura, color, cantidad y olor de las pérdidas vaginales, persistencia de dolor).																			

CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
4.10.2	Da consejería Integrada en planificación familiar/ITS.																			
4.10.3	Refiere a la paciente a consulta a otros servicios clínicos si encuentra patologías asociadas																			
4.10.4	En caso de aborto habitual refiere para atención especializada para iniciar análisis genético, infeccioso e inmunológico																			
4.10.5	Da respuesta a la referencia (Si procede).																			
4.10.6	Entrega cita para evaluación a los siete días de su alta médica.																			
4.10.7	Indica analgésicos para el dolor.																			
4.10.8	Indica sulfato ferroso si lo amerita.																			
5	MANEJO DEL ABORTO SEPTICO: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
5.1	Inicia antibióticos antes de realizar AMEU o LUI.																			
5.2	Toma muestras de la secreción vaginal para cultivo.																			
5.3	Realiza otros exámenes para estudio de la fiebre: general de orina, hematozooario, hemocultivo, uro cultivo.																			
5.4	Efectúa legrado uterino o aspiración manual Endouterina (AMEU), 24 horas después de iniciados los antibióticos o al cumplir la segunda dosis.																			
5.6	Si la fiebre persiste 24 horas después de realizado el legrado cambia esquema de antibióticos y procede según resultados de antibiograma																			

CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
5.7	Si la fiebre persiste 24 horas después de cambiado el esquema de antibióticos evalúa si se repite el legrado o realiza histerectomía.																			
5.8	Evalúa la necesidad de aplicar terapia antitetánica																			
5.9	En pacientes Rh Negativo aplica: inmunoglobulina anti-Rh 300mg de preferencia en las primeras 72 horas post legrado/aborto																			
5.10	Aborto Incompleto																			
5.10.1	Si el tamaño del útero es menor o igual de 12 semanas: Evacúa el contenido uterino por AMEU o LUI; si no es posible de inmediato, administre Oxitocina o puede usar Mysoprostol 400 mcg vía oral.																			
5.10.2	Si el embarazo es mayor de 12 semanas evacuar el útero lo más pronto posible por LUI																			
5.11	Aborto Completo																			
5.11.1	Realiza USG para corroborar diagnostico																			
5.11.2	Orientación sobre signos de peligro que pueden presentarse (Temperatura, color, cantidad y olor de las perdidas vaginales, persistencia de dolor)																			
5.12	Huevo muerto retenido																			
5.12.1	Practica USG para corroborar diagnóstico																			
5.12.2	Utiliza Mysoprostol según el esquema																			
5.13	Huevo Anembrionado																			
5.13.1	Corrobora diagnóstico																			

CALIFICACIÓN		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
5.13.2	Induce aborto aplicando una dosis única de Mysoprostol																			
5.13.3	Valora la necesidad de realizar LUI o AMEU si se considera que hay restos de tejido dentro del útero.																			
6	ALTA POST ABORTO SIN COMPLICACIONES: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
6.1	Brinda cita al establecimiento de salud antes de cumplir los diez días.																			
6.2	Indica hierro elemental más ácido fólico por 6 meses si el caso lo amerita																			
6.3	Brinda orientación y/o servicios de planificación familiar																			
6.4	Indica que permanezca en el hogar materno mientras se moviliza a su hogar (o si su hogar está muy distante)																			
6.5	Brinda orientación sobre los signos de peligro que puede presentar																			

Instrumento para la verificación del cumplimiento del protocolo para el manejo de la fiebre puerperal

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA FIEBRE PUERPERAL																				
REGIÓN SANITARIA:															MUNICIPIO:					
ESTABLECIMIENTO SALUD:															SECTOR: PÚBLICO: _____ NO PÚBLICO: _____					
EQUIPO EVALUADOR:															FECHA:					
CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1	MEDIDAS PREVENTIVAS: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
1.1	Reduce número de tactos vaginales.																			
1.2	Respetar reglas de asepsia y antisepsia.																			
1.3	Profilaxis antibiótica en Ruptura Prematura de Membranas																			
1.4	Indica profilaxis antibiótica en cesárea: dosis única 30 minutos antes de realizar la cesárea.																			
2	EXAMENES DE LABORATORIO E IMAGENES: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
2.1	Hemograma completo (Leucocitosis o leucopenia).																			
2.2	Plaquetas.																			
2.3	Tipo Rh (si necesita).																			
2.4	VIH.																			
2.5	Nitrógeno uréico en sangre.																			
2.6	Creatinina.																			
2.7	Glicemia.																			
2.8	Examen general de orina.																			
2.9	Urocultivo.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
2.10	Gases arteriales. *																			
2.11	TP, TPT, Fibrinógeno. *																			
2.12	Gram de secreción.																			
2.13	Cultivo de secreción por aerobios y anaerobios.																			
2.14	Tomografía axial computarizada de abdomen o pelvis*.																			
2.15	Rx de tórax.																			
3	MEDIDAS TERAPÉUTICAS: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
3.1	Utiliza los siguientes regímenes de antibióticos, en orden de aparición y de acuerdo a la disponibilidad en el establecimiento hospitalario:																			
3.1.1	Ampicilina 1 g cada 6 horas, más Gentamicina 5mg/kg en 24 horas más Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas																			
3.1.2	Penicilina Cristalina 5,000,000 IV cada 6 horas más Gentamicina 5 mg/kg IV en 24 horas más Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas																			
3.1.3	Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas, más Gentamicina 5 mg/kg IV en 24 horas.																			
3.1.4	Clindamicina 900 mg iv cada 8 horas, más Gentamicina 5 mg/kg en 24 horas.																			
3.1.5	Piperacilina/Tazobactan 3.375 g IV cada 6 horas.																			
4	COMPLICACIONES: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
4.1	Paciente presenta alguna de las siguientes complicaciones																			
4.1.1	Septicemia. Shock endotóxico																			
4.1.2	Necrosis renal tubular o Cortical.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
4.1.3	Infección del sitio quirúrgico.																			
4.1.4	Miometritis necrotizante.																			
4.1.5	Fasceitis de pared abdominal.																			
4.1.6	Tromboflebitis pélvica séptica.																			
4.1.7	Embolización pulmonar.																			
4.1.8	Dolor pélvico crónico.																			
4.1.9	Enfermedad inflamatoria pélvica crónica.																			
4.1.10	Infertilidad secundaria.																			
5	CRITERIOS PARA HOSPITALIZACION EN UCI: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
5.1	Shock Séptico																			
5.2	Bases generales para el tratamiento de la sepsis severa																			
5.2.1	Reconocer precozmente el cuadro séptico.																			
5.2.2	Dar soporte vital oportuno y adecuado.																			
5.2.3	Drenar el foco séptico de ser factible.																			
5.2.4	Tratamiento antibiótico efectivo.																			
5.3	Realiza reconocimiento precoz del cuadro séptico.																			
5.3.1	Obnubilación.																			
5.3.2	Escalofríos.																			
5.3.3	Hipertermia.																			
5.3.4	Hipotensión arterial.																			
5.3.5	Taquicardia.																			
5.3.6	Taquipnea.																			
5.3.7	Edema.																			
5.3.8	Hiponatremia.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
5.3.9	Disnea.																			
5.3.10	Vasodilatación cutánea.																			
5.3.11	Crépitos pulmonares.																			
5.3.12	Espiración prolongada.																			
	Más de 24 horas																			
5.3.13	Aumento de la uremia.																			
5.3.14	Disfunción hepática.																			
5.3.15	Íleo.																			
5.3.16	Leucocitosis o leucopenia.																			
5.4	Identifica el foco séptico																			
5.4.1	Pulmonar																			
5.4.2	Urinario																			
5.4.3	Catéter																			
5.4.4	Intra-abdominal.																			
5.4.5	Heridas quirúrgicas.																			
5.5	Da soporte vital oportuno y adecuado.																			
5.5.1	Reposición de la volemia efectiva: solución salina isotónica, normal o al 0,9% es el fluido de elección, con un volumen inicial a infundir de 1.000 ml en 30 minutos y una adecuada presión arterial media (por encima de 70 mmHg)																			
5.5.2	Oxigenoterapia y apoyo ventilatorio: utiliza oxígeno con máscara de Venture o reservorio de 4 – 6 litros por minuto																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
5.6	Drena focos sépticos																			
5.6.1	Drena toda colección líquida que pudiera corresponder a un absceso, preferentemente por medio de la punción percutánea bajo control ecográfico o tomográfico.																			
5.7	Remueve dispositivos infectados. Retira todo catéter vascular que se considera como posible foco de contaminación																			
5.8	Realiza Legrado evacuador uterino ante la posibilidad de restos ovulares retenidos																			
5.9	Realiza Histerectomía. Se indica en casos de perforación uterina, gangrena uterina, tétanos de origen ginecológico o endometriometritis.																			
6	Tratamiento antibiótico empírico: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
6.1	Esquema Antibiótico # 1: Ampicilina Sulbactan 3 gramos IV cada 6 horas + Gentamicina 1,7 mg/k/dosis cada 8 – 12 horas + Clindamicina 600 mg IV cada 6 horas o Metronidazol 500 mg IV cada 8-12 horas																			
6.2	Da consejería sobre cuidados, higiene, y cuando y donde debe solicitar atención en caso de presentar signos de complicación																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
6.3	Da cita en consulta externa con médico Ginecólogo obstetra en los próximos 15 días.																			
7	CRITERIOS PARA EL ALTA: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
7.1	Indica el alta si la mujer presenta lo siguiente:																			
7.1.1	Afebril por 72 horas previas.																			
7.1.2	Condiciones generales estables.																			
7.1.3	Pulso dentro de rangos normales por 72 horas previas.																			
7.1.4	Glóbulos blancos normales.																			
7.1.5	Tolerancia oral a líquidos y sólidos.																			
7.1.6	Ambulación sin dificultad.																			
7.1.7	Sonidos intestinales activos y canalizando gases.																			
7.1.8	Micción sin dificultad.																			
7.1.9	Si había incisión y esta está sin eritema, induración, edema, drenaje o dolor significativo.																			
7.1.10	La indicación de continuar la cobertura con antibióticos orales en casa es individualizada																			

Instrumentos para la vigilancia de la Atención de complicaciones neonatales

Instrumento para la verificación del cumplimiento del protocolo para la reanimación neonatal

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO PARA LA REANIMACION NEONATAL																				
REGIÓN SANITARIA:															MUNICIPIO:					
ESTABLECIMIENTO SALUD:															SECTOR: PÚBLICO: _____ NO PÚBLICO: _____					
EQUIPO EVALUADOR:															FECHA:					
CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1	EQUIPO BASICO Y SUMINISTROS NECESARIOS: Método de verificación revisión de kardex y control de equipo.																			
1.1	Equipo de aspiración:																			
1.1.1	Perilla de goma																			
1.1.2	Sondas de aspiración oro faríngea 6 french, 8 french, 10 french, 12 french y/o 14 french.																			
1.1.3	Sondas de aspiración por tubo endotraqueal 2, 2,5; 3; 3,5, 4 y 5 french.																			
1.1.4	Aspirador con manómetro de presión																			
1.1.5	Dispositivo adaptador para aspiración de meconio																			
1.2	Equipo de bolsa y mascara:																			
1.2.1	Bolsa de reanimación neonatal auto inflable, con reservorio o inflada por flujo, de tamaño entre 250 a 500 ml.																			
1.2.2	Mascarillas faciales de diferentes tamaños, para recién nacidos a término y recién nacidos pre término (de preferencia con borde acolchado).																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1.2.3	Fuente de oxígeno con flujómetro (flujo hasta de 10 Lts/min) y guías de oxígeno.																			
1.2.4	Mezclador de gases (Recomendado)																			
1.2.5	Oxímetro de pulso																			
1.3	Equipo de intubación																			
1.3.1	Laringoscopio con hojas rectas, Nº 00, 0 para recién nacidos pre término y Nº 1 para recién nacidos a término.																			
1.3.2	Juego extra de pilas (baterías) y focos para el laringoscopio.																			
1.3.3	Tubos endotraqueales 2.5, 3.0, 3.5 y 4.0 mm																			
1.3.4	Sujetadores de tubo endotraqueal																			
1.3.5	Tijeras																			
1.3.6	Cinta o esparadrapo para fijación de tubo endotraqueal.																			
1.3.7	Guía (conductor)																			
1.3.8	Estetoscopio																			
1.4	Medicamentos																			
1.4.1	Adrenalina 1:10,000																			
1.4.2	Hidrocloruro de naloxona																			
1.4.3	Solución Salina																			
1.4.4	Dextrosa al 10%																			
1.5	Otros materiales																			
1.5.1	Sonda oro gástrica 3.5 F, 4 F, 5 F, 6 F, 8 F y/o 10 F.																			
1.5.2	Guantes y protección personal adecuada (batas, gorros y mascarilla)																			
1.5.3	Bisturí o tijeras																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1.5.4	Gluconato de Clorhexidina																			
1.5.5	Cinta umbilical o gancho.																			
1.5.6	Catéteres umbilicales, 3.5 F y 5 F.																			
1.5.7	Llave de tres vías.																			
1.5.8	Jeringas de 1, 3, 5, 10, 20 y 50 ml.																			
1.5.9	Agujas № 19, 21 y 25.																			
1.5.10	Hilos seda (3-0)																			
1.5.11	Equipo de onfaloclisia o de cirugía menor básico, con campos estériles (que incluya gasas y torundas).																			
1.5.12	Cánulas orofaríngeas 0 y 2- 0																			
1.5.13	Mariposas no. 18 a 22																			
1.6	Misceláneos																			
1.6.1	Reloj de pared con segundero.																			
1.6.2	Estetoscopio																			
1.6.3	Cuna de calor radiante u otra fuente de calor con una base firme para la reanimación																			
1.6.4	Fuente de luz o adecuada iluminación																			
1.6.5	Infantómetro																			
1.6.6	Termómetro rectal																			
1.6.7	Balanza calibrada																			
1.6.8	Cinta métrica flexible y no extensible																			
1.6.9	Bombas de infusión continua																			
1.6.10	Incubadora de transporte a una temperatura de 34°C a 35°C idealmente con sensor a piel																			
1.6.11	Monitor de signos vitales																			
1.6.12	Toallas y paños secos calientes.																			
1.6.13	Bolsas o envolturas de plástico (recomendado para prematuros)																			
1.6.14	Lista de chequeo del equipo, materiales e insumos																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
2	PREPARATIVOS: Método de verificación expediente clínico																			
2.1	De forma periódica y sistemática (Cada turno): se comprueba el buen funcionamiento del equipo, se encienden las fuentes de calor y se precalientan toallas y sabanas que se utilizan																			
2.2	No se utiliza la valoración del Test de APGAR para decidir sobre: la necesidad de reanimación, qué pasos de reanimación son necesarios y las acciones apropiadas de reanimación.																			
2.3	Se identifican las características del Recién nacido para determinar la necesidad de reanimación: bradicardia, ausencia de respiración e hipotonía																			
2.4	Se evalúa la vitalidad del RN																			
3	REANIMACIÓN NEONATAL: Método de verificación expediente clínico																			
3.1	Vía aérea permeable: Pasos iniciales																			
3.1.1	Suministra de calor: Coloca al RN debajo de una lámpara de calor a 40-60 cm de altura del RN o incubadora de calor radiante, en caso de prematuros menores de 1500 g valore la utilización de bolsas plásticas, polipel; y deja al RN descubierto para observarlo																			
3.1.2	Posiciona al RN: Coloca al RN de espalda o de lado, con el cuello ligeramente extendido, esto alineará la faringe posterior con la laringe y la tráquea.																			
3.1.3	Despeja la vía aérea: Limpia la cara con paño o gasa seca y aspira la boca antes que la nariz, por los carrillos (no directamente a la faringe).																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
3.1.4	Seca y estimula: Da palmadas y golpes suaves en las plantas de los pies y Frota suavemente la espalda, el tronco o las extremidades																			
3.1.5	Evalúa signos de mejoría durante la reanimación: frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca FC > 100/mn: observación FC< 100/mn : continua con siguiente paso																			
3.2	Ventilación a Presión positiva																			
3.2.1	Selecciona el tamaño apropiado de la máscara (preferiblemente con bordes acolchados y de forma anatómica).																			
3.2.2	Se asegura de que la vía aérea esté permeable																			
3.2.3	Coloca la cabeza del RN en posición de olfateo.																			
3.2.4	Se coloca en una posición que pueda visualizar el movimiento del tórax.																			
3.2.5	Coloca la máscara sobre la cara sin presionar demasiado.																			
3.2.6	No deja descansar sus dedos o mano sobre los ojos																			
3.2.7	No presiona la tráquea																			
3.2.8	Hace un cierre hermético																			
3.2.9	Aplica una presión leve hacia abajo sobre el borde																			
3.2.10	Empuja suavemente la mandíbula hacia la máscara																			
3.2.11	Reconoce los signos de una ventilación adecuada: adecuada expansión torácica con cada ventilación asistida e inicio de la respiración y o mejoría en la frecuencia cardíaca, color y tono muscular																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
3.2.12	Si continúa con tono muscular pobre o no inicia respiración espontanea considera: lesión cerebral (hemorragia cerebral), acidosis metabólica severa o trastorno neuromuscular congénito																			
3.2.13	Coloca una sonda oro gástrica a los 2 minutos de iniciada la reanimación neonatal para evitar la distensión gástrica																			
3.2.14	Después de transcurridos 30 segundos de reanimación, evalúa la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardiaca y la saturación de oxígeno preductal																			
3.2.15	Si el RN respira, la frecuencia cardiaca es mayor de 100 latidos x minuto y la saturación de oxígeno dentro del rango esperado inicia cuidados de post-reanimación																			
3.2.16	Si el RN después de 30 segundos de ventilación a presión positiva No respira, la frecuencia cardiaca es menor de 60 latidos x min y la saturación de oxígeno no se encuentra en el rango adecuado inicia el siguiente paso de la reanimación																			
3.3	Masaje cardiaco																			
3.3.1	Dos personas para proporcionan el masaje cardiaco: Una para comprimir el tórax y la otra continua la ventilación a presión positiva																			
3.3.2	Se cumple con la técnica para dar masaje cardiaco: Coloca los dedos en el tercio inferior del esternón entre el apéndice xifoides y una línea imaginaria trazada entre los pezones; Presiona y deprime un																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
	tercio de diámetro anteroposterior del tórax y coordina el masaje cardiaco y la ventilación a presión positiva (Tres compresiones una ventilación)																			
3.3.3	Después de 30 segundos de masaje cardiaco y ventilación: si la frecuencia cardiaca es > 60/mn suspende el masaje y continua ventilación, si la frecuencia cardiaca es > 100/mn y recién nacido respira espontáneamente suspende la ventilación, si la frecuencia cardiaca es menor de 60 latidos/mn intuba, continua haciendo masaje cardiaco y administra adrenalina.																			
3.4	Intubación endotraqueal																			
3.4.1	Se toman en cuenta las consideraciones en qué casos realizar la intubación endotraqueal																			
3.4.2	Se cumple con la técnica requerida para realizar la intubación.																			
3.4.3	Se emplea la fórmula establecida para la profundidad de introducción de tubo endotraqueal de tamaño adecuado para la edad gestacional y peso.																			
3.5	Uso de fármacos																			
3.5.1	Inicia fármacos si transcurridos 30 segundos de reanimación con masaje cardiaco el RN no respira y la frecuencia cardiaca es menor de 60 latidos x min																			
3.5.2	Se usan las diluciones y vías de administración de la adrenalina, se recomienda diluir 1 ml de adrenalina (1: 1,000) en 9 ml de solución salina																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
	quedando una solución de 10 ml (1: 10,000)																			
3.5.3	Se indica naloxona en los RN que presentan depresión respiratoria, secundaria a uso de narcóticos (meperidina, Fentanil), en la madre en las últimas cuatro horas del trabajo de parto.																			
4	Indicaciones para expansores de volumen: Método de verificación expediente clínico																			
4.1	Indica la administración de expansores de volumen en RN que no responden a las maniobras de reanimación y se evidencia pérdida de sangre.																			
4.2	Se administra las soluciones recomendadas para el tratamiento de la hipovolemia.																			
4.3	Se administra sangre (O-) únicamente ante la evidencia de pérdida sanguínea																			
5	Indicaciones para corregir la acidosis metabólica severa: Método de verificación expediente clínico																			
5.1	Garantiza una adecuada ventilación para que sea posible la eliminación de CO2																			
5.2	Garantiza la adecuada perfusión sanguínea a los tejidos.																			
5.3	Administra Bicarbonato de Sodio de forma rutinaria únicamente en los casos que todas las medidas de reanimación han fallado																			
5.4	Si el RN no mejora, considera malformaciones de la vía aérea, problemas pulmonares (Neumotórax, hernia diafragmática, hipoplasia pulmonar y neumonía congénita) y enfermedad cardíaca congénita																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
6	Descontinuar la reanimación: Método de verificación expediente clínico																			
6.1	Descarta problemas agregados y considera descontinuar la reanimación, cuando el RN no presente frecuencia cardiaca después de 10 minutos.																			
6.2	Considera la contraindicación de la reanimación neonatal: neonatos con menos de 23 semanas de gestación, anencefalia, Trisomía 13 o 18 confirmada y Fetos con signos de muerte																			
7	Cuidados post reanimación: Método de verificación expediente clínico																			
7.1	Se aseguran los cuidados post reanimación al RN																			

Instrumento para la verificación del cumplimiento del protocolo para el manejo de la asfixia neonatal y la encefalopatía neonatal

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA ASFIXIA NEONATAL Y LA ENCEFALOPATÍA NEONATAL																				
REGIÓN SANITARIA:															MUNICIPIO:					
ESTABLECIMIENTO SALUD:															SECTOR: PÚBLICO: _____ NO PÚBLICO: _____					
EQUIPO EVALUADOR:															FECHA:					
CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1	MANEJO DE LA REANIMACION: Método de verificación expediente clínico																			
1.1	Inicia reanimación con aire ambiental y aumentando el FiO2 con el objetivo de mantener la saturación O2 pre ductal de acuerdo a los valores sugeridos.																			
1.2	Evita expansores de volumen, bolos de calcio o bicarbonato innecesarios (Justificar el uso).																			
1.3	Apaga el calor radiante y mantiene la Temperatura adecuada si la reanimación si se extiende por más de 5 minutos si APGAR persiste ≤ 3.																			
2	ASFIXIA NEONATAL CON ENCEFALOPATÍA HIPÓXICA LEVE: Método de verificación expediente clínico																			
2.1	Indica hospitalización por 24 - 48 horas cuidados intermedios, después de descartar complicaciones post-asfixia																			
2.2	MEDIDAS GENERALES																			
2.2.1	Hospitaliza en sala de neonatología y evalúa periódicamente en las primeras 6 horas																			
2.2.2	Coloca la cabeza del RN en línea media.																			
2.2.3	Coloca al RN en posición semifowler más rossiere.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
2.2.4	Consigna nada por boca por 24 horas con sonda oro gástrico abierta.																			
2.2.5	Inicia vía oral a las 24 horas de vida con leche materna si la condición clínica del neonato lo permite y vigila estrechamente su tolerancia.																			
2.2.6	Indica que la manipulación sea mínima y cuidadosa.																			
2.2.7	Indica control de la temperatura (36.5 - 37.5°C).																			
2.2.8	Monitorea signos vitales: FC, FR, T°, PA y saturación de O2 cada hora hasta estabilizarse y luego cada 4 horas según evolución.																			
2.3	Soporte Ventilatorio: monitorea la saturación de Oxígeno para valorar la necesidad de apoyo ventilatorio, evitando la utilización indiscriminada de oxígeno.																			
2.4	Mantiene pH entre 7.35 y 7.45 y CO2 35-45 mmHg., si cuenta con gases sanguíneos.																			
2.5	Soporte Hemodinámico: mantiene adecuada perfusión, balance hídrico cada 8 horas, mantiene presión arterial dentro de los límites normales.																			
2.6	Vigila que el RN mantenga una adecuada perfusión.																			
2.7	Vigila que el RN tenga un balance hídrico cada 8 horas.																			
2.8	Vigila que el RN mantenga la presión arterial dentro de los límites normales.																			
2.9	Manejo de líquidos y electrolitos:																			
2.9.1	Indica Restricción del aporte de líquidos intravenosos totales a 60 ml/kg/día																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
2.9.2	indica aporte de electrolitos basales																			
2.10	Soporte metabólico:																			
2.10.1	Vigila el estado acido base normal (Por medición de gases arteriales o clínica).																			
2.10.2	Vigila niveles de Glucosa entre 50-100 mg/dL.																			
2.10.3	Indica antibióticos si presenta factores de riesgo para Sepsis.																			
2.11	Indica exámenes de laboratorio:																			
2.11.1	Hemograma																			
2.11.2	Glicemia																			
2.11.3	Gases sanguíneos (si hay disponible).																			
2.11.4	Electrolitos plasmáticos: sodio, potasio, calcio.																			
2.11.5	CPK y/o CPKMB de ser posible																			
2.11.6	Pruebas de función renal: Creatinina, BUN.																			
2.11.7	Pruebas de función Hepática: TSGO, TSGP																			
2.11.8	Electroencefalograma.																			
2.11.9	Ultrasonido Transfontanelar.																			
3	ASFIXIA NEONATAL CON ENCEFALOPATÍA HIPÓXICA ISQUÉMICA (EHI) MODERADA Y SEVERA: Método de verificación expediente clínico																			
3.1	Acciones claves en las primeras 6 horas:																			
3.1.1	Identifica RN con agresión Hipóxico Isquémica.																			
3.1.2	Establece y gradúa el grado de Encefalopatía.																			
3.1.3	Controla los factores agravantes.																			
3.1.4	Inicia Hipotermia Pasiva en los Grados II y III.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
		3.1.5	Deriva a un hospital receptor con capacidad para el manejo integral con Hipotermia Activa (Valorar disponibilidad y accesibilidad).																	
3.2	Medidas Terapéuticas																			
3.2.1	Hospitalización en UCIN																			
3.2.2	Medidas Generales:																			
3.2.2.1	Coloca la cabeza línea media																			
3.2.2.2	Inicia la Hipotermia activa																			
3.2.2.3	Posición semifowler más rossiere.																			
3.2.2.4	Nada por boca 24 a 48 horas.																			
3.2.2.5	Inicia vía oral con leche materna si la condición clínica del neonato lo permite vigilando su tolerancia.																			
3.2.2.6	Sonda oro gástrico abierta si está en ayuno.																			
3.2.2.7	Manipulación mínima y cuidadosa.																			
3.2.2.8	Control continuo de la temperatura (33-34° C en la hipotermia corporal global y a 34-35 °C en la Hipotermia selectiva de la cabeza).																			
3.2.2.9	Monitoreo continuo de signos vitales: FC, FR, T° P/A y saturación de O2 y diuresis, documentando los valores cada hora en hoja de terapia.																			
3.2.2.10	Soporte Ventilatorio: Evita la utilización indiscriminada de oxígeno, empleando aportes de FiO2 necesaria.																			
3.2.3	Mantiene: pH entre 7.35 y 7.45 y CO2 35-45 mmHg, si se cuenta con Gases sanguíneos.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
3.2.4	Soporte hemodinámico:																			
3.2.4.1	Mantiene hematocrito mayor de 40 %.																			
3.2.4.2	Balance hídrico cada 8 horas.																			
3.2.4.3	Mantiene la presión arterial dentro de los límites normales para edad.																			
3.2.5	Manejo de líquidos y electrolitos:																			
3.2.5.1	Restringe aporte de líquidos intravenosos de 60 ml/kg/día para prevenir edema cerebral, síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética e insuficiencia renal aguda.																			
3.2.5.2	Aporte de electrolitos basales																			
3.2.6	Sedación, mientras se encuentra en terapia con Hipotermia activa y se evidencia discomfort.																			
3.2.7	Soporte metabólico:																			
3.2.7.1	Mantiene estado acido base normal.																			
3.2.7.2	Mantiene niveles de Glucosa entre 50-100 mg/dl.																			
3.2.8	Uso de antibióticos de primera línea (ver Protocolo de Sepsis)																			
3.2.9	Exámenes de laboratorio:																			
3.2.9.1	Hemograma																			
3.2.9.2	Glicemia																			
3.2.9.3	Gases sanguíneos, si hay disponible.																			
3.2.9.4	Electrolitos plasmáticos: sodio, potasio, calcio																			
3.2.9.5	Pruebas de función hepática: TSGO, TSGP, DHL, CPK (creatinfosfoquinasa)																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
3.2.9.6	Pruebas de función renal: Creatinina, BUN Uro análisis																			
3.2.9.7	Tiempos de Coagulación																			
3.2.10	Exámenes gabinete:																			
3.2.10.1	Rayos X de tórax.																			
3.2.10.2	Electroencefalograma.																			
3.2.10.3	Ecocardiograma.																			
3.2.10.4	Ultrasonido Transfontanelar.																			
3.2.10.5	Resonancia magnética de ser posible																			
4	MANEJO DE CONVULSIONES: Método de verificación expediente clínico																			
4.1	Primera Línea: Fenobarbital a 20 mg/kg/dosis en 20 minutos, Si vuelve a convulsionar, continúa con 10 mg/kg/dosis, hasta un total de 40 mg/kg/dosis en 24 horas de dosis de impregnación,12 horas después inicio dosis de mantenimiento de 3 a 5 mg/kg/día, dividido en dos dosis.																			
4.2	Segunda Línea: Si continúa convulsionando: indica Difenhidantoina (Fenitoína) a iguales dosis recomendadas para el fenobarbital.																			
4.3	Tercera línea: <u>Dosis de Levetiracetan:</u> 30 mg/kg /día con incrementos de hasta 60mg/kg/día y <u>Dosis de Lidocaína:</u> iv (Lidocaína, vial 1% 5 ml, 2% 2 ml, 5% 10 ml) 3 mg/kg en dosis única de entrada y mantenimiento 1-6 mg/kg/h.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
4.4	Cuarta línea: Induce anestesia general Pentotal, Pentobarbital o Tiobarbital, vial 0,5 g (3 mg/kg de entrada y mantenimiento 1-6 mg/kg/h) y Mantiene el tratamiento anticomicial de 3 a 6 semanas.																			
5	CRITERIOS PARA EL ALTA: Método de verificación expediente clínico																			
5.1	RN este en condición estable (sin signos de peligro)																			
5.2	Alimentándose exitosamente.																			
5.3	Madre con información y conocimiento de signos de peligro y con accesibilidad a una unidad de salud para su seguimiento.																			
5.4	Referencia preferiblemente al mismo Hospital o al ES en 48-72 horas.																			
5.5	Realización de exámenes especiales según condición del neonato:																			
5.5.1	Ultrasonido Transfontanelar																			
5.5.2	Electroencefalograma control																			
5.5.3	Resonancia Magnética																			
5.5.4	Potenciales auditivos evocados.																			
5.6	Educación a la madre sobre cuando llevar inmediatamente al RN al establecimiento de salud si presenta un signo de peligro.																			
5.7	RECOMENDACIONES GENERALES																			
5.7.1	Mantener abrigado al RN con ropa limpia y adecuada al clima, usar gorro y calcetines sobre todo en zonas frías.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
5.7.2	Alimentar con lactancia materna exclusiva a libre demanda (de 8 a 12 veces al día).																			
5.7.3	Bañar a diario con agua tibia y jabón, debe ser en forma rápida.																			
5.7.4	Mantener el cordón umbilical siempre limpio y seco.																			
5.8	Promover la asistencia al ES para la vigilancia del crecimiento y desarrollo.																			
5.9	Aplicación de vacunas según esquema nacional																			
5.10	Promover la asistencia a las reuniones mensuales de Atención Integral a la Niñez en la Comunidad.																			
6	SEGUIMIENTO: Método de verificación expediente clínico																			
6.1	Deriva a los Servicios de Neurología pediátrica y Medicina física y rehabilitación.																			

Instrumento para la verificación del cumplimiento del protocolo para la atención del recién nacido pre término

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO PRE TÉRMINO																				
REGIÓN SANITARIA:											MUNICIPIO:									
ESTABLECIMIENTO SALUD:											SECTOR: PÚBLICO: _____ NO PÚBLICO: _____									
EQUIPO EVALUADOR:											FECHA:									
CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1	EXAMEN FISICO: Método de verificación expediente clínico																			
1.1	Evalúa el APGAR																			
1.2	Toma de peso, talla, perímetro cefálico, torácico y abdominal																			
1.3	Toma de signos vitales																			
1.4	Test de Capurro (RN mayores de 29 SG) en las primeras 72 horas de vida.																			
1.4.1	Forma de la oreja																			
1.4.2	Tamaño de glandula mamaria																			
1.4.3	Formación del pezón																			
1.4.4	Textura de la piel																			
1.4.5	Pliegues plantares																			
1.5	Test de Ballard (RN menores de 29 SG) en las primeras 72 horas de vida.																			
1.5.1	Piel																			
1.5.2	Lanugo																			
1.5.3	Pliegue plantar																			
1.5.4	Mamas																			
1.5.5	Ojos/oreja																			
1.5.6	Genitales masculinos/femeninos																			
2	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS/ CLASIFICACION: Método de verificación expediente clínico																			
2.1	Valora y clasifica al RN prematuro de acuerdo a peso al nacer, edad gestacional o test que emplean criterios clínicos y/o neurológicos (Capurro y/o Ballard)																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
3	MEDIDAS TERAPÉUTICAS/SALA DE PARTO: Método de verificación expediente clínico																			
3.1	Realiza pinzamiento inmediato del cordón de umbilical.																			
3.2	Realiza ventilación no invasiva (en casos necesarios).																			
3.3	Da suplementación con oxígeno individualizada.																			
3.4	Asegura mantenimiento de una temperatura corporal adecuada a fin de evitar la hipertermia y / o hipotermia.																			
4	INDICACIONES DE INGRESO A SALA DE RN O UCIN: Método de verificación expediente clínico																			
4.1	Si la condición clínica no permite el inicio de vía oral, deja nada por boca con Sonda Oro gástrica. Si es posible inicia la estimulación trófica con aporte de 12 a 24 ml/Kg/día cada 3 horas.																			
4.2	Control de ingestas y excretas cada 8 horas.																			
4.3	Monitoreo de signos vitales cada hora hasta que se estabiliza y luego cada 4 horas hasta el egreso: FC, FR, pulso, P/A, T y saturación de oxígeno (se hace cada 15, cada hora y cada tres de acuerdo a evolución)																			
4.4	Evita la manipulación brusca innecesaria o ruidos fuertes y luces intensas y brillantes. (manipulación mínima y cuidadosa)																			
4.5	Evaluaciones por médico especialista, residente de pediatría, médico general, médico en servicio social o Medico Interno al menos cada 8 horas o las veces que sean necesarias según condición del neonato.																			
4.6	Prevención y control de infecciones.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
4.7	Indica exámenes de laboratorio:																			
4.7.1	Biometría hemática.																			
4.7.2	RPR.																			
4.7.3	Grupo sanguíneo.																			
4.7.4	Glicemia.																			
4.7.5	Electrolitos.																			
4.7.6	Test de sepsis si amerita.																			
4.8	Indica estudios de gabinete: RX de tórax y para todos los menores de 35 semanas se realiza ultrasonido Transfontanelar si la condición clínica lo amerita.																			
5	SOPORTE VENTILATORIO: Método de verificación expediente clínico																			
5.1	Realiza los ajustes pertinentes para mantener saturaciones de oxígeno entre 88% y 92%																			
5.2	Brinda asistencia ventilatoria y aplica surfactante en las primeras horas de vida según protocolo correspondiente, en presencia de síndrome de dificultad respiratoria (Enfermedad de Membrana Hialina).																			
6	MANEJO TERMICO: Método de verificación expediente clínico																			
6.1	Vigila principales complicaciones por hipotermia: Hipo actividad, Cianosis, Apneas, Bradicardia, Desarrollo o incremento de dificultad respiratoria, Hipoglicemia y Piel marmórea.																			
6.2	Aplica medidas inmediatas para evitar la hipotermia:																			
6.2.1	Indica no bañarlo el primer día.																			
6.2.2	Coloca a RN en incubadora (cerrada o con servo control).																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
6.2.3	Sí no cuenta con incubadora coloca al RN en bacinete bien abrigado bajo lámpara de calor utilizando todos los medios para conservarlo a temperatura óptima evitando las quemaduras en piel y el sobre calentamiento (Sí no cuenta con incubadora coloca al RN en bacinete bien abrigado bajo lámpara de calor (con las medidas de bioseguridad requeridas)																			
6.2.4	Introduce al RN, de ser necesario bolsas plásticas especiales (túnel plástico).																			
6.2.5	Toma de temperatura cada hora hasta que regula la Tº, y cuando se encuentra estable tomar cada 4 horas.																			
6.2.6	Administra oxígeno humidificado.																			
7	MANEJO DE LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS: Método de verificación expediente clínico																			
7.1	Evalúa la hidratación y aporte de líquidos.																			
7.2	Realiza balance hídrico diario.																			
7.3	Conoce valores de electrólitos séricos a las 24 horas de vida.																			
7.4	Vigila el peso corporal diario.																			
7.5	Vigila la presión arterial.																			
8	SOPORTE METABOLICO: Método de verificación expediente clínico																			
8.1	Mantiene los niveles de glucosa por encima de 45 mg/dl y menor de 120mg/dl																			
8.2	Manejo la Hipoglicemia neonatal transitoria:																			
8.2.1	Inicia alimentación temprana con leche materna si la condición del neonato lo permite, en los primeros 30 minutos de vida. En caso contrario administra líquidos intravenosos con aportes adecuados de glucosa.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
8.3	Vigila signos de hipoglicemia: Cambios en el nivel de conciencia: Irritabilidad, llanto anormal, letargia, estupor; Apatía, ligera hipotonía; Temblores; Pobre succión y alimentación, vómitos; Respiración irregular; Taquipnea; Apneas; Cianosis; Convulsiones, coma.																			
8.4	Manejo de Hipoglicemia Asintomática:																			
8.4.1	Valora administrar glucosa al 10% (10ml/kg) por vía oral cuando los niveles de glucosa están por debajo de 50 mg/dl.																			
8.4.2	Repite en 20-30 minutos el control de glicemia.																			
8.4.3	Indica glicemia por turno Si presenta signos de hipoglicemia se maneja de acuerdo a noma.																			
8.4.4	Emplea la vía parenteral, administrando glucosa al 10 % por vía intravenosa (IV) a dosis de 4-6, en RN que no toleran la vía oral o que los valores de glicemia son inferiores a 50 mg/dl.																			
8.4.5	Introduce progresivamente la alimentación enteral, y realiza controles periódicos de glicemia después de normalización de la misma.																			
8.5	Manejo de Hipoglicemia sintomática:																			
8.5.1	Administra glucosa en bolos a dosis de 2 ml/kg/IV de glucosa al 10% (200 mg/Kg/IV).																			
8.5.2	Deja de mantenimiento glucosa en perfusión continua a 6 a 8 mg/kg/min, tras la corrección rápida de la glicemia.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES														RESULTADO				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
8.5.3	Mide glicemia cada hora hasta que la glicemia se estabiliza en rangos normales. (y luego por turno)																			
8.5.4	Incrementa hasta 15 mg/kg/min (tope máximo 20 mg/kg/min) en función de los resultados de la glicemia.																			
8.5.5	Utiliza venas periféricas para infusión de glucosa. (u onfaloclis)is)																			
8.5.6	Vigila glicemia cada hora hasta que se haya estabilizado.																			
8.6	Manejo de Hipoglicemia persistente (si no se corrige la hipoglicemia en 7 días o si requiere un aporte de glucosa mayor de 12 mg/kg/minuto)																			
8.6.1	Glucagón: dosis es de 0,1 mg/kg/IM (máximo 1.0 mg)																			
8.6.2	Diazóxido: dosis de 10-15 mg/kg/día 3-4 dosis (dosis máxima es de 25 mg/kg/día).																			
8.6.3	Evalúa agregar diurético tipo hidroclorotiazida en terapias largas con Diazóxido.																			
8.6.4	En presencia de hiperglicemia (arriba de 125 mg/dl)																			
8.6.5	Disminuye el aporte de glucosa progresivamente de 2 mg/kg/minuto cada 4-6 horas hasta llegar a 2.5 mg/kg/min.																			
8.6.6	Monitorea periódicamente niveles de glicemia (por turno), con glucotest cada hora hasta lograr niveles óptimos de glucosa.																			
9	SOPORTE NUTRICIONAL: Método de verificación expediente clínico																			
9.1	Comienza con estimulación enteral trófica (12 a 24 ml/kg/d) entre las primeras horas de vida o, a más tardar, en los primeros 3 días tras nacimiento, con leche materna siempre que sea posible.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
9.2	Inicia infusión parenteral de aminoácidos en las primeras horas de vida a 3 g/Kg/día, aumentando a 4 g/Kg/día en una progresión de 0.5 a 1 g/Kg/día e inicia infusión de emulsión de lípidos entre 24 y 30 horas de vida comenzando con 0.5 – 1 g/Kg/día y avanza en la misma dosis hasta alcanzar 3 a 3.5 g/Kg/día y agregar aporte de MVI.																			
9.3	Monitorea los signos de intolerancia alimentaria, como ser:																			
9.3.1	Distensión abdominal																			
9.3.2	Vómitos																			
9.3.3	Aumento de los residuos gástricos.																			
9.4	Utiliza fortificadores de la leche humana y/o fórmulas para prematuros suplementadas con hierro lo antes posible.																			
9.5	Uso de Probióticos: De la preparación de 1onz, se sugiere una dosis de 1cc cada 12 horas por 4 a 6 semanas.																			
10	SOPORTE HEMODINÁMICO: Método de verificación expediente clínico																			
10.1	Procura realizar el pinzamiento oportuno en todo RN prematuro que no tenga compromiso neurológico ni respiratorio al momento del nacimiento.																			
10.2	Minimiza las extracciones innecesarias de sangre.																			
10.3	Contabiliza las transfusiones de glóbulos rojos concentrados (si) - Inicia suplementación de hierro 4 a 6 semanas después de la última transfusión.																			
10.4	Diagnostica estado de choque hipovolémico en base a los parámetros clínicos y de laboratorio siguientes:																			
10.4.1	Perfusión de la piel																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
10.4.2	Tiempo de llenado capilar > de 2 segundos (pulsos distales)																			
10.4.3	Frialdad distal																			
10.4.4	Palidez de piel y mucosas																			
10.4.5	Piel marmórea y fría																			
10.4.6	Turgencia de la piel (pliegue cutáneo)																			
10.4.7	Frecuencia cardiaca:																			
10.4.8	Taquicardia: mayor de 160 latidos por minuto																			
10.4.9	Bradycardia: menor de 120 latidos por minuto																			
10.4.10	Soplos cardiacos																			
10.4.11	Esfuerzo respiratorio:																			
10.4.12	Taquipnea: frecuencia respiratoria mayor de 60 respiraciones x min																			
10.4.13	Respiración irregular o apnea.																			
10.4.14	Presión sanguínea baja.																			
11	MANEJO INFECCIOSO: Método de verificación expediente clínico																			
11.1	En todo RN con sospecha de proceso infeccioso o con factores de riesgo para sepsis inicia cobertura antibiótica de primera línea, los prematuros con peso menor de 1,500 g se le agrega tratamiento profiláctico con Fluconazol, durante el tiempo de hospitalización.																			
11.2	Cambia la cobertura antibiótica basado en la evolución clínica y resultados de laboratorio del neonato.																			
12	INMUNIZACIONES: Método de verificación expediente clínico																			
12.1	Se indica vacunación definida en la norma del PAI considerando su edad cronológica.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
13	MÉTODO CANGURO, se aplica considerando:																			
13.1	Peso entre 1500 y 2000 g o peso menor con adecuada termoregulacion y succión																			
13.2	Temperatura axilar estable entre 36.5 y 37.5 ºc.																			
13.3	No presenta ninguna patología.																			
13.4	Adecuada coordinación succión-deglución																			
13.5	No tiene anemia grave.																			
13.6	Madre no presenta ninguna patología (neurológico, infecciosa, infecto contagiosa y adicciones).																			
13.7	La madre y el padre aceptan seguir el método y reciben por escrito las indicaciones por parte del personal de salud.																			
13.8	Realiza monitoreo del método Canguro																			
13.9	Brinda consejería a la madre, padre y familiares sobre el método canguro																			
14	CRITERIOS PARA EL ALTA: Método de verificación expediente clínico																			
14.1	Regulación de la temperatura.																			
14.2	Condición clínica estable (sin signos de peligro).																			
14.3	Hemoglobina mayor de 12 g/dL.																			
14.4	Alimentación por succión (sin sonda)																			
14.5	Ganancia de peso de 20 a 30 gramos por día corroborado por al menos tres días consecutivos,																			
14.6	Sin apnea por más de dos semanas.																			
14.7	Orientación a la madre sobre signos de peligro en el neonato y búsqueda de asistencia médica inmediatamente.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
14.8	Sulfato ferroso vía oral a partir de la segunda semana de vida con dosis de acuerdo a su peso. (en caso de ser necesario)																			
14.9	Vitamina D 400 UI/día vía oral.																			
14.10	Vitamina A: una dosis de 700 a 1500 UI/kg/d dependiendo del peso al nacer.																			
14.11	Vitamina E: aporte diario de 5–25 IU																			
14.12	Vitamina C: En aquellos RN alimentados por vía enteral recomienda un aporte entre 20 y 50 mg/ dL.																			
14.13	Teofilina: si se encuentra en tratamiento al momento del alta y si tiene menos de 34 semanas de edad corregida indica 2mg/kg/dosis vía oral cada 8-12 horas. (De ser necesaria).																			
15	SEGUIMIENTO (REALIZAR REFERENCIA): Método de verificación expediente clínico																			
15.1	Evaluación oftalmológica a las 6 semanas de vida (detección de retinopatía del prematuro).																			
15.2	Evaluación de otorrinolaringología (detección precoz de hipoacusia).																			
15.3	Valoración neurológica (haber realizado por lo menos un ultrasonido cerebral Transfontanelar de ser posible).																			
15.4	La primera atención de ser posible 24 horas posterior al alta, no debe demorar más de 1 semana.																			
15.5	El RN prematuro con método de madre canguro, recibe atención a las 24 horas del alta y luego semanalmente.																			
15.6	Citas para estimulación temprana o rehabilitación.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
15.7	Realiza controles de hematocrito y hemoglobina al mes, dos meses, seis meses y luego al año.																			
15.8	Evalúa el crecimiento y desarrollo en cada visita.																			
16	COMPLICACIONES: Método de verificación expediente clínico																			
	APNEA																			
16.1	Colocar en posición decúbito ventral																			
16.2	Cuando el neonato se recupera de inmediato se continúa con la investigación de la causa.																			
16.3	Si no hay respuesta: Verifica vía aérea:																			
16.4	De inmediato, verifica que la vía aérea esté permeable.																			
16.5	Aspira secreciones si es necesario																			
16.6	Mantiene la cabeza en ligera hiperextensión (posición de olfateo).																			
16.7	Si no hay respuesta: Oxigenoterapia																			
16.8	Inicia manejo farmacológico con metilxantinas.																			
16.8.1	Terapia de cafeína para el tratamiento de la apnea del prematuro ha sido bien establecida en los últimos años, Dosis alta: carga 40 mg / kg / día y el mantenimiento de 20 mg / kg / día) Dosis baja: carga 20 mg / kg / día y el mantenimiento de 10 mg / kg / día.																			
16.8.2	Aminofilina: De 6 a 8 mg/kg/dosis, IV (dosis de impregnación) luego, 1.5 a 3 mg/kg/dosis cada 8 horas (dosis de mantenimiento). Mantener valores terapéuticos entre 10 y 18 mg/dl. El tratamiento generalmente puede																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
	interrumpirse al llegar a las 37 semanas después de la concepción																			
16.8.3	Teofilina: Uso por vía oral y la dosis de impregnación y mantenimiento es la misma que para la Aminofilina.																			
16.9	ENTEROCOLITIS NECROZANTE (ECN)																			
16.9.1	Examen físico orientado a identificar: Distensión abdominal, Intolerancia al alimento, Vomito, Íleo y peristaltismo disminuido, Presencia de sangre en heces o Sangrado digestivo alto.																			
16.9.2	Cuando la enfermedad avanza se observa: Incremento de la distensión abdominal, Ascitis, Eritema de pared abdominal, cuando hay necrosis de intestino, Signos y síntomas inespecíficos y compatibles con Sepsis, Coloración verdosa de pared abdominal, cuando hay perforación intestinal o En RX de abdomen puede observarse gas libre sub diafragmático																			
16.10	Tratamiento																			
16.10.1	Nada por boca																			
16.10.2	Sonda oro gástrica a gravedad para mantener el estómago vacío																			
16.10.3	Signos vitales por turno, incluyendo PA																			
16.10.4	Líquidos por vía endovenosa.																			
16.10.5	Antibióticos (Sepsis neonatal)																			
16.10.6	Radiografía de abdomen idealmente de pié, de ser posible cada día, para vigilar la evolución																			
16.10.7	Mantener una saturación de oxígeno de 88 a 92%																			
16.10.8	Intervención quirúrgica en casos extremos.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
16.10.9	Aplica medidas de prevención para evitar Enterocolitis Necrozante.																			
16.10.10	Alimentación con leche materna iniciándola como estimulación trófica inicialmente, cuando se estabiliza, en las primeras horas de vida.																			
16.10.10.1	Inicio con 10-20 ml/kg/día si la condición clínica lo permite.																			
16.10.10.2	Incrementos según tolerancia.																			
16.10.10.3	Mide residuo gástrico en cada toma si su condición clínica lo amerita.																			
16.10.10.4	Vigila por: distensión abdominal, vómitos u otro.																			
16.10.10.5	Uso de Probióticos.																			
16.10.10.6	Reinicio la alimentación con leche materna preferiblemente, evitar: volumen de leche alto, osmolaridad y concentración elevada.																			

Instrumento para la verificación del cumplimiento del protocolo para el manejo de la sepsis neonatal

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA SEPSIS NEONATAL																				
REGIÓN SANITARIA:										MUNICIPIO:										
ESTABLECIMIENTO SALUD:										SECTOR: PÚBLICO: _____ NO PÚBLICO: _____										
EQUIPO EVALUADOR:										FECHA:										
CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1	DIAGNOSTICO: Método de verificación expediente clínico																			
1.1	Anamnesis: Reconocimiento de factores de riesgo, probables causas e identificación de signos de peligro.																			
2	CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN: Método de verificación expediente clínico																			
2.1	Criterios absolutos de ingreso																			
2.1.1	Recién nacidos sintomáticos.																			
2.1.2	RN asintomáticos con uno o más factores de riesgo materno mayores.																			
3	EVOLUCIÓN Y EVALUACIÓN CLÍNICA: Método de verificación expediente clínico																			
3.1	Evalúa las principales manifestaciones clínicas: generales, neurológicos, ojos, respiratorios, cardiovasculares y hemodinámicos; gastrointestinales, hepáticos y bazo; renales, piel y metabólicos.																			
4	EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE: Método de verificación expediente clínico																			
4.1	Hemograma																			
4.2	Proteína C Reactiva (PCR) a las 24 horas de vida																			
4.3	Hemocultivo.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
4.4	Indica otros exámenes según evolución clínica																			
4.4.1	PCR																			
4.4.2	Punción Lumbar (cito química, Gram y cultivo) (cuando hay sospecha de neuroinfección)																			
4.4.3	Rayos X de tórax																			
4.4.4	Glicemia																			
4.4.5	TP y TPT (en caso de ser necesario)																			
4.4.6	Electrolitos (en caso de ser necesario)																			
5	MEDIDAS TERAPÉUTICAS: Método de verificación expediente clínico																			
5.1	Recién nacido potencialmente séptico:																			
5.1.1	Ingreso a sala de recién nacidos																			
5.1.2	Inicia la vía oral con leche materna exclusiva por succión o de acuerdo a capacidad gástrica.																			
5.1.3	Monitorea signos vitales cada 4 horas: T, P, FR y FC																			
5.1.4	Inicia de terapia antibiótica empírica (de primera línea), luego de la toma de exámenes de laboratorio.																			
6	RECIÉN NACIDO CON SEPSIS NEONATAL: Método de verificación expediente clínico																			
6.1	Ingres a sala de recién nacidos o UCIN según condición clínica.																			
6.2	Decide el inicio de vía oral desde el primer día como estimulación trófica o alimentación enteral completa. Según la condición clínica, si está inestable indica nada por boca hasta lograr la estabilización del recién nacido, con sonda oro gástrica abierta.																			
6.3	Control de ingestas y excretas cada 8 horas.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
6.4	Monitorea signos vitales cada hora, hasta lograr la estabilización y luego cada 4 horas y Saturación de Oxígeno en caso de presentar dificultad respiratoria o cianosis al ingreso.																			
6.5	Toma exámenes de laboratorio y gabinete y sus controles según evolución del neonato.																			
6.6	Evaluaciones por médico especialista, residente o médico general, Médico en servicio social o médico Interno al menos cada 8 horas o las veces que sean necesarias según condición del neonato.																			
6.7	Manejo con antimicóticos de acuerdo al caso.																			
6.8	Según la condición del recién nacido brinda: soporte ventilatorio, hemodinámico, manejo de líquidos y electrolitos, soporte nutricional y metabólico.																			
7	USO DE ANTIBIÓTICOS: Método de verificación expediente clínico																			
7.1	Ampicilina + Gentamicina o Amikacina																			
7.2	Ampicilina /Sulbactam + Amikacina																			
7.3	Inicia segunda línea de tratamiento																			
7.3.1	Piperacilina / Tazobactam + Amikacina																			
7.3.2	Alternativa: Ceftazidime + Amikacina.																			
7.4	RN con sospecha de Sepsis Asociada a los Servicios de Salud (SASS) (Nosocomial)																			
7.4.1	Piperacilina/Tazobactam + Amikacina o Alternativa: Ceftazidime + Amikacina o Imipenem + Amikacina como esquema de rescate ante falta de respuesta a esquema previo. (Esquema de rescate)																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
7.5	Adecúa el tratamiento de acuerdo a los resultados del antibiograma																			
7.6	Usa de forma restringida la Vancomicina en caso de Cultivo positivo por S. aureus, S.Epidermidis resistente a oxacilina.																			
7.7	Verificar que no exceda los 10 días el esquema antibiótico con Amikacina.																			
8	USO DE ANTIMICÓTICOS: Método de verificación expediente clínico																			
8.1	Indica Fluconazol (antimicótico de primera línea)																			
8.1.1	Uso profiláctico																			
8.1.1.1	En neonatos con peso menor de 1500 g a una dosis de 3 mg/kg/d.																			
8.1.1.2	En niños con cirugía abdominal (Gastroquisis, Atresia de esófago).																			
8.1.2	Uso terapéutico																			
8.1.2.1	Duración de la terapia 15 días (mantiene como profilaxis si persisten factores de riesgo).																			
8.1.2.2	Dosis de carga: 12-25 mg/kg/dosis en infusión el primer día, Segundo día 16mg/kg/día.																			
8.1.2.3	Dosis de mantenimiento: 6-12 mg/kg/dosis diaria en infusión.																			
8.2	Uso terapéutico de antimicóticos de segunda línea (Caspofungina/Voriconazol/Anfotericina B).																			
8.2.1	RN con falla al tratamiento después de 5 días con Fluconazol ó Cultivo (+) en orina o sangre con Cándida sp o Cándida no albicans o Sospecha de micosis pulmonar.																			
8.2.2	Se registra dosis y vía de administración																			
9	SOPORTE VENTILATORIO: Método de verificación expediente clínico																			
9.1	Vigilar por agotamiento o fatiga respiratoria: Silverman- Andersen mayor de 5.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
9.2	Uso de ventilación mecánica de acuerdo a evolución y compromiso respiratorio y hemodinámico.																			
9.3	Refiere a un hospital de mayor complejidad, si no hay posibilidad de ventilación mecánica.																			
10	SOPORTE HEMODINÁMICO: Método de verificación expediente clínico																			
10.1	Suministra el soporte hemodinámico necesario, de forma que garantice al neonato una adecuada circulación, perfusión, oxigenación y volumen circulatorio, según su condición o la disponibilidad del hospital.																			
11	APORTE DE LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS: Método de verificación expediente clínico																			
11.1	Los líquidos de mantenimiento y aporte de electrolitos de acuerdo a la edad, condición clínica y evolución, realizando las modificaciones pertinentes.																			
12	SOPORTE NUTRICIONAL: Método de verificación expediente clínico																			
12.1	Suministra el soporte nutricional necesario según la condición de salud.																			
12.2	Da Leche materna para iniciar la estimulación enteral de inmediato cuando el neonato esta hemodinámicamente estable o no existe contraindicación, mediante: Succión espontánea o técnica de gavage o debito continuo.																			
12.3	Nutrición parenteral parcial o total, con los requerimientos metabólicos de acuerdo a su edad, patología y estado metabólico.																			
13	SOPORTE METABÓLICO: Método de verificación expediente clínico																			
13.1	Vigila que el pH se mantenga entre 7.35 - 7.45																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
13.2	Vigila que Glicemia se mantenga dentro de límites adecuados: 45 -120 mg/dl																			
14	VIGILANCIA DE SIGNOS DE ALARMA O COMPLICACIONES: Método de verificación expediente clínico																			
14.1	Taquipnea: frecuencia respiratoria mayor de 60 x min																			
14.2	Desaturación sostenida de oxígeno (Mantiene saturación entre 88-94%).																			
14.3	Llenado capilar mayor de 2 segundos.																			
14.4	Pulsos distales débiles																			
14.5	Frialdad distal																			
14.6	Disminución de la presión arterial (disminución de PAM).																			
14.7	Frecuencia cardiaca: menor de 120 y mayor de 160 latidos por minuto.																			
14.8	Flujo urinario: menor de 1 ml/kg/hr y mayor de 4 ml/kg/h																			
15	EVALUACIÓN Y MONITOREO: Método de verificación expediente clínico																			
15.1	Hizo evaluaciones y monitoreo continuo o al menos cada 15 minutos mientras el neonato está en choque y luego cada hora hasta lograr su estabilización: Evaluación del estado de vigilia, Temperatura, Pulso, Frecuencia cardiaca, Frecuencia respiratoria, Saturación de oxígeno, Presión arterial, Gasometría venosa o arterial de ser posible, Control de ingestas y excretas, Pulso periféricos y Llenado capilar.																			
16	MANEJO DEL CHOQUE SÉPTICO: Método de verificación expediente clínico																			
	Orienta el manejo a fin de mantener:																			
16.1	Mantiene una óptima ventilación: Saturación de oxígeno y ventilación adecuada																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
16.2	Mantiene un estado Hemodinámico: Llenado capilar menor de 2 segundos, Pulsos fuertes y extremidades calientes, Diuresis mayor de 1ml/kg/hr, Presión arterial dentro de valores de normalidad de acuerdo a edad y Frecuencia cardiaca entre 120 y 160 latidos por minuto.																			
16.3	Indica y cumple las medidas generales básicas: Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos o en área de paciente crítico.																			
16.4	Mantiene ambiente normo-térmico en incubadora abierta, cerrada o bacinete con temperatura ambiental, idealmente con servo control térmico para mantener la temperatura del RN entre 36.5 y 37 C.																			
16.5	Indica nada por boca hasta lograr la estabilización.																			
16.6	Coloca sonda orogástrica abierta.																			
16.7	Mantiene vía venosa permeable con Catéter umbilical o vena periférica.																			
16.8	Monitorea continuamente signos vitales o al menos cada 15 minutos hasta estabilizarlo, luego cada hora.																			
16.9	Control de ingestas, excretas cada hora hasta estabilizarlo.																			
16.10	Según la condición del RN puede requerir soporte ventilatorio, manejo de líquidos y electrolitos, soporte metabólico/nutricional, uso de antibióticos y antimicóticos y exámenes de laboratorio/gabinete.																			
16.11	Soporte hemodinámico																			
16.12	Balance hídrico cada 8 horas																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
17	SOPORTE HEMODINAMICO: Método de verificación expediente clínico																			
17.1	Mantiene un volumen circulatorio óptimo para una adecuada resucitación hídrica en la primera hora.																			
17.2	Indica sustancias inotrópicas y vaso activas para apoyo de corazón (dopamina, dobutamina, norepinefrina, adrenalina) que permita una perfusión adecuada.																			
17.3	Indica medidas orientadas a manejar el estado hemodinámico: Administra carga de Solución Salina Normal (SSN) a 10 ml/kg, pasar en 5-10 minutos, si no hay respuesta aplica hasta tres (3) cargas, valorando respuesta. El volumen total no debe exceder de 40 ml/kg.																			
17.4	Corrige agentes inotrópicos negativos: Hipotermia, Anemia, Hipoglucemia, Acidosis y Trastornos del calcio y el potasio.																			
17.5	Si no hay respuesta, continúa con: Uso de agentes inotrópicos y vasopresores IV Dopamina: 5 mcg/kg/min, con incrementos progresivos de 5 en 5 mcg/kg/min, cada 15 minutos, hasta llegar a 20 mcg/kg/min.																			
17.6	Si no hay respuesta, continúa con: Dobutamina: 5 mcg/kg/min, con incrementos progresivos de 5 en 5 mcg/kg/min, cada 15 minutos, hasta llegar a 20 mcg/kg/min.																			
17.7	Si no hay respuesta, continúa con: Adrenalina: 0.1-2 mcg/kg/min o Norepinefrina: 0.1-2 mcg/kg/min																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
17.8	Transfunde si hemoglobina es menor de 12 g/dL: Glóbulos rojos empacados, volumen calculado: 10 ml/kg/día, o por formula así: Htc ideal – Htc real x 80 x peso en Kg 55 (Htc de la bolsa) o Sangre completa el volumen a transfundir es de 20 ml/kg/día IV.																			
17.9	El volumen de glóbulos rojos a transfundir nunca debe ser superior a 20 ml/Kg/día, si fuera necesario más de esta cantidad de volumen transfunde fraccionado cada 12 horas.																			
17.10	Vigila el balance hídrico manteniendo un volumen urinario entre 1-4 ml/kg/hr.																			
18	USO DE ESTEROIDES: Método de verificación expediente clínico																			
18.1	Indica esteroides solo en estado refractario del choque: Hidrocortisona 1 mg/kg/dosis, cada 8 horas de acuerdo a respuesta terapéutica (aumento de la presión arterial media).																			
19	COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA: Método de verificación expediente clínico																			
19.1	Vigila por CID en base a los criterios de:																			
19.1.1	Tiempos de coagulación prolongados																			
19.1.2	Trombocitopenia: Plaquetas menores de 100.000 células/mm ³ .																			
19.1.3	Sangrado en sitio de venopunciones.																			
19.1.4	Sangrado por sitios de invasión (tubo endotraqueal).																			
19.1.5	Salida de material porraceo a través de la sonda oro gástrico.																			
19.1.6	Petequias.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
19.2	Inicia manejo terapéutico																			
19.2.1	Vitamina K: 1- 2 mg/día intravenoso por tres días.																			
19.2.2	Plasma fresco: 10 ml/kg cada 12-24 horas o Crioprecipitado: 10 ml/kg/ cada 12-24 horas.																			
19.3	Manejo profiláctico																			
19.3.1	Vitamina K: 1 mg/día intravenoso tres veces por semana, mientras el RN este en ayuno prolongado (más de 3 días).																			
20	RECOMENDACIONES Y CRITERIOS DE ALTA MÉDICA: Método de verificación expediente clínico																			
20.1	Neonato se encuentra estable por 48-72 horas.																			
20.2	Buena succión y alimentándose exitosamente al pecho materno.																			
20.3	Informa a la madre sobre signos de peligro, cuidados especiales y seguimiento en el establecimiento de salud de referencia.																			
20.4	Refiere preferiblemente a la consulta externa de pediatría o al establecimiento de Salud en 48-72 horas o antes si presenta algún signo de peligro.																			
20.5	Indica Lactancia materna exclusiva a libre demanda, no menos de 8 a 12 veces al día y que no pase más de 3 horas sin alimentarse.																			
20.6	Indica mantener el cordón umbilical siempre limpio y seco.																			
20.7	Interconsulta con Neurología, Oftalmología y audiología.																			
20.8	Vigilancia del crecimiento y desarrollo en el establecimiento de salud de referencia.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
20.9	Aplicación de vacunas según esquema nacional.																			
20.10	Promueve la asistencia a las reuniones mensuales de AIN-C.																			

Instrumentos para la vigilancia del Manejo inicial y referencia de complicaciones obstétricas y neonatales

Instrumento para la verificación del cumplimiento del protocolo para la estabilización y traslado de mujer con complicación o bstétrica por hemorragia en la segunda mitad del embarazo

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO PARA LA ESTABILIZACION Y TRASLADO DE MUJER CON COMPLICACION OBSTETRICA POR HEMORRAGIA EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO																				
REGIÓN SANITARIA:												MUNICIPIO:								
ESTABLECIMIENTO SALUD:												SECTOR: PÚBLICO: ____ NO PÚBLICO: ____								
EQUIPO EVALUADOR:												FECHA:								
CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1	Cualquier establecimiento de salud del primer nivel de atención realiza lo siguiente: Método de verificación expediente clínico																			
1.1	Canaliza una vena con catéter # 16 o 18																			
1.2	Infunde Lactato de Ringer																			
1.3	Aplica Traje Anti Shock si está disponible																			
1.4	Refiere lo más pronto posible al Hospital																			
3	CONDICIONES DE TRASLADO																			
3.1	CONDICIONES PARA REALIZAR LA REFERENCIA: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
3.2	Toda mujer que sea referida a un establecimiento del segundo nivel de atención debe ser enviada en las mejores condiciones posibles, cumpliendo con las siguientes disposiciones:																			
3.2.1	Explica claramente a la mujer y su familia el motivo del traslado.																			
3.2.2	Utiliza el instrumento de Referencia y Respuesta, menciona los hallazgos encontrados, el manejo que se dio mientras fue atendida en el establecimiento que refiere y explica claramente el motivo de la referencia																			
3.2.3	Personal de salud que esté capacitado acompaña para resolver situaciones que puedan presentarse durante el traslado																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
4	PERSONAL Y EQUIPAMIENTO PARA EL TRANSPORTE: Método de verificación revisión de																			
4.1	Personal cuenta con los conocimientos necesarios capacitado y calificado para la reanimación y la resolución de problemas que se pueden presentar durante el transporte.																			
4.2	No se cuenta con un medio de transporte adecuado (ambulancia), el traslado lo realiza con el medio que esté disponible, asegurando que el recién nacido sea transportado empleando la técnica canguro acompañado del personal de salud capacitado.																			
4.3	Dispone de Ambulancia, esta debe cumplir con las siguientes condiciones mínimas:																			
4.3.1	Sistema de Administración de Oxígeno con válvula reguladora.																			
4.3.2	Sistema de aspiración portátil																			
4.3.3	Líquidos endovenosos necesarios: Solución fisiológica 0,9%, dextrosa al 10%																			

Instrumento para la verificación del cumplimiento del protocolo para la estabilización y traslado de mujer con complicación obstétrica por hemorragia pos parto

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO PARA LA ESTABILIZACION Y TRASLADO DE MUJER CON COMPLICACION OBSTETRICA POR HEMORRAGIA POS PARTO																				
REGIÓN SANITARIA:													MUNICIPIO:							
ESTABLECIMIENTO SALUD:													SECTOR: PÚBLICO:___ NO PÚBLICO:___							
EQUIPO EVALUADOR:													FECHA:							
CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1	Cualquier establecimiento de salud del primer nivel de atención realiza lo siguiente: Método de verificación expediente clínico																			
1.1	Canaliza una vena con catéter # 16 o 18																			
1.2	Infunde Lactato de Ringer																			
1.3	Aplica Traje Anti Shock si está disponible																			
1.4	Refiera lo más pronto posible al Hospital																			
2	MUJER CON HEMORRAGIA																			
2.1	MEDIDAS TERAPEUTICAS: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
2.1.1	En establecimientos de salud del primer nivel tipos 1 y 2																			
2.1.2	Brinda manejo inicial y referencia de acuerdo a lo siguiente:																			
2.1.2.1	Extrae coágulos existentes en el canal vaginal.																			
2.1.2.2	Da masaje del útero																			
2.1.2.3	Canaliza dos venas con catéter # 16 o 18																			
2.1.2.4	Infunde soluciones cristaloides (Lactato de Ringer, Hartman)																			
2.1.2.5	Aplica uterotónicos: oxitocina por vía IM más 20 u de oxitocina en 500 ml de Solución Salina Normal o Hartman más Misoprostol por vía intrarectal (si está disponible)																			
2.1.2.6	Refiere lo más pronto posible al hospital																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
2.2	Establecimientos de salud del primer nivel de atención, complejidad tipo 3, que brindan CONE Pre básico																			
2.2.1	Activa el Código Rojo Obstétrico:																			
2.2.1.1	Diagnostica y clasifica shock por hemorragia obstétrica																			
2.2.1.2	Activar el equipo (Médico, profesional de enfermería, auxiliares de enfermería, motorista)																			
2.2.1.3	El recurso de mayor experiencia al canal del parto: diagnostica causa del sangrado usando el esquema de las "4T", da masaje uterino, extrae coágulos, cuantifica el sangrado, repara desgarros perineales si son la causa de la HPP.																			
2.2.1.4	Auxiliar de enfermería: toma signos vitales, canaliza dos vías con catéter #14-16, aplica oxitócicos, realiza prueba de formación de coagulo.																			
2.2.1.5	Otra auxiliar: asegura vía aérea, registra los eventos.																			
2.2.2	Aplica el ABCDE de la reanimación																			
2.2.2.1	Asegura vía área permeable																			
2.2.2.2	Asegura ventilación adecuada																			
2.2.2.3	Para el sangrado: canaliza 2 Accesos venosos con catéter y aplica traje anti shock si está disponible.																			
2.2.2.4	Realiza diagnósticos utilizando el esquema de las "4 T"																			
2.2.2.5	Evita hipotermia.																			
2.2.2.6	Refiere inmediatamente a la paciente al hospital con dos venas canalizadas, una con Lactato Ringer y la otra con infusión de Oxitocina (20 UI en 500 ml de SSN o Hartman a 20 gotas por minuto)																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
2.3	Establecimientos de salud del primer nivel de atención, complejidad tipo 3, que brindan CONE Básico																			
2.3.1	Activa Código Rojo Obstétrico																			
2.3.1.1	Diagnostica y clasifica shock por hemorragia obstétrica.																			
2.3.1.2	Activar el equipo (Médico, profesional de enfermería, auxiliares de enfermería, motorista).																			
2.3.1.3	Médico: diagnostica causa del sangrado usando el esquema de las "4T", da masaje uterino, extrae coágulos, cuantifica el sangrado, repara desgarros perineales si son la causa de la HPP, aplica Balón Hidrostático desde que hace el diagnóstico de hipotonía uterina, aplica el traje antishock (TAN) si está disponible.																			
2.3.1.4	Profesional: toma signos vitales, canaliza dos vías con catéter #14-16, aplica oxitócicos, realiza prueba de formación de coagulo.																			
2.3.1.5	Auxiliar de enfermería a la cabeza: asegura vía aérea, registra los eventos.																			
2.3.2	Aplica el ABCDE de la reanimación																			
2.3.2.1	Asegura vía área permeable																			
2.3.2.2	Asegura ventilación adecuada																			
2.3.2.3	Para el sangrado: 2 Accesos venosos con catéter; aplica cristaloides; aplica uterotónicos; aplica balón hidrostático y; aplica traje anti shock si está disponible																			
2.3.2.4	Realiza el Diagnóstico utilizando el esquema de las "4T"																			
2.3.2.5	Evita hipotermia																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
2.3.2.6	Refiere inmediatamente a la paciente al hospital con dos venas canalizadas, una con Lactato Ringer y la otra con infusión de Oxitocina.																			
3	CONDICIONES DE TRASLADO																			
3.1	CONDICIONES PARA REALIZAR LA REFERENCIA: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
3.2	Toda mujer que sea referida a un establecimiento del segundo nivel de atención debe ser enviada en las mejores condiciones posibles, cumpliendo con las siguientes disposiciones:																			
3.2.1	Explica claramente a la mujer y su familia el motivo del traslado.																			
3.2.2	Utiliza el instrumento de Referencia y Respuesta, mencionando los hallazgos encontrados, el manejo que se le dio mientras fue atendida en el establecimiento que refiere y explica claramente el motivo de la referencia.																			
3.2.3	Personal de salud que esté capacitado acompaña para resolver situaciones que puedan presentarse durante el traslado.																			
4	PERSONAL Y EQUIPAMIENTO PARA EL TRANSPORTE: Método de verificación revisión de																			
4.1.	Personal cuenta con los conocimientos necesarios, capacitado y calificado para la reanimación y la resolución de problemas que se pueden presentar durante el transporte.																			
4.2	No se cuenta con un medio de transporte adecuado (ambulancia), el traslado lo realiza con el medio que esté disponible, asegurando que el recién nacido sea transportado empleando la técnica canguro acompañado del personal de salud capacitado.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
4.3	Dispone de Ambulancia, esta debe cumplir con las siguientes condiciones mínimas:																			
4.3.1	Sistema de Administración de Oxígeno con válvula reguladora.																			
4.3.2	Sistema de aspiración portátil																			
4.3.3	Líquidos endovenosos necesarios: Solución fisiológica 0,9%, dextrosa al 10%																			

Instrumento para la verificación del cumplimiento del protocolo para la estabilización y traslado de mujer con complicación obstétrica por trastornos hipertensivos

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO PARA LA ESTABILIZACION Y TRASLADO DE MUJER CON COMPLICACION OBSTETRICA POR TRASTORNOS HIPERTENSIVOS																				
REGIÓN SANITARIA:															MUNICIPIO:					
ESTABLECIMIENTO SALUD:															SECTOR: PÚBLICO: ___ NO PÚBLICO: ___					
EQUIPO EVALUADOR:															FECHA:					
CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1	Cualquier establecimiento de salud del primer nivel de atención realiza lo siguiente: Método de verificación expediente clínico																			
1.1	Canaliza una vena con catéter # 16 o 18																			
1.2	Infunde Lactato de Ringer																			
1.3	Aplica Traje Anti Shock si está disponible																			
1.4	Refiere lo más pronto posible al Hospital																			
2	MUJER CON ECLAMPSIA																			
2.1	Aplica 4 grs de Sulfato Magnesio (SO4Mg) con cualquiera de los esquemas siguientes:																			
2.1.1	SO4Mg al 50% use la vía IM profunda, aplicar 2 grs en cada glúteo.																			
2.2.2	No cuenta con SO4Mg al 50%, debe colocar la dosis de carga con Sulfato de Magnesio al 10%, diluyendo 4 gramos en 100 cc de Solución Dextrosa a pasar en 20 minutos.																			
2.2	Si presenta convulsiones o si estas se repiten, administra 2g más de Sulfato de Magnesio																			
2.3	Verifica permeabilidad de las vías aéreas																			
2.4	Administra oxígeno a razón de 4 – 6 litros por minuto si el medio de transporte lo tiene disponible.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
2.7	Si la mujer tiene convulsiones en el ES o en el medio de transporte:																			
2.7.1	Coloca a la mujer sobre su costado izquierdo.																			
2.7.2	Protege a la mujer de lesiones, pero no intenta restringir sus movimientos.																			
2.7.3	Mantiene a la paciente bajo supervisión constante.																			
2.8	Refiere al hospital en las mejores condiciones																			
2.9	Asegura que se administra en el establecimiento de salud, alfametildopa a la dosis diaria adecuada a la embarazada, en caso de Hipertensión Arterial Crónica controlada.																			
3	CONDICIONES DE TRASLADO																			
3.1	CONDICIONES PARA REALIZAR LA REFERENCIA: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
3.2	Toda mujer que sea referida a un establecimiento del segundo nivel de atención debe ser enviada en las mejores condiciones posibles, cumpliendo con las siguientes disposiciones:																			
3.2.1	Explica claramente a la mujer y su familia el motivo del traslado.																			
3.2.2	Utiliza el instrumento de Referencia y Respuesta, mencionando los hallazgos encontrados, el manejo que se le dio mientras fue atendida en el establecimiento que refiere y explica claramente el motivo de la referencia.																			
3.2.3	Personal de salud que esté capacitado acompaña para resolver situaciones que puedan presentarse durante el traslado.																			
4	PERSONAL Y EQUIPAMIENTO PARA EL TRANSPORTE: Método de verificación revisión de																			
4.1.	Personal cuenta con los conocimientos necesarios capacitado y calificado para la reanimación y la resolución de problemas																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
	que se pueden presentar durante el transporte.																			
4.2	No se cuenta con un medio de transporte adecuado (ambulancia), el traslado lo realiza con el medio que esté disponible, asegurando que el recién nacido sea transportado empleando la técnica canguro acompañado del personal de salud capacitado.																			
4.3	Dispone de Ambulancia, esta debe cumplir con las siguientes condiciones mínimas:																			
4.3.1	Sistema de Administración de Oxígeno con válvula reguladora.																			
4.3.2	Sistema de aspiración portátil																			
4.3.3	Líquidos endovenosos necesarios: Solución fisiológica 0,9%, dextrosa al 10%																			

Instrumento para la verificación del cumplimiento del protocolo para la estabilización y traslado de mujer con complicación obstétrica por fiebre puerperal

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO PARA LA ESTABILIZACION Y TRASLADO DE MUJER CON COMPLICACION OBSTETRICA POR FIEBRE PUERPERAL																				
REGIÓN SANITARIA:															MUNICIPIO:					
ESTABLECIMIENTO SALUD:															SECTOR: PÚBLICO: ____ NO PÚBLICO: ____					
EQUIPO EVALUADOR:															FECHA:					
CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1	Cualquier establecimiento de salud del primer nivel de atención realiza lo siguiente: Método de verificación expediente clínico																			
1.1	Canaliza una vena con catéter # 16 o 18																			
1.2	Infunde Lactato de Ringer																			
1.3	Aplica Traje Anti Shock si está disponible																			
1.4	Refiera lo más pronto posible al Hospital																			
2	Medidas preventivas																			
2.1	Reducir número de tactos vaginales.																			
2.2	Respetar reglas de asepsia y antisepsia.																			
2.3	Profilaxis antibiótica en RPM.																			
2.4	Profilaxis antibiótica en cesárea																			
3	MEDIDAS TERAPÉUTICAS																			
3.1	El personal calificado de los servicios de salud del primer nivel de atención al identificar a una mujer puérpera con mastitis o infección de herida quirúrgica sin supuración ni dehiscencia brindará la atención siguiente:																			
3.1.1	Indicará esquema de antibióticos disponibles en el establecimiento de salud																			
3.1.2	Cita en dos días para evaluar evolución																			
3.1.3	Continuar antibióticos iniciados si la respuesta es buena																			
3.1.4	Referir a establecimiento de segundo nivel si la respuesta no es buena																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
3.2	El personal calificado de los servicios de salud del primer nivel de atención al identificar a una mujer puérpera con infección o sepsis puerperal diferentes a las mencionadas en el inciso anterior brindará la atención siguiente:																			
3.2.1	Aplicar la dosis inicial de esquema de antibióticos disponibles en el ES																			
3.2.2	Referir al hospital más cercano para tratamiento definitivo																			
4	CONDICIONES DE TRASLADO																			
4.1	CONDICIONES PARA REALIZAR LA REFERENCIA: Método de verificación revisión de expediente clínico																			
4.2	Toda mujer que sea referida a un establecimiento del segundo nivel de atención debe ser enviada en las mejores condiciones posibles, cumpliendo con las siguientes disposiciones:																			
4.2.1	Explica claramente a la mujer y su familia el motivo del traslado.																			
4.2.2	Utiliza el instrumento de Referencia y Respuesta, mencionando los hallazgos encontrados, el manejo que se le dio mientras fue atendida en el establecimiento que refiere y explica claramente el motivo de la referencia																			
4.2.3	Personal de salud que esté capacitado acompaña para resolver situaciones que puedan presentarse durante el traslado																			

Instrumento para la verificación del cumplimiento del protocolo para la estabilización y traslado del recién nacido en estado crítico

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO PARA LA ESTABILIZACION Y TRASLADO DEL RECIEN NACIDO EN ESTADO CRITICO																				
REGIÓN SANITARIA:															MUNICIPIO:					
ESTABLECIMIENTO SALUD:															SECTOR: PÚBLICO: ____ NO PÚBLICO: ____					
EQUIPO EVALUADOR:															FECHA:					
CALIFICACION										1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica										
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
1	IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE PELIGRO: Método de verificación: Revisión de expedientes y copia de hoja de referencia																			
1.1	Identifica deficiencia en el aporte de oxígeno.																			
2	ESTABILIZACIÓN PREVIA AL TRANSPORTE: Método de verificación: Revisión de expedientes y copia de hoja de referencia																			
2.1	Identifica signos de peligro establecidos en los protocolos de atención del recién nacido y/o el manual de procedimientos de atención integral a la niñez.																			
2.2	Brinda manejo inicial y realiza el traslado a un ES de mayor complejidad siempre y cuando no puedan manejarse en el ES emisor.																			
3	ESTABILIZACIÓN DURANTE EL TRANSPORTE: Método de verificación: Revisión de expedientes y copia de hoja de referencia																			
3.1	Estabilización térmica																			
3.1.1	Evita el enfriamiento o pérdida de calor y mantiene la temperatura alrededor de 36.5-37.5 °C (seco y abrigado).																			
3.1.2	Se utiliza la técnica canguro como alternativa eficaz para el traslado del RN con signos de peligro, que necesita ser referida al hospital.																			
3.2	Estabilización hemodinámica																			
3.2.1	Realiza monitoreo continuo de los signos vitales.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	0	N/A	%
		3.2.2	Continua administrando drogas vaso activas durante el traslado (si se iniciaron).																	
3.2.3	Asegura una vía venosa permeable y la administración de líquidos intravenosos si no tolera la vía oral.																			
3.3	Estabilización ventilatoria																			
3.3.1	Asegura vía aérea permeable, con una posición adecuada de olfateo.																			
3.3.2	Asegura en su posición el intubado endotraqueal durante el traslado (si fuese el caso).																			
3.3.3	Asegura el suministro de Oxígeno, durante todo el traslado (en caso de necesidad).																			
3.3.4	Coordina con el ES receptor que tengan preparados y disponibles el material de intubación y de toracotomía.																			
3.4	Estabilidad metabólica																			
3.4.1	Administra líquidos endovenosos (idealmente en bomba de infusión).																			
4	APOYO CARDIOCIRCULATORIO: Método de verificación: Revisión de expedientes y copia de hoja de referencia																			
4.1	Realiza maniobras de reanimación en caso de paro cardiorrespiratorio.																			
5	ANTIBIOTICOS: Método de verificación: Método de verificación: Revisión de expedientes y copia de hoja de referencia																			
5.1	Asegura la aplicación de la primera dosis de antibióticos en base al esquema de primera línea (si la causa del traslado está relacionada con proceso infeccioso).																			
6	PROGRAMA STABLE: Método de verificación: Revisión de expedientes y copia de hoja de referencia																			
6.1	Aplica el Programa STABLE enfocado exclusivamente en la estabilización post resucitación y pre transporte de los neonatos enfermos:																			
6.1.1	Glucosa y Cuidado Seguro																			
6.1.2	Temperatura																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
																	1	0	N/A	%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
6.1.3	Respiración artificial																			
6.1.4	Presión arterial																			
6.1.5	Exámenes de laboratorio																			
6.1.6	Soporte emocional																			
7	COMUNICACIÓN CON EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR: Método de verificación: Revisión de expedientes y copia de hoja de referencia																			
7.1	Establece comunicación vía telefónica con el jefe del servicio de salud receptor para informarle de los detalles perinatales del caso clínico y las condiciones mórbidas del RN.																			
8	HOJA DE REFERENCIA: Método de verificación: Revisión de expedientes, copia de hoja de referencia o reporte de incidencia durante el traslado inclusive reporte de mortalidad.																			
8.1	Usa la hoja de referencia oficial que recolecta los datos perinatales y asistenciales del RN.																			
8.2	Informa a los padres o familiares sobre la situación de salud del neonato y la necesidad de traslado; y les facilita información del ES receptor.																			
8.3	Se responsabiliza del RN el ES emisor durante el transporte y es compartida durante la estabilización al llegar al hospital receptor.																			
9	PERSONAL Y EQUIPAMIENTO PARA EL TRANSPORTE: Método de verificación: Informes de capacitación, bitácora de ambulancia y acta de licenciamiento.																			
9.1	El personal encargado de realizar el transporte cuenta con los conocimientos necesarios capacitado y calificado para la reanimación y la resolución de problemas que se pueden presentar durante el transporte.																			

CALIFICACION		1: Cumple 0: No cumple N/A: No aplica																		
ITEM	CRITERIOS A VERIFICAR	NUMEROS DE EXPEDIENTES															RESULTADO			
																	1	0	N/A	%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
9.2	Si no se cuenta con un medio de transporte adecuado (ambulancia), el traslado se realiza con el medio que esté disponible.																			
9.3	Si se dispone de ambulancia, cumple con los criterios y/o estándares de licenciamiento.																			
10	DECISIONES ÉTICAS: Revisión de expedientes																			
10.1	Ofrece medidas paliativas al RN y sus familiares cuando exista riesgo de muerte inminente y su traslado a otra unidad de mayor complejidad no signifiquen posibilidad de mejoría.																			

Este documento se elaboró bajo la conducción de la Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo de la Secretaría de Salud de Honduras, con la colaboración técnica y financiera de la Organización Panamericana de la Salud.

Equipo conductor

Dra. Ángela Ochoa, DASP/DGVMN/SESAL

Licda. Anna Reyes, DASP/DGVMN/SESAL

Dra. Vera Acosta, DASP/DGVMN/SESAL

Dr. Wiston Mejía, DASP/DGVMN/SESAL

Dr. Pedro Córdova, DASP/DGVMN/SESAL

Abogada Karen Osorio, DASP/DGVMN/SESAL

Abogada Marleny Padilla, DASP/DGVMN/SESAL

Dra. Rosario Cabañas, DGN/SESAL

Licda. Telma Romero, DAP/ DGN/SESAL

Licda. Elizabeth Sánchez, CUVNAP- RM/SESAL

Dra. Nelly Muñoz, RFM/SESAL

Licda. Rosa Marlen Flores, DPNA/DGRISS/SESAL

Licda. Lilian Guevara, DPNA/DGRISS/SESAL

Dra. Roxana Agilar, DGC/DGRISS /SESAL

Dra. Eva María Chacón, DGC/DGRISS/SESAL

Licda. Nora Idalia, DSSNA/DGRISS/SESAL

Licda. Elena Rebeca Martínez, DSSNA/DGRISS/SESAL

Licda. Dora Lizeth Pineda, UGD/ DGRISS/SESAL

Licda. Dinora Alvarado, UPEG/SESAL

Organización Panamericana de la Salud

Dra. Irma Mendoza, Consultora OPS/OMS-Honduras

Dr. Leonardo Contreras, Asesor en salud materna OPS/OMS-Honduras

Validación Técnica

Dra. Marcela Orellana, DASP/DGVMN/SESAL

Dra. Marcela García, DGN/SESAL

Dr. Mario Rolando Ramírez, CUVNAP-RFM/SESAL

Licda. Johana Eliza Calix, HGSF

Licda. Yolanda Aracely Martínez, HGSF

Licda. Berta Alicia Escobar, HGSF

Licda. Dania Paz, IHSS

Licda. Kenia Tom, UCIP-IHSS

Licda. Águeda de Jesús Sánchez, IHSS

Dra. Lucia Sarmientos, GO-IHSS

Licda. Lesby Karina Ramos, HEU

Licda. Mery Valle Matamoros, HEU

Validación Operativa

Hospital Dr. Roberto Suazo Córdova, La Paz, la Paz

Dr. Gunther Wilhen Torres, Director

Dr. Joel Castillo, Ginecobstetra

Dra. Nicol Manueles, Ginecobstetra

Dr. Mairena Escobar, Pediatra

Licda. Cintia Reyes, Enfermera de Pediatría

Licda. Nelly Rueda, Ginecobstetricia

Hospital San Francisco, Juticalpa, Olancho

Dra. Ligia Umaña, Sub Directora

Dra. Ana Gloria Ramos, Pediatra

Licda. Gloria Santos, Enfermera de Neonatología

Dr. Luamme Canales, Ginecobstetra

Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Cortes

Dra. Iris Yolanda Calix, Ginecobstetra

Licda. Yamileth Álvarez Ramos, Enfermera de maternidad

Dr. Armando Abraan, Ginecobstetra

Dra. Varela Luque, Ginecobstetra

Dra. Wendy Victoria Urquía, Jefa bloque GO

Licda. Rosa Arzú Villatoro, Enfermera de labor y parto

OPS



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**