

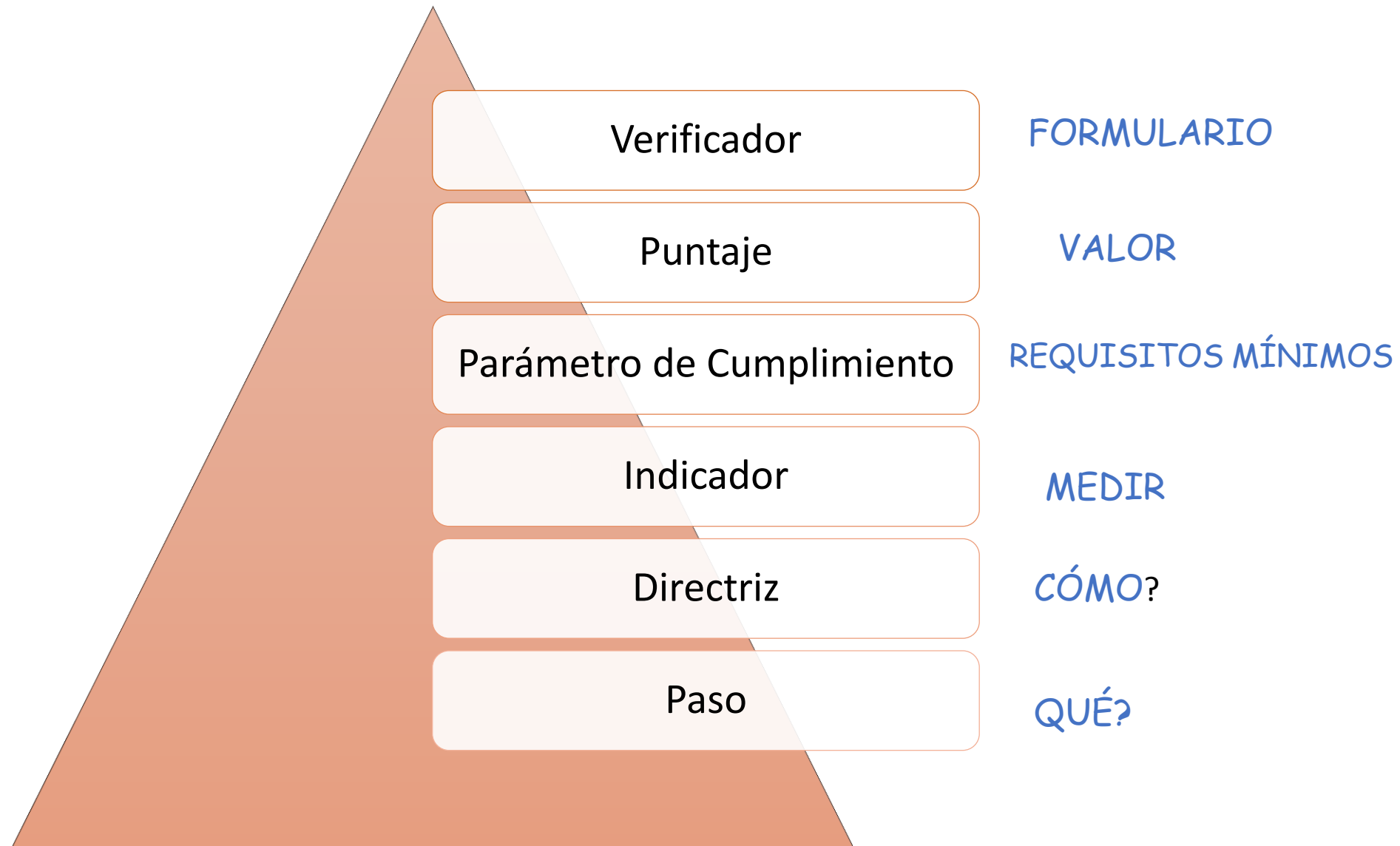
Formularios para la evaluación interna y externa ESAMyN

- Dra. Jakeline Calle Roldán
- Junio 2022



Contenido

- Formulario 4: Formulario de encuesta para mujeres en el postparto
- Formulario 5A: Encuesta para el personal de salud en contacto con la madre
- Formulario 5B: Encuesta para personal sin contacto directo con madres
- Formulario 6: Revisión de historias clínicas de embarazadas y mujeres en el postparto



PASO (QUÉ)	DIRECTRIZ (CÓMO)	PARAMETRO	VERIFICADOR
Cumplir con la norma de educación prenatal vigente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacitar en la norma de educación prenatal ✓ Adecuar un espacio con equipamiento para realizar las sesiones 	80% de los profesionales de salud que brindan atención materna se encuentran capacitados en la norma ESAMyN	R.2.a EP5A
Brindar atención respetuosa de la maternidad a todas las mujeres manteniendo su dignidad, privacidad y confidencialidad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ofrecer a las mujeres la opción de usar su propia ropa ✓ Permitir a las mujeres que puedan ingerir líquidos o alimentos ligeros 	80% de mujeres encuestadas refieren que se les ofreció la opción de usar su propia ropa para que se sienta cómoda, mantenga su privacidad y respete su dignidad	P.6.a EM
Fortalecer las capacidades del manejo de las emergencias obstétricas y neonatales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacitar a los profesionales de salud en emergencias obstétricas 	100% de los profesionales de salud del área obstétrica capacitado en el manejo estandarizado de complicaciones que amenazan la vida de la madre y recién nacido	P.12.a EP

Formulario 04: Encuesta para mujeres en el postparto



04 Formulario de encuesta para mujeres en el posparto

04 Formulario de encuesta para mujeres en el posparto

Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMYN)

Estimada Señora:

Como una iniciativa para mejorar la atención a las madres y recién nacidos, así como promover y proteger la lactancia materna, es importante conocer su experiencia en este establecimiento de salud, por lo que le pedimos su autorización para participar a través de una encuesta. La información que Usted nos proporcione será de carácter estrictamente confidencial y anónimo.

¿Desea participar?

ZONA:		DISTRITO:		NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (ES):	
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ES:				UNICÓDIGO	
FECHA:	(dd)	(mm)	(aaaa)	NOMBRE DEL EVALUADOR/A:	

A. Datos generales

1. El parto fue:	Vaginal <input type="checkbox"/>	Cesárea <input type="checkbox"/>
	Expulsivo <input type="checkbox"/>	
2. Su bebé nació:	A término <input type="checkbox"/>	Prematuro <input type="checkbox"/>
3. ¿El bebé se encuentra en neonatología?	Si <input type="checkbox"/> <u>Si es que sí, llenar incluso la sección D</u>	
4. ¿En qué fecha nació su bebé?	(dd)	(mm)
	(aaaa)	
5. Lugar donde se realiza la entrevista:	a) Consulta externa <input type="checkbox"/> b) Neonatología <input type="checkbox"/>	c) Sala de parto o recuperación <input type="checkbox"/> d) Hospitalización <input type="checkbox"/>

Se escogerá mujeres en las que transcurrió más de 6 horas de posparto o que estén con indicaciones de alta.

Componente parto y posparto

Marque con una "X"

VERIF	Pregunta	Respuestas		
P.5.a.1 EM	6. El personal de salud le permitió estar acompañada por una persona de su elección durante el trabajo de parto.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Observaciones:
P.5.a.2 EM	7. El personal de salud le permitió estar acompañada por una persona de su elección durante el parto (Vaginal o cesárea).	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Observaciones:

Se informa y se solicita autorización a la paciente

MUESTRA

P.5.a.3 EM	8. El personal de salud le permitió estar acompañada por una persona de su elección al menos dos horas en el posparto.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> En caso de existir condiciones que estén clínicamente justificadas.
P.6.a EM	9. El personal de salud le ofreció la opción de usar su propia ropa para que se sienta cómoda y mantenga su privacidad en el establecimiento de salud.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> En caso de existir condiciones que estén clínicamente justificadas.
P.6.b EM	10. El personal de salud le permitió ingerir líquidos o alimentos ligeros en el trabajo de parto.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> En caso de existir condiciones que estén clínicamente justificadas.
P.7.a EM	11. ¿Le alentaron a moverse o caminar durante el trabajo de parto? <i>No aplica en parto expulsivo o que exista una restricción que esté clínicamente justificada).</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> En parto expulsivo exista una restricción que esté clínicamente justificada.
P.7.b EM	12. ¿Pudo elegir la posición para el parto? <i>(No aplica en parto expulsivo, ni en parto por cesárea)</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> No aplica en parto expulsivo, ni en parto por cesárea o si existe una restricción que está clínicamente justificada.
P.10.b EM	13. ¿Le pusieron al bebé en su pecho inmediatamente después del nacimiento, por lo menos una hora y su bebé lactó en este tiempo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> (cuando existió una restricción específica por el estado de salud de la madre y/o del recién nacido)
P.14.a EM	14. El personal de salud le ha asesorado sobre métodos anticonceptivos después del parto. ¿En qué métodos le han asesorado? (Mencionar y marcar las opciones. Se puede seleccionar más de uno)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

3 PREGUNTAS DE
ACOMPañAMIENTO

No aplica/ NO perjudica
la calificación

Menos de una hora se
califica como negativo

		a) Condón femenino <input type="checkbox"/> b) Condón masculino <input type="checkbox"/> c) Implantes <input type="checkbox"/> d) Pastillas <input type="checkbox"/> e) DIU – (T de cobre) <input type="checkbox"/> f) Vasectomía <input type="checkbox"/> g) Ligadura <input type="checkbox"/> <i>(Por lo menos debe mencionar cinco de las opciones.)</i>		
P.14.b EM	15. El establecimiento de salud le entregó algún método anticonceptivo.	Sí <input type="checkbox"/> ¿Qué métodos le entregaron? <i>(Mencionar y marcar las opciones. Se puede seleccionar más de uno)</i> a) Barrera (preservativos femeninos o masculinos) <input type="checkbox"/> b) Hormonales (implantes o pastillas vía oral) <input type="checkbox"/> c) DIU – T de cobre <input type="checkbox"/> d) Definitivos (vasectomía o ligadura) <input type="checkbox"/> e) Ninguno <input type="checkbox"/> <i>(Si no menciona ninguno, se marca no)</i>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
P.14.c.1 EM	16. ¿Conoce los signos de alarma del recién nacido, por los cuales debe consultar al establecimiento de salud más cercano?	Sí <input type="checkbox"/> ¿Puede mencionar 2 signos de peligro? <i>(Esperar explicación de la madre, se puede seleccionar más de uno)</i> a) Cambio de coloración de la piel <input type="checkbox"/> b) Dificultad para alimentarse <input type="checkbox"/> c) Fiebre <input type="checkbox"/> d) Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> e) Tieso o ataques <input type="checkbox"/> f) Debilidad <input type="checkbox"/> <i>(Si no menciona 2 signos se marca "No")</i>	No <input type="checkbox"/>	
P.14.c.2	17. ¿Conoce los signos de alarma para usted después del parto?	Sí <input type="checkbox"/> ¿Puede mencionar 2 signos de peligro? <i>(Esperar explicación de la madre. Se puede seleccionar más de uno)</i> a) Sangrado b) Secreción	No <input type="checkbox"/>	

		c) Fiebre d) Dolor de barriga e) Visión borrosa <i>(Si no menciona 2 signos se marca "No")</i>		
P.14.d EM	18. ¿Le informaron si tiene una cita o una hoja de referencia para acudir al control de salud para usted y su bebé en los siete días posparto?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
B. En caso de hospitalización del neonato				
P.13.a EM	19. En caso de hospitalización del neonato: ¿Tiene libre acceso durante las 24h del día al servicio de neonatología? <i>No existen restricciones de acceso justificado a la madre a excepción de los momentos en los cuales se realizan procedimientos médicos al neonato. La unidad debe tomar en cuenta las prevenciones de acceso necesarias.</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
P.13.b EM	20. En caso de hospitalización del neonato: ¿el personal de salud permitió acceso al padre o a un familiar a la unidad de neonatología al menos una vez al día? <i>No existen restricciones de acceso justificado al padre o familiar a excepción de los momentos en los cuales se realizan procedimientos médicos al neonato. La unidad debe tomar en cuenta las prevenciones de acceso necesarias.</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
P.13.c EM	21. ¿Recibe información sobre la evolución de su bebé cada vez que lo solicita?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
L.15.b EM	22. El personal de salud le ha ayudado en la primera y segunda hora a extraer leche materna para alimentar a su bebé?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <i>Complicaciones en el parto</i>
C. Componente Lactancia materna (LM)				
L.15.a EM	23. ¿En las horas posteriores al parto, algún profesional de la salud le prestó ayuda con la lactancia materna?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>

L.16.a EM	<p>24. ¿Podría indicarme si su recién nacido ha recibido exclusivamente leche materna desde que nació? (neonatos prematuros y a término)</p> <p><i>Si la madre está junto al recién nacido, hay que preguntar si le ha dado sólo leche materna.</i></p> <p><i>Si la madre tiene al recién nacido en las unidades de neonatología se debe preguntar si ha recibido leche materna de la madre o también del banco de leche.</i></p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p><i>(si existe explicación médica justificada, marca "Si", obtiene el puntaje total)</i></p>	<p>No aplica <input type="checkbox"/></p>
L.17.a EM	<p>25. ¿Permaneció con su recién nacido en la misma habitación desde el nacimiento y no han sido separados por más de una hora?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No aplica <input type="checkbox"/></p>
L.18.a EM	<p>26. ¿Le informaron en el establecimiento lo que es la lactancia a libre demanda?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No aplica <input type="checkbox"/></p>
L.18.b EM	<p>27. ¿Puede reconocer cuándo su recién nacido está con hambre?</p> <p>Puede mencionar señales que les indiquen que su hijo está hambriento</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Acerca su cara hacia el seno <input type="checkbox"/></p> <p>Abre la boca <input type="checkbox"/></p> <p>Saca la lengua <input type="checkbox"/></p> <p>Aprieta los puños y se acerca a la boca <input type="checkbox"/></p> <p>Se queja <input type="checkbox"/></p> <p><u>(La madre debe mencionar al menos 2 señales)</u></p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No aplica <input type="checkbox"/></p>
L.19.a EM	<p>28. ¿Su bebé fue alimentado con biberón o usó chupón en su estadía en el ES?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No aplica <input type="checkbox"/></p>
L.19.c EM	<p>29. ¿Le informaron sobre los riesgos de la alimentación con leche de fórmula, uso de biberones y/o chupones?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No aplica <input type="checkbox"/></p>
L.20.a EM	<p>30. ¿En el establecimiento le dijeron dónde o quién le puede ayudar si usted tiene problemas para dar el seno, no va a dar el seno o tiene contraindicaciones para amamantar?</p> <p><i>(Marque "x" en las opciones que apliquen)</i></p> <p>1. Directo en el establecimiento <input type="checkbox"/></p> <p>2. Algún profesional de salud <input type="checkbox"/></p> <p>NOTA: Se incluye madres VIH, por temas de confidencialidad no se desagrega esta especificidad.</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> ¿Dónde o quién?</p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No aplica <input type="checkbox"/></p>

		<p>3. Línea 171 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Grupo de apoyo a la lactancia <input type="checkbox"/></p> <p>5. Otro servicio comunitario <input type="checkbox"/></p> <p><i>(Debe mencionar al menos uno.)</i></p>		
L.21.a.1 EM	<p>31. ¿En el establecimiento de salud, alguna de las empresas que producen alimentos lácteos para bebés o de casas farmacéuticas se han comunicado con usted para ofrecerle leche de fórmula, biberones o chupones?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No aplica <input type="checkbox"/></p>
L.21.a.2 EM	<p>32. ¿Alguien en el ES le ha ofrecido o regalado leche de fórmula, biberones, chupones o cupones?</p> <p><i>NOTA: Esto aplica para médicos, enfermeras, representantes de la industria</i></p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No sabe, no contesta <input type="checkbox"/></p>
L.21.b. EM	<p>33. ¿En el establecimiento de salud, alguna de las empresas que producen alimentos lácteos para bebés o de casas farmacéuticas le han entregado propaganda, muestras gratis, paquetes o regalos que incluyan leches de fórmula, biberones o chupones?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No aplica <input type="checkbox"/></p>
D. Para madres que no amamantan				
L.15.c EM	<p>34. ¿Alguien en el hospital le indicó y realizó una demostración de cómo preparar la leche de fórmula para su bebé y la higiene que debe mantenerse?</p> <p><i>NOTA: Por motivos de confidencialidad de la madre VIH está catalogada como madre que no amamanta</i></p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No aplica <input type="checkbox"/></p>

Formulario 05A: Encuesta al profesional de Salud en contacto con la madre



Zona:		Distrito:		Nombre del establecimiento de salud (es):	
Nombre del responsable del es:				Unicódigo	
Fecha:	(dd)	(mm)	(aaaa)	Nombre del Evaluador/a:	

A. Datos del empleado en salud

1. Área de trabajo en el establecimiento:	
2. Personal que estuvo en contacto con la madre:	¿Momento? a) Prenatal <input type="checkbox"/> b) Durante el parto <input type="checkbox"/> c) Posparto <input type="checkbox"/>

B. Evaluación al personal

C. Componente general

G.1.a EP 5A	3. ¿Puede mencionar los 5 objetivos de la Norma ESAMYN?	Si <input type="checkbox"/>	1. Mejorar la calidad e integralidad de la atención pre-natal, 2. Promover el parto en libre posición y la adecuada atención del recién nacido, 3. Mejorar la calidad de la atención de las emergencias obstétricas y neonatales, 4. Prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis, 5. Fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Si no menciona los 5 objetivos, se marca como "No"					

D. COMPONENTE PRENATAL

R.2.a EP5A	4. Mencione los temas de las 6 sesiones de educación prenatal	Si <input type="checkbox"/>	1. Educación prenatal, cambios en embarazo y signos de alarma 2. Atención prenatal 3. Preparación para el parto 4. Atención del parto y apego precoz 5. Puerperio y lactancia 6. Preparación de la gestante con el ambiente de parto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Si no menciona los 6 temas, se marca como "No"					

Componente parto

P.7.c EP	5. Mencione 4 ventajas del parto en libre posición (de pie, cuclillas, arrodillada, semi sentada o apovada en 4 puntos) (Realizar pregunta solamente a personal de salud que atiende partos: médicos, obstetras)	Si <input type="checkbox"/> 1. Menor duración de la segunda etapa de parto 2. Menos nacimientos asistidos 3. Tasas menores de episiotomías 4. Menor dolor agudo durante la segunda etapa 5. Menos patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal 6. Menor dolor lumbar persistente 7. Menor dolor perineal posparto 8. Percepción de un parto más corto 9. Factor protector del trauma perineal 10. Fomenta la autonomía de la madre en el nacimiento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Si es personal de salud que no atiende partos								
Si no menciona al menos 4 ventajas, se marca como "No"												
P.8.b EP	6. ¿Conoce métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el parto? (Realizar pregunta solamente a personal de salud que atiende partos: médicos, obstetras)	Sí <input type="checkbox"/> mencione al menos cinco: (Esperar a que el entrevistado responda y marque. Se puede seleccionar más de 5) a) Masaje <input type="checkbox"/> b) Calor local <input type="checkbox"/> c) Deambulaci3n <input type="checkbox"/> d) Baños de agua <input type="checkbox"/> e) Relajaci3n <input type="checkbox"/> f) Musicoterapia <input type="checkbox"/> g) Aromaterapia <input type="checkbox"/> h) Visualizaci3n <input type="checkbox"/> i) Otros <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Si es personal de salud que no atiende partos									
(Si menciona al menos 5 métodos, marca "sí" en evaluaci3n)												
P.9.a EP	7. Mencione diez procedimientos que deban evitarse durante el trabajo de parto y parto. (Realizar pregunta solamente a personal de salud que atiende partos: médicos, obstetras).	(Esperar a que el encuestado/a mencione al menos diez procedimientos. NO mencione la lista de procedimientos) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Procedimiento</th> <th>(Marque X los procedimientos mencionados)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Canalizaci3n intravenosa de rutina;</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) Episiotomías;</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) Parto instrumentado (utilizaci3n de fórceps y extracci3n al vacio);</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			Procedimiento	(Marque X los procedimientos mencionados)	a) Canalizaci3n intravenosa de rutina;	<input type="checkbox"/>	b) Episiotomías;	<input type="checkbox"/>	c) Parto instrumentado (utilizaci3n de fórceps y extracci3n al vacio);	<input type="checkbox"/>
Procedimiento	(Marque X los procedimientos mencionados)											
a) Canalizaci3n intravenosa de rutina;	<input type="checkbox"/>											
b) Episiotomías;	<input type="checkbox"/>											
c) Parto instrumentado (utilizaci3n de fórceps y extracci3n al vacio);	<input type="checkbox"/>											

	d) Enema;	<input type="checkbox"/>	
	e) Separación, ruptura artificial, o decolamiento de membranas (Maniobra de Hamilton);	<input type="checkbox"/>	
	f) Inducción médica y/o aceleramiento del trabajo de parto;	<input type="checkbox"/>	
	g) Exámenes vaginales repetidos; <i>La realización de tactos vaginales de acuerdo a lo establecido en la norma: Máximo 1 tacto cada cuatro horas.</i>	<input type="checkbox"/>	
	h) Fluidos intravenosos;	<input type="checkbox"/>	
	i) Monitoreo electrónico fetal continuo (cardiotocografía);	<input type="checkbox"/>	
	j) Control farmacológico del dolor sin que la usuaria lo solicite;	<input type="checkbox"/>	
	k) Colocación de catéter urinario;	<input type="checkbox"/>	
	l) Posición de litotomía (piernas en estribos);	<input type="checkbox"/>	
	m) Pujos dirigidos por el personal de salud;	<input type="checkbox"/>	
	n) Presión del fondo uterino (Kristeller);	<input type="checkbox"/>	
	o) Cesárea sin pertinencia médica	<input type="checkbox"/>	
	p) Exploración manual del útero o aspiración del recién nacido.	<input type="checkbox"/>	
	q) Rasurado perineal	<input type="checkbox"/>	
<p>_____</p> <p>—</p> <p><i>(Si menciona 10 procedimientos correctas, marca "sí" en evaluación)</i></p>			
P.12.a EP	<p>8. Mencione los 8 parámetros en los que se basa el score mamá para evaluar y analizar factores de riesgo y signos de alarma en una gestante.</p> <p>(Realizar pregunta solamente a personal de salud que atiende partos: médicos, obstetras)</p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>Frecuencia cardíaca <input type="checkbox"/></p> <p>Presión sistólica <input type="checkbox"/></p> <p>Presión diastólica <input type="checkbox"/></p> <p>Frecuencia respiratoria <input type="checkbox"/></p> <p>Temperatura <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>

		<p>Saturación de oxígeno <input type="checkbox"/></p> <p>Estado de conciencia <input type="checkbox"/></p> <p>Proteinuria <input type="checkbox"/></p>	
P.12.a EP	<p>9.Cuál es la dosis de sulfato de magnesio de impregnación y mantenimiento en pacientes con pre eclampsia para prevenir convulsiones</p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p> <p><i>Para colocar si, deberá responder correctamente las dos opciones:</i></p> <p>Impregnación: Sulfato de magnesio 4 g IV en 20 minutos</p> <p>Mantenimiento: 1g/hora/IV en infusión continua</p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>
P.12.a EP	<p>10 Cuáles son las principales causas de hemorragia post parto (algoritmo 4 T)</p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p> <p><i>Para colocar si, deberá responder correctamente las cuatro opciones:</i></p> <p>Tono (atonía uterina) <input type="checkbox"/></p> <p>Tejido (retención de placenta o coágulos) <input type="checkbox"/></p> <p>Trauma (lesión cervical o vaginal, ruptura uterina) <input type="checkbox"/></p> <p>Trombina (problemas de coagulación) <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>
P.12.a EP	<p>11. Los profesionales de la salud mencionan el significado del acrónimo REFIERA del AIEPI.</p> <p>(Realizar pregunta solamente a personal de salud que atiende partos: médicos, obstetras)</p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p> <p><i>Para colocar si, deberá responder correctamente todas las opciones:</i></p> <p>Respiración oxígeno <input type="checkbox"/></p> <p>Estabilidad hemodinámica <input type="checkbox"/></p> <p>Frío- evitar hipotermia <input type="checkbox"/></p> <p>Información a padres y cuidadores <input type="checkbox"/></p> <p>Energía- glucosa <input type="checkbox"/></p> <p>Registro y monitorización <input type="checkbox"/></p> <p>Administración de líquidos y medicamentos <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>
P.12.a EP	<p>12. Los profesionales de la salud mencionan de forma correcta el número de compresiones: respiraciones para reanimar a un recién nacido.</p> <p>(Realizar pregunta solamente a personal de salud que atiende partos: médicos, obstetras)</p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>3 compresiones, 1 respiración</p> <p><i>Si contesta todas las preguntas del componente P.12.a de forma correcta se considera el ITEM como válido.</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>

P.14.c EP	<p>13. Mencione los principales signos de alarma para la madre después del parto</p> <p>(Esperar respuesta del encuestado/a. Marque con "x" según corresponda. Puede seleccionar más de cuatro)</p> <p>a) Sangrado <input type="checkbox"/></p> <p>b) Secreción vaginal <input type="checkbox"/></p> <p>c) Fiebre <input type="checkbox"/></p> <p>d) Dolor abdominal <input type="checkbox"/></p> <p>e) Visión borrosa. <input type="checkbox"/></p> <p>f) Dolor de cabeza. <input type="checkbox"/></p> <p><u>Se tiene que mencionar al menos 4 signos principales</u></p>	<p>No sabe, <input type="checkbox"/></p> <p>no contesta</p>
	<p>14. Mencione los principales signos de alarma para el recién nacido</p> <p>(Esperar respuesta del encuestado/a. Marque con según corresponda. Puede seleccionar más de cuatro)</p> <p>a) Cambio de coloración <input type="checkbox"/></p> <p>b) Dificultad para alimentarse <input type="checkbox"/></p> <p>c) Fiebre <input type="checkbox"/></p> <p>d) Dificultad para respirar <input type="checkbox"/></p> <p>e) Rigidez o convulsiones <input type="checkbox"/></p> <p>f) Pérdida de tono muscular <input type="checkbox"/></p> <p>g) Irritabilidad <input type="checkbox"/></p> <p><u>Se tiene que mencionar al menos 4 signos principales</u></p>	<p>No sabe, <input type="checkbox"/></p> <p>no contesta</p>
<p align="center">Componente lactancia materna</p>		
L.15.a.1 EP	<p>15. El personal refiere que en los últimos dos años ha recibido evaluaciones de competencias (conocimientos y habilidades) en lactancia materna. (incluyen auxiliares de enfermería y se excluyen anestesiólogos).</p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
L.15.a.2 EP	<p>16. El profesional de la salud responde 7 de cada 9 preguntas sobre conocimientos de lactancia materna y aptitudes de apoyo a la lactancia.</p>	<p>~¿La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses evita enfermedades prevalentes de la infancia, mencione al menos 2?</p> <p>a) Diarrea <input type="checkbox"/></p> <p>b) Neumonía <input type="checkbox"/></p> <p>c) Otitis media <input type="checkbox"/></p> <p>d) Desnutrición <input type="checkbox"/></p> <p>e) Obesidad <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuál es la principal causa de dolor y grietas en pezón relacionados a la lactancia?</p> <p>a) Técnica inadecuada de amamantamiento/mal agarre <input type="checkbox"/></p>



		<p>Cuan frecuentemente recomienda que él bebe se alimente en la primera semana de vida? Debe responder cualquiera de las dos</p> <p>a) Libre demanda <input type="checkbox"/></p> <p>b) Cuando presenta los siguientes signos de hambre:</p> <ul style="list-style-type: none"> se lleva las manos a la boca, <input type="checkbox"/> gira la cabeza hacia el pecho de la madre, <input type="checkbox"/> tiene los puños cerrados, <input type="checkbox"/> hace ruido, <input type="checkbox"/> arruga o lame sus labios. <input type="checkbox"/> 	
		<p>Que beneficios tiene la lactancia nocturna en la primera semana de vida?</p> <p>Se debe mencionar dos opciones para marcar si</p> <p>a) evita la congestión de las mamas y previene problemas como la mastitis <input type="checkbox"/></p> <p>b) produce picos más elevados de prolactina y mayor producción de leche <input type="checkbox"/></p> <p>c) Facilita el apego entre la madre y su bebé en un ambiente más íntimo <input type="checkbox"/></p>	
		<p>Describe los elementos de una posición apropiada durante el amamantamiento.</p> <p>Madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cómoda y sin prendas de vestir que dificulten el amamantamiento. <input type="checkbox"/> El bebé va hacia el pecho (no al contrario) evitando el encorvamiento de la madre. <input type="checkbox"/> Mano en forma de C <input type="checkbox"/> <p>Recién Nacido:</p> <ul style="list-style-type: none"> Apoyado (sujeto, seguro) <input type="checkbox"/> Apegado (pancita con pancita) <input type="checkbox"/> De frente al pecho. <input type="checkbox"/> En línea recta oreja y hombro. <input type="checkbox"/> 	
L.15.b EP	<p>17. ¿Enseña a las madres cómo extraerse la leche?</p> <p>¿Puede explicar cómo enseña la extracción manual de leche, almacenamiento y alimentación con leche extraída?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	

05B Formulario de encuesta para personal sin contacto directo con madres

Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN)



ZONA:		DISTRITO:		NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (ES):		
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ES:				UNICÓDIGO		
FECHA:	(dd)	(mm)	(aaaa)	NOMBRE DEL EVALUADOR/A:		
D. Datos del empleado en salud						
1. Área de trabajo en el establecimiento:						
2. Ocupación:						
E. Evaluación al personal						
G.1.a EP5B	3. ¿Conoce usted la Norma de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño? Mencione al menos dos objetivos de la normativa		Sí <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> a) Mejorar la calidad e integralidad de la atención pre-natal, <input type="checkbox"/> b) Promover el parto en libre posición y la adecuada atención del recién nacido, <input type="checkbox"/> c) Mejorar la calidad de la atención de las emergencias obstétricas y neonatales, <input type="checkbox"/> d) Prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis, <input type="checkbox"/> e) Fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna <input type="checkbox"/> <p><i>Si no menciona al menos 2 objetivos, se marca como "No"</i></p>	No/ No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>		
P.8.b EP	4. ¿Conoce métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y parto?		Sí <input type="checkbox"/> mencione dos: <i>(Esperar a que el entrevistado responda y marque según corresponda. Se puede seleccionar más de 2)</i> <ul style="list-style-type: none"> a) Masaje <input type="checkbox"/> b) Calor local <input type="checkbox"/> c) Deambulación <input type="checkbox"/> d) Baños de agua <input type="checkbox"/> e) Relajación <input type="checkbox"/> f) Musicoterapia <input type="checkbox"/> g) Aromaterapia <input type="checkbox"/> h) Visualización <input type="checkbox"/> i) Otros <input type="checkbox"/> <p><i>(Si menciona al menos 2 métodos, marca "sí" en evaluación)</i></p>		No/ No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>	

P.14.c EP	5. ¿Conoce al menos 2 signos de peligro para la madre después del parto? Sí <input type="checkbox"/> <u>mencione dos:</u> <i>(Esperar respuesta del encuestado/a. Marque según corresponda. Puede seleccionar más de dos)</i> <ul style="list-style-type: none"> a) Sangrado o secreción <input type="checkbox"/> b) Fiebre <input type="checkbox"/> c) Dolor de barriga <input type="checkbox"/> d) Visión borrosa <input type="checkbox"/> <p><i>(Si no menciona 2 signos se marca "No")</i></p>	No/ No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
	6. ¿Conoce al menos 2 signos de peligro para el recién nacido Sí <input type="checkbox"/> <u>mencione dos:</u> <i>(Esperar respuesta del encuestado/a. Marque según corresponda. Puede seleccionar más de dos)</i> <ul style="list-style-type: none"> 1. Cambio de coloración <input type="checkbox"/> 2. Dificultad para alimentarse <input type="checkbox"/> 3. Fiebre <input type="checkbox"/> 4. Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> 5. Tieso o ataque <input type="checkbox"/> 6. Debilidad <input type="checkbox"/> <p><i>(Si no menciona 2 signos se marca "No")</i></p>	No/ No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>

A ser llenado por personal experto materno infantil, en compañía de personal del establecimiento de salud asignado

ZONA:		DISTRITO:		NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (ES):	
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ES:				UNICÓDIGO	
FECHA:	(dd)	(mm)	(aaaa)	NOMBRE DEL EVALUADOR/A:	

A. Formulario 051

EMBARAZADAS

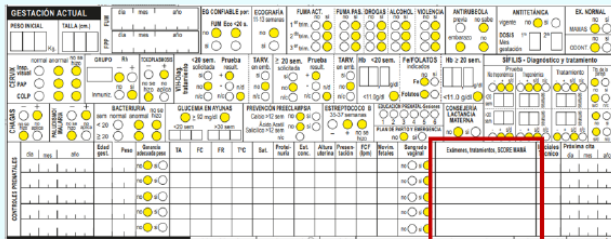
El parto fue: bajar a sección de madre púrpura

Vaginal ☐

Por cesárea: ☐

Verif	Parámetro	Nº de parámetros que cumple	Nº de parámetros que no cumple

R.3. d.1 051 1. En las Historias clínicas revisadas todas las embarazadas tienen registrado el SCORE MAMÁ



Formulario 051 Gestación Actual. Sección de datos personales y antecedentes. El campo 'SCORE MAMÁ' está resaltado con un recuadro rojo.

No aplica ☐

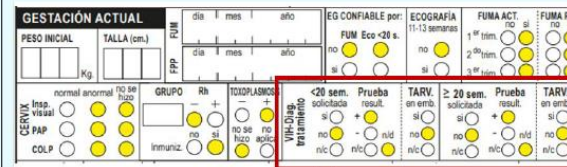
No aplica, cuando la gestante no se ha realizado el control de su embarazo en el establecimiento de salud, o es referida de otro establecimiento de salud

Observaciones

R.4. b

051

2. En las HCU revisadas las mujeres embarazadas se realizaron pruebas de tamizaje para la detección de VIH,



Formulario 051 Gestación Actual. Sección de pruebas de tamizaje. El campo 'VIH-Diag. tamizaje' está resaltado con un recuadro rojo.

En el caso de establecimientos de salud, que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital o se puede verificar en laboratorio central.

Si cumple ☐ No cumple ☐

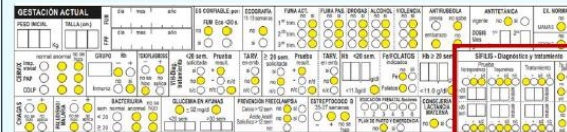
Observaciones

Vale 1 punto

R.4. b

051

3. En las HCU revisadas las mujeres embarazadas, se realizaron pruebas de tamizaje para la detección de sífilis,



Formulario 051 Gestación Actual. Sección de pruebas de tamizaje. El campo 'SÍFILIS-Diagnóstico y tratamiento' está resaltado con un recuadro rojo.

En el caso de establecimientos de salud que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.

Si cumple ☐ No cumple ☐

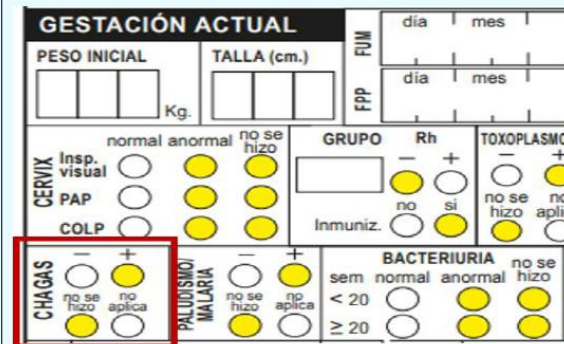
Observaciones

Vale 1 punto

R.4. b

051

4. En las HCU revisadas, las mujeres embarazadas se realizaron pruebas de tamizaje para la detección de Chagas



Formulario 051 Gestación Actual. Sección de pruebas de tamizaje. El campo 'CHAGAS' está resaltado con un recuadro rojo.

En el caso de establecimientos de salud que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.

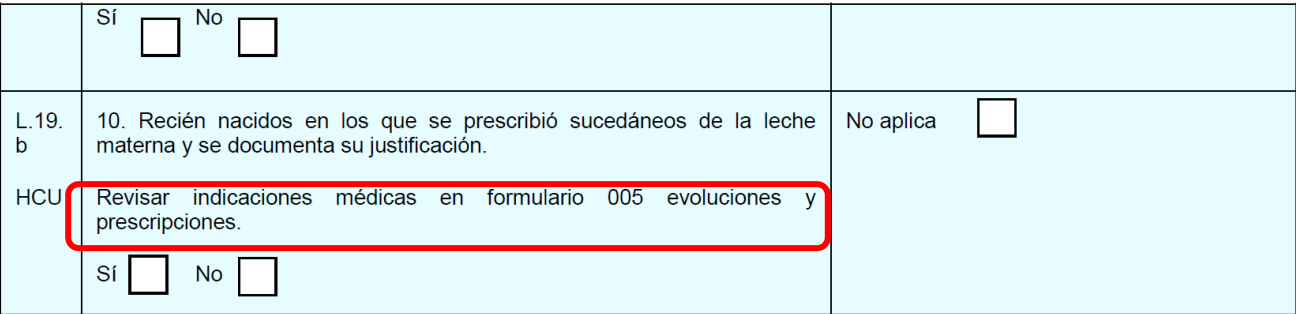
Si cumple ☐ No cumple ☐ No aplica ☐

Observaciones

Vale 1 punto

No aplica en ES que no están en zona endémica

	Parámetro	HCU de gestante controlada de acuerdo al riesgo en el nivel de atención correspondiente	
R.3. d.2 HCU	<p>5. La gestante es controlada de acuerdo al riesgo en el nivel de atención correspondiente según Norma del MSP</p> <p>Historias clínicas de embarazadas con score mamá alto ≥ 2 reciben tratamiento y/o son referidas</p>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
R.4. b HCU	6. En las HCU revisadas las mujeres embarazadas se realizaron pruebas de tamizaje para la detección de Hepatitis B,	Si cumple <input type="checkbox"/> Vale 1 punto	No cumple <input type="checkbox"/>
P.9.a HCU	<p>7. De los siguientes procedimientos seleccionar cuales fueron realizados a las mujeres en el momento del parto e indicar la justificación médica válida registrada en la HCU.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Canalización intravenosa de rutina; 2. Episiotomías; 3. Parto instrumentado (utilización de fórceps y extracción por vacío); 4. Enema; 5. Separación, ruptura artificial, o decolamiento de membranas; 6. Inducción médica y/o aceleramiento del trabajo de parto; 7. Exámenes vaginales repetidos; (La realización de tactos vaginales de acuerdo a lo establecido en la norma: Máximo 1 tacto cada cuatro horas.) 8. Fluidos intravenosos; 9. Monitoreo electrónico fetal continuo (cardiotocografía); 10. Control farmacológico del dolor; 11. Colocación de catéter urinario; 12. Posición supina o de litotomía (piernas en estribos); 13. Pujos dirigidos por el personal de salud; 14. Presión del fondo uterino (Kristeller); 15. Cesárea sin pertinencia médica 16. Exploración manual del útero o aspiración del recién nacido. 17. El rasurado perineal. <p>Se verifica en la historia clínica o en matriz de estándares e indicadores para el monitoreo de la atención del parto normal de bajo riesgo, en libre posición y con pertinencia intercultural, deberá contar con el informe de retroalimentación al monitoreo realizado por cada zona.</p>	<p align="center">Justificación Médica</p> <div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="flex: 2;"> <hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/> </div> </div> <p>Todas las justificaciones médicas corresponden a la Normativa vigente.</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	
P.13. d HCU	<p>8. Recién nacidos hospitalizados alimentados exclusivamente con leche materna</p> <p>Revisar indicaciones médicas en formulario 005 de evolución y prescripciones.</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	No aplica <input type="checkbox"/>	
L.16. b HCU	<p>9. Recién nacidos que recibieron agua glucosada, suero oral o sucedáneos de la leche materna para probar tolerancia oral.</p> <p>Revisar indicaciones médicas en formulario 005 de evolución y prescripciones.</p>	No aplica <input type="checkbox"/>	



Conclusiones

Norma con enfoque de calidad que se centra en la atención de la mujer durante el embarazo, parto y postparto y en la atención del recién nacido.

Requiere de la organización interna del establecimiento de salud para el proceso de autoevaluación (Comisión Técnica) y un acompañamiento y evaluación zonal para lograr la certificación.

Requiere implementar procesos de atención amigable que se sustentan en una base científica y que demanda dejar a un lado prácticas obsoletas que se relacionan con la violencia obstétrica

Requiere liderazgo y empoderamiento de autoridades nacionales, zonales, distritales, del establecimiento y líderes de servicios, así como el involucramiento de los profesionales de salud

Es absolutamente posible lograr la certificación ESAMyN: 8 ES certificados y 2 re-certificados

Establecimientos de Salud Certificados

- Hospital General Docente de Calderón
- Hospital Básico San Luis de Otavalo
- Centro de Salud tipo C Guamaní
- Hospital General del Puyo
- Hospital Básico de Jipijapa
- Centro de Salud San Antonio de Pichincha
- Hospital Básico de Sucúa
- Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora





GRACIAS POR SU
ATENCIÓN