

# Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos

para medir la Calidad de la  
Atención Materno - Neonatal



**Ministerio de Salud Pública**

Sistema Nacional de Salud



**Proceso de Normatización de SNS**

**Sub-comisión de Prestaciones del SNS**

**Componente Normativo Materno Neonatal**

Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) de la  
Atención Materno - Neonatal

Agosto del 2008

# Autoridades MSP

Dra. Caroline Chang Campos  
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Dr. Ernesto Torres Terán  
SUBSECRETARIO GENERAL DE SALUD

Dr. Carlos Velasco Enríquez  
SUBSECRETARIO PARA LA EXTENSIÓN DE LA  
PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Dr. Ricardo Cañizares Fuentes  
SUBSECRETARIO REGIÓN COSTA INSULAR

Dra. Carmen Laspina Arellano  
DIRECTORA GENERAL DE SALUD

Dra. Bernarda Salas Moreira  
DIRECTORA NACIONAL DEL PROCESO  
DE NORMATIZACIÓN DEL SN

# Autoridades CONASA

Dra. Caroline Chang C.  
Ministra de Salud Pública  
Presidenta del Directorio del CONASA

Ec. Jeannette Sánchez  
Ministra de Inclusión Económica y Social

Ec. Ramiro González  
Presidente Consejo Directivo del IESS

Dr. Guido Terán Mogro  
Delegado Director General del IESS

Dra. Carmen Laspina  
Directora General de Salud

Dr. Marco Alvarez  
Delegado AFEME

Dr. Iván Tinillo  
Representante de los Gremios Profesionales

Dr. Paolo Marangoni  
Representante de la Honorable Junta  
de Beneficencia de Guayaquil

Dr. Carlos Arreaga  
Representante de SOLCA

CPNV/CSM Avc. Dr. Luis Maldonado Arreaga  
Representante de la Fuerza Pública

Ing. Jaime Guevara Blaschke  
Presidente de CONCOPE

Sr. Jonny Terán  
Presidente de AME

Dr. Alfredo Barrero  
Representante de Entidades de Salud  
Privadas con fines de lucro

Dr. Nelson Oviedo  
Representante de Entidades de Salud  
Privadas sin fines de lucro

Ab. Marianela Rodriguez  
Representante Gremios de los  
Trabajadores

Dr. Jorge Luis Prospero  
Representante OPS/OMS en el Ecuador

Dra. Mercedes Borrero  
Representante UNFPA en el Ecuador

Ing. Cristian Munduate  
Representante UNICEF - Ecuador

Dr. Hugo Noboa  
Director Ejecutivo CONASA

# Elaborado por:

- Dra. Bernarda Salas M.
- Dr. Eduardo Yépez
- Dr. Walter Torres
- Ing. Lupe Orozco

## MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

- Dr. Jorge Hermida C.
- Dr. Patricio Ayabaca C.

## PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD, HCI/USAID\*.

*Este documento está basado en las experiencias de mejora de la atención llevadas a cabo por numerosos equipos de MCC de Unidades de Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en doce provincias del País, a lo largo de tres años de ejecución. A todos sus integrantes, así como a los profesionales de las Direcciones Provinciales de Salud y del nivel central del MSP que los apoyaron, nuestro reconocimiento por ser los verdaderos autores del Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la atención Materna - Neonatal que se recogen en este documento.*



## Ministerio de Salud Pública

No. 0000000474

### LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

#### CONSIDERANDO:

- QUE;** la Constitución Política de la República dispone: "Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia".
- QUE;** el Art. 43 de la Carta Magna prescribe que: " Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados. El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social".
- QUE;** el Art. 44 *ibidem* manda que: "El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley".
- QUE;** el Art. 45 *ibid* dispone que: "El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa".
- QUE;** el Art. 47 de la Constitución Política de la República, establece que: "En el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas...".
- QUE;** el Art. 48 de la norma suprema señala: "Será obligación del Estado, la sociedad y la familia, promover con máxima prioridad el desarrollo integral de niños y adolescentes y asegurar el ejercicio pleno de sus derechos. En todos los casos se aplicará el principio del interés superior de los niños, y sus derechos prevalecerán sobre los de los demás".



0000000474

## *Ministerio de Salud Pública*

**QUE;** El Art. 6, numeral 2 de la Ley Orgánica de Salud establece como responsabilidades del Ministerio de Salud Pública "Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud" y en el numeral 6 "Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera";

**QUE;** El Código de la Niñez y Adolescencia establece en el Capítulo 2 sobre los derechos de supervivencia, Art. 25: "El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a 2500 gramos";

**QUE;** El Plan Nacional de Desarrollo del Ecuador 2007-2010, establece como metas para el sector salud hasta el año 2010, reducir en 25% la mortalidad de la niñez, reducir en 25% la mortalidad infantil, reducir en 35% la mortalidad neonatal precoz, reducir en 30% la mortalidad materna, reducir en 25% el embarazo adolescente, y mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud;

**QUE;** Con Acuerdo Ministerial No. 0000253 de 11 de agosto del 2005, se declara al Plan Nacional de la Reducción de la Mortalidad Materna, como prioridad en la Agenda Pública Nacional;

**QUE;** Con Memorando No. SNS- 10-503-2008 del 14 de agosto de 2008, la Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud, solicita la elaboración del Presente Acuerdo Ministerial y la derogatoria del Acuerdo Ministerial No. 0000253 del 11 de agosto del 2005; y,

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 176 Y 179 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y EL ARTÍCULO 17 DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

### **ACUERDA:**

**Art.1.-** Declarar al Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal y los capítulos normativos que lo integran como política pública prioritaria para el sector salud.



0000000474

## Ministerio de Salud Pública

**Art.2.-** Aprobar y autorizar la publicación de Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal y los capítulos normativos de la Norma y Protocolos de Salud Sexual y reproductiva que lo sustentan:

- 1.- Normas y Protocolos de Atención Materna.
- 2.- Normas y Protocolos de Atención Neonatal.
- 3.- Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la atención materno-neonatal.
- 4.- Guía Técnica para la atención del parto culturalmente adecuado.

**Art.3.-** Disponer la difusión a nivel nacional de los instrumentos señalados en los artículos precedentes para que sean aplicados obligatoriamente en todas las Unidades Operativas del Sector Salud tanto públicas como privadas.

**Art.4.-** Son responsables del seguimiento y evaluación del Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal y los capítulos normativos de la norma de salud sexual y derechos reproductivos que lo integran, las Direcciones de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud, de Normatización, Gestión de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Salud Pública y el Consejo Nacional de Salud CONASA, en los ámbitos de su competencia.

**Art. 5.-** Derogase expresamente el Acuerdo Ministerial No. 0000253 del 11 de agosto del 2005.

**Art.6.-** De la ejecución, del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguense a las Direcciones de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud, de Normatización, Gestión de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Salud Pública.

**DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO A 20 AGO. 2008**

Caroline Chang Campos

**MINISTRA DE SALUD PÚBLICA**



# Índice

- 2 Autoridades MSP
- 3 Autoridades CONASA
- 4 Elaborado por:
- 5 Acuerdo Ministerial
- 9 Presentación
- Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos
- 11 Introducción
- 14 Enfoque Metodológico:
- 15 Definición operativa de la calidad de la atención materno infantil
- 15 Subsistema de monitoreo y reporte de los indicadores de calidad de la atención materno neonatal
- 15 Organización y funciones para el mejoramiento de la calidad de la atención materno neonatal en los diferentes niveles
- 18 Equipos de mejoramiento continuo de la calidad (EMCC)
- 20 Estándares e indicadores para el monitoreo de la calidad de la atención materno neonatal
- 21 Cuadro resumen
- 22 Estándares e indicadores a ser medidos por los equipos de mejoramiento continuo de la calidad:
  - Estándares básicos e indicadores de entrada para la atención de la salud materna y del recién nacido/a:
  - Estándar e indicador de proceso: control prenatal
  - Estándares e indicadores de proceso: atención del parto
  - Estándar e indicador de proceso atención del post - parto
  - Estándar e indicador de proceso: atención del/a recién nacido/a a término
  - Estándar e indicador de atención del parto y recién nacido/a por personal profesional calificado
  - Estándares e indicadores de proceso: complicaciones obstétricas
  - Estándares e indicadores de proceso: complicaciones neonatales
  - Estándares e indicadores de salida
  - Estándares e indicadores medidos por las direcciones provinciales salud
- 40 Instrumentos e instructivos para recolectar la información para construir los indicadores
- 80 Anexos
  - Base de datos excel para monitoreo, análisis y reporte de los indicadores
  - Modelo de reporte de las áreas de salud
  - Modelo de reporte de las provincias
  - Modelo de reporte de país
  - Ejemplos de gráficos de monitoreo



# Presentación

La mortalidad materna y neonatal son indicadores sensibles que traducen el grado de desarrollo y garantía de los derechos en la sociedad. Cuando una mujer muere se compromete el desarrollo de los hijos y la familia, especialmente de los más pequeños. Las muertes de los recién nacidos comprometen el futuro de la sociedad.

Uno de cada cinco embarazos y una de cada diez muertes maternas ocurren en adolescentes. Más de la mitad de las muertes infantiles en menores de un año ocurren en el momento o alrededor del nacimiento. La mayoría de las mujeres y recién nacidos que fallecen son indígenas o afroecuatorianos, pobres o provenientes de áreas rurales. Siete provincias y once cantones acumulan la mayor parte de los casos.

El Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno de la Revolución Ciudadana, asume el compromiso de cambiar ésta situación, de mejorar la calidad y esperanza de vida de la población y de reducir la muerte materna en un 30% y la mortalidad neonatal en un 35%, en sintonía con diversos acuerdos y metas regionales de los cuales somos signatarios.

En las últimas décadas, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ha acumulado una importante experiencia en el conocimiento de los determinantes sociales y culturales de la salud materna y neonatal, en la aplicación de estrategias de promoción, prevención y tratamiento de las emergencias obstétricas y neonatales con personal calificado, así como en la mejora de la calidad de atención con enfoque intercultural. Con la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia hemos implementado nuevos mecanismos de asignación y gestión local de recursos financieros, así como importantes procesos de participación y veedurías ciudadanas que nos permiten asegurar que tenemos el conocimiento estratégico y la voluntad política para cambiar radicalmente esta inequidad e injusticia social.

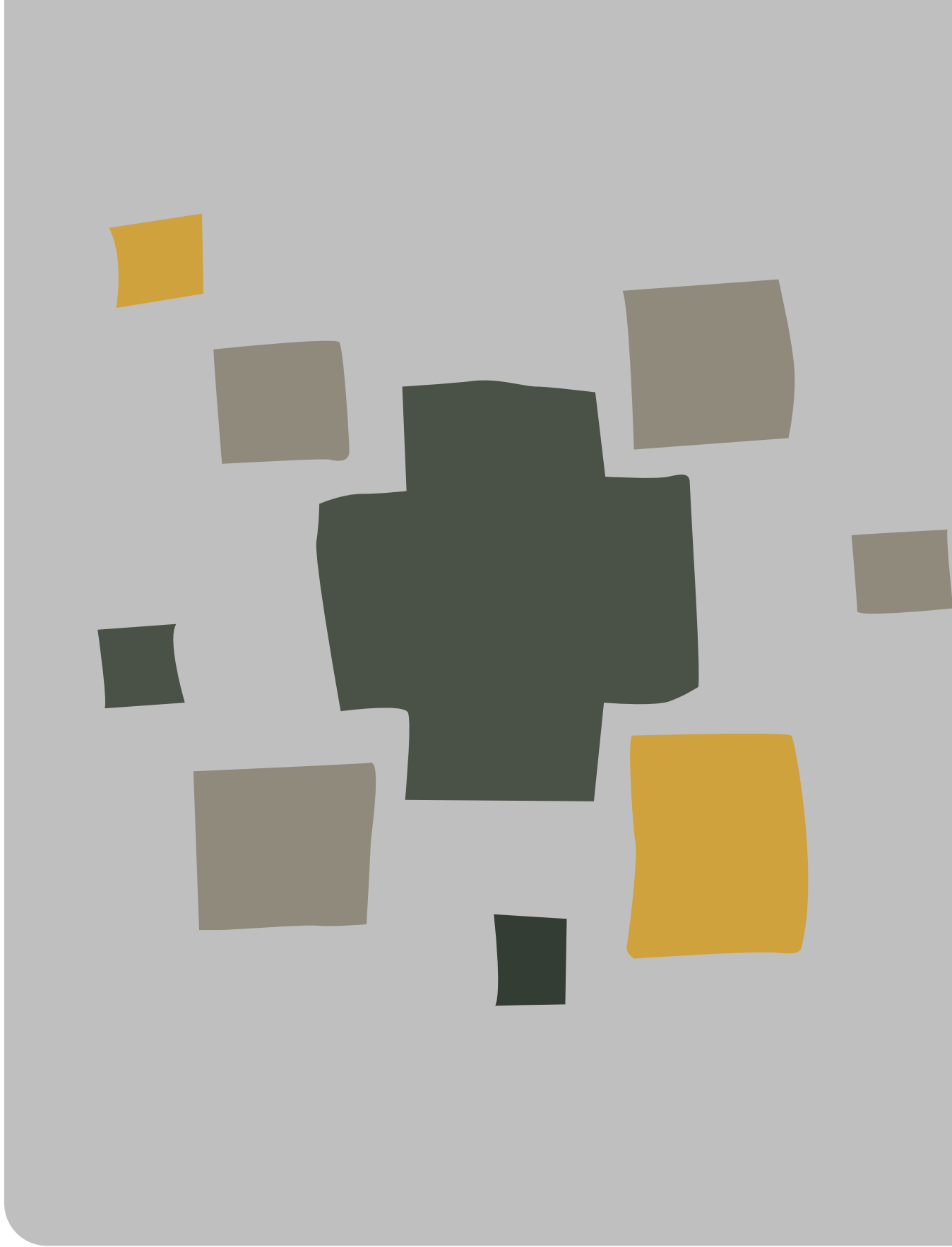
Los documentos que ahora presentamos desde el Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud, y la Subcomisión de Prestaciones, en cumplimiento con las Políticas y Plan de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, reflejan ese andar y aprender colectivo del país.

Las Normas y Protocolos de Atención Materno Neonatal incluida la Guía de Atención del Parto Culturalmente Adecuado y el Manual de Estándares e Indicadores para mejorar la calidad de atención materno neonatal, elaborados en el marco del Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal, son producto de un trabajo participativo intra e interinstitucional de decenas de profesionales de la salud, que han aportado con mucha sensibilidad, gran profesionalismo y profunda ética, bajo la conducción y rectoría del MSP y del amplio consenso promovido desde el Consejo Nacional de Salud.

Reconocemos que las políticas, planes, programas, normas y protocolos son un paso importante para garantizar el derecho a una adecuada atención de salud de las mujeres y recién nacidos, pero no son suficientes. Tenemos que fortalecer la vigilancia y control de su cumplimiento en las instituciones que conforman el sector salud, pero sobre todo crear el compromiso y la satisfacción en los profesionales y trabajadores de la salud para basar nuestras intervenciones en las mejores prácticas científicas y humanas, que garanticen embarazos, partos y nacimientos seguros para todas y todos.

El camino continúa, la revolución sanitaria avanza y con el compromiso colectivo estamos convencidos que podremos lograr las metas propuestas.

**Dra. Caroline Chang Campos**  
**MINISTRA DE SALUD PÚBLICA**



# Introducción

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), en cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, trabaja permanentemente para mejorar de manera continua la calidad de la atención que brinda a la población ecuatoriana a través de sus servicios de salud, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población y brindar mayor satisfacción al usuario.

Para ello, se basa en los siguientes fundamentos legales:

La Constitución Política del Ecuador, en especial en su artículo 42; en la Ley Orgánica de salud, en su artículo N° 1, 6 y 7, que indica que “es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares”, y en su artículo N° 10: “quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, y cuidados paliativos de salud individual y colectiva”.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, en su artículo N°2. La Ley de Maternidad Gratuita<sup>1</sup> (reformada) que en su artículo N° 1 dice: “Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva”. El Reglamento a la Ley de Maternidad Gratuita y de Atención a la Infancia<sup>2</sup> menciona en sus artículos 7 c (funciones de la Unidad): “Definir criterios técnicos, estándares e indicadores de calidad de los servicios de salud cubiertos por el Programa, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública”; artículo 9 f (funciones del Comité de Gestión): “vigilar el cumplimiento de la gratuidad de la atención de las prestaciones cubiertas, así como su calidad”; y artículo 11 f (funciones del Comité de usuarios): “elaborar un informe trimestral sobre la calidad de atención de los servicios de salud que será presentado al Comité de Gestión del Fondo Solidario Local, para canalizar las demandas y los incentivos a las unidades ejecutoras”.

En 1996, mediante Acuerdo Ministerial N° 3339, el Ministerio de Salud creó el “Programa Nacional de Mejoramiento de la Calidad” que

<sup>1</sup> Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Editora Artes Gráficas, Quito, 2004.

<sup>2</sup> Registro Oficial # 595, Gobierno del Ecuador. Quito, 12 de junio del 2002.

capacitó a Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC), en 7 hospitales y 16 Áreas de Salud de 7 provincias.

En 1998, la Dirección Nacional de Desarrollo de Servicios de Salud implementó un modelo de gestión para mejorar la calidad en 17 hospitales cantonales. En el mismo año la Dirección Nacional de Fomento y Protección, coordinó un proyecto piloto de mejoramiento de la calidad en la provincia de Cotopaxi, como parte de la Iniciativa Latinoamericana de Reducción de la Mortalidad Materna (LAMM).

En 1999, la Subsecretaría General de Salud y la Unidad de Garantía de Calidad, realizaron una investigación operativa<sup>3</sup> para mejorar la calidad del manejo del sistema de documentación hospitalaria (historia clínica obstétrica).

En el año 2001, la Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud (PAIS) y la Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (UEMGYAI), desarrollaron una investigación operativa<sup>4</sup> para demostrar que la aplicación del “Modelo de Gestión para la Calidad” mejora la calidad a través del cumplimiento de estándares clínicos.

En el 2002, se capacitó a facilitadores de 8 provincias y 14 Áreas de salud para la institucionalización del mejoramiento de la calidad en sus Áreas y provincias respectivas, y se publicó el Manual técnico, operativo, administrativo y financiero del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia<sup>5</sup>, con acuerdo ministerial # 537, en donde se incluye un capítulo del sistema de mejoramiento

continuo de la calidad, con estándares para ser medidos por las Unidades Operativas.

En el 2003, el MSP a través de un Equipo Conductor integrado por la Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud, Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas y la Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, inicia la ejecución del Proyecto Colaborativo de mejoramiento de la calidad del Cuidado Obstétrico Esencial (COE) en la provincia de Tungurahua. En los años 2003 y 2004, el MSP expande el proceso de institucionalización a otras Áreas de salud de las mismas ocho provincias con la formación y capacitación de equipos de mejoramiento bajo la conducción de facilitadores provinciales. En el 2004 y 2005, el MSP actualiza el set de estándares, acogiendo las observaciones y sugerencias nacionales, provinciales y locales.

En el año 2005, se integran las provincias de Chimborazo, Carchi, Loja y Manabí y en agosto del mismo año, se conforma un equipo conductor del mejoramiento continuo de la calidad y de los cuidados obstétricos esenciales en el nivel central del MSP, integrado por funcionarios de Normatización del Sistema Nacional de Salud, de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y apoyo técnico de QAP. Bajo la conducción de este equipo, se integra la provincia de Esmeraldas, con la cual son 13 las provincias que trabajan mejorando sus procesos de atención mediante la medición de la calidad y aplicando técnicas de mejoramiento continuo. Bajo acuerdo ministerial<sup>6</sup> se declara al Plan Nacional de la

3 Investigación operativa: Bermeo, A.M. y Romero P. Rediseño del sistema de documentación hospitalario para mejorar la calidad de los registros de la historia clínica de internación obstétrica, *Operations Research Results* 2(6). Bethesda, MD, 2002.

4 Investigación operativa: “La Garantía de Calidad en un nuevo modelo de financiamiento en salud dentro de la

reforma del sector”. Pueden verse sus resultados en: Hermida J, and Robalino M.E. Increasing compliance with maternal and child care standars in Ecuador. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol 14, Suppl. 1. December 2002

5 Manual Técnico, Operativo, Administrativo y Financiero, Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Comité de Apoyo y Seguimiento a la Ley, 2002.

6 Acuerdo ministerial # 253 de agosto del 2005

Reducción de la Mortalidad Materna, como prioridad en la Agenda Pública Nacional, encargando su coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación a la Dirección de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud, a través de la Dirección de Normatización. El segundo eje de acción de este plan, corresponde a las prestaciones en los componentes: materno perinatal, emergencias obstétricas, planificación familiar y una de las líneas estratégicas es el mejoramiento de los servicios.

En el año 2006 se inicia una investigación operativa para medir el efecto de la adecuación cultural sobre la atención obstétrica en ocho hospitales cantonales (Alausí, Chillanes, Saquisilí, Pangua, San Miguel, Chunchi, Cañar y Pujilí) de 4 provincias del país (Cotopaxi, Bolívar, Chimborazo y Cañar), con alta población indígena donde la mortalidad materna y el parto domiciliario son significativos.

Para el 2007 el MSP desarrolla el “Proyecto colaborativo para el mejoramiento del manejo de la complicación obstétrica” en cinco hospitales provinciales (Esmeraldas, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo y El Oro) y la maternidad de Santa Rosa en El Oro. En estos hospitales se conformaron equipos de mejora continua que trabajaron en el cumplimiento de la norma de atención en las complicaciones obstétricas, obteniéndose lecciones aprendidas para el manejo de las

complicaciones, las que serán expandidas a más provincias en un segundo momento del modelo colaborativo. Este colaborativo logró una disminución importante del número de casos de muerte materna intrahospitalaria de causas obstétricas.

En 2006, mediante Acuerdo Ministerial N° 0284, se aprobó y autorizó la publicación del “manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la atención materno infantil” que ha venido siendo utilizado por los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC), en muchas provincias.

Posteriormente, luego del trabajo constante y de la retroalimentación de los EMCC de las unidades operativas del MSP, los estándares e indicadores fueron revisados durante el primer trimestre del 2008. El presente documento presenta este conjunto de nuevos estándares, instrumentos e instructivos, basados en la nueva Norma Nacional y en la evidencia científica, diseñados para que los equipos de mejoramiento continuo de la calidad de las unidades operativas recojan la información necesaria y puedan a través de los indicadores evaluar el cumplimiento del estándar y por ende de la norma. Cada instrumento tiene su respectivo instructivo, en el que se indica cómo obtener los datos, el llenado del formulario y procesamiento del mismo.

## Enfoque Metodológico

Un Sistema de Garantía de la Calidad en Salud contribuye al mejoramiento de la salud de los habitantes de un país a través de sus mecanismos de regulación externa de la calidad de atención (Licenciamiento, Acreditación, Certificación), y mecanismos internos de monitoreo y mejora continua de la calidad en los servicios.

La calidad de la atención en salud es el resultado de una definición adecuada de los contenidos de atención, es decir normas y estándares actualizados y basados en evidencia científica y de la ejecución apropiada de los procesos de la atención a los/as usuarios de acuerdo a esas normas.

Un sistema de garantía de calidad se inserta en la estructura funcional del ente rector (MSP) que normatiza los procesos de atención, establece estándares e indicadores de calidad, define un mecanismo de monitoreo y de mejoramiento continuo de la calidad, y desarrolla una cultura de calidad orientada hacia la satisfacción del/a usuario/a.

Dos aspectos básicos de la calidad de la atención son la Calidad Técnica, que se refiere a que los contenidos técnicos y la ejecución de la atención de salud deben ceñirse a las normas basadas en la evidencia científica, y la Calidad percibida por el usuario, que se refiere más bien a cómo la usuaria/o percibe aspectos relativos al trato interpersonal, tiempos de espera, comodidades, limpieza, satisfacción con la atención recibida, etc.

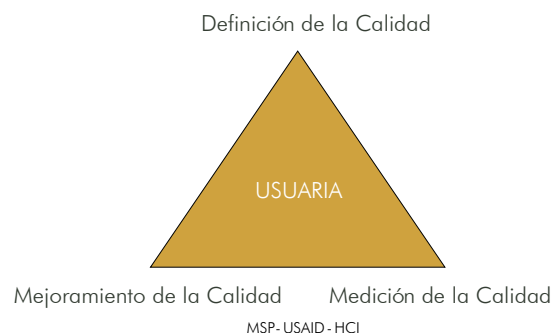
El Mejoramiento Contínuo de la Calidad es un enfoque gerencial que busca el desarrollo organizacional ordenado y planificado, orientado a la satisfacción de las necesidades del/a usuario/a y del cumplimiento de normas técnicas, organizando, identificando y

mejorando todos los aspectos de los procesos de atención en los servicios de salud.

Este enfoque tiene tres momentos metodológicos:

- 1) La Definición Operativa de la calidad a través de estándares e indicadores. Un estándar de calidad es la declaración explícita de la calidad esperada en un proceso de atención, que deriva de las Normas de Salud Sexual y Reproductiva del MSP
- 2) La Medición o Monitoreo de la calidad, es el proceso de recolección y análisis de datos para evaluar el grado de cumplimiento de los estándares, a través de indicadores medidos por los EMCC de las unidades operativas, y que son comunicados periódicamente a los distintos niveles del sistema ( DPS y Nivel Central)
- 3) El Mejoramiento de la calidad, es una metodología sistemática que introduce cambios concretos en los procesos de atención, a través de ciclos rápidos, lo cual facilita trabajar objetivos de mejoramiento de la atención, planificar y ejecutar los

MEJORAMIENTO CONTINUO DE LOS PROCESOS  
TRIANGULO DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD:



cambios, y posteriormente medir si los cambios realizados realmente produjeron el mejoramiento.

Este enfoque es aplicado en los servicios de salud por equipos de mejoramiento continuo de la calidad (EMCC) constituidos por el mismo personal de la unidad operativa que presta la atención correspondiente. El cumplimiento de los estándares es MEDIDO periódicamente por los equipos (EMCC) mediante los indicadores; luego del análisis de los determinantes del incumplimiento de los estándares, evidenciado por un bajo nivel del indicador, estos equipos planifican y realizan acciones de MEJORA-MIENTO DE LA CALIDAD, introduciendo cambios concretos en procesos específicos para superar deficiencias y alcanzar altos niveles de cumplimiento de los estándares.

## *Definición operativa de la calidad de la atención materno infantil*

La definición operativa de la calidad se realiza mediante el establecimiento de estándares de calidad, que pueden ser estándares clínicos, administrativos y de satisfacción.

El Ministerio de Salud Pública DEFINE operativamente la calidad esperada para la atención de la salud materno-neonatal, con el establecimiento de un paquete de estándares básicos que constan en el presente documento. Para construir este set de estándares el MSP tomó como guía básica el documento "Norma Materno Neonatal" del MSP del 2008.

## *Subsistema de monitoreo y reporte de los indicadores de calidad de la atención materno neonatal*

El cumplimiento de los estándares se mide a través de indicadores, que son herramientas de

análisis cuantitativo de la calidad. El monitoreo es una parte muy importante del sistema de garantía de calidad, y para que funcione de forma eficiente, se debe considerar las siguientes acciones:

- a. Definir estándares e indicadores de calidad.
- b. Recolección periódica de la información necesaria para construir los indicadores por los equipos de mejora continua en las unidades.
- c. Flujo y reporte de la información que asegure la presentación, análisis, retroalimentación de los resultados en las instancias adecuadas desde y hacia las Áreas de Salud, Hospitales Cantonales y Provinciales, la Dirección Provincial de Salud, el nivel Central y su difusión para la toma de decisiones técnicas y políticas.

## *Organización y funciones para el mejoramiento de la calidad de la atención materno neonatal en los diferentes niveles*



El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con la asistencia técnica de HCI/URC, implementa un proceso metodológico de mejoramiento continuo de la calidad en la atención materno neonatal, cuyo alcance actual es de 12 provincias (hospitales generales, básicos y centros de salud).

Este proceso está conducido e implementado por los equipos técnicos de los niveles central, provincial, áreas y Hospitales mediante un set de estándares, indicadores e instrumentos para medir y mejorar la calidad de la salud materno neonatal, en un proceso de auto-monitoreo/evaluación del personal de las Unidades del sistema de servicios de salud y con apoyo de los diferentes niveles de gestión del MSP

Los equipos de conducción en los diferentes niveles del MSP están conformados de la siguiente manera:

## Nivel central:

### EQUIPO TÉCNICO:

1. Responsables del equipo técnico: Líder de la Micro-área de la Salud de la mujer/ Líder de la Micro-área de la Salud de la niñez
2. Responsable del centro de aprendizaje asistido de tecnología en salud ( Caats)
3. Asesoramiento técnico y apoyo: Agencias de Cooperación.

### FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES:

- Actualización, elaboración e implementación de la Norma de Salud sexual y reproductiva.
- Conducción e implementación del proceso de implementación de la norma y de mejoramiento continuo de la calidad en la salud materno neonatal .

- Diseñar y mantener actualizado el paquete instrumental (técnico metodológico) para el monitoreo y mejoramiento continuo de la calidad.
- Elaborar un consolidado mensual nacional en los primeros 15 días, análisis de los indicadores y retroalimentación para la toma de decisiones a funcionarios del nivel nacional y provincial, análisis e informe trimestral de la información.
- Asistencia técnica y apoyo en análisis de resultados provinciales al responsable directo de la implementación de la Norma en las DPSs.
- Socialización del proceso de implementación de la norma y del mejoramiento continuo de la calidad, así como de las lecciones aprendidas sobre como superar los obstáculos al mejoramiento de la atención.
- Gestionar recursos para el desarrollo de la implementación de la Norma y mejoramiento continuo de la calidad.
- Identificar las limitantes para la Implementación de la Norma y mejoramiento de la calidad, plantear alternativas de solución e informar al nivel superior.
- Desarrollar mecanismos de incentivos y formas de reconocimiento al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

## Nivel provincial:

### EQUIPO TÉCNICO:

1. Responsable del equipo técnico: Coordinador/a de la implementación de la norma.
2. Coordinador/a provincial de aseguramiento de la calidad



3. Epidemiólogo/a
4. Enfermera de Normatización (de la provincia)
5. Estadístico/a provincial
6. Director o Subdirector técnico del Hospital provincial
7. Líderes del Servicio de Ginecoobstetricia Neonatología / Pediatra , Emergencia del Hospital Provincial.
8. Líderes de Enfermería de los servicios respectivos.(Emergencia, Obstetricia, Neonatología)
9. Representante del Comité de Usuarías

- Asistencia técnica, capacitación y seguimiento a los equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad de hospitales provinciales, Hospitales cantonales y Áreas de Salud , en aspectos metodológicos de las actividades de medición y mejoramiento de la calidad.
- Utilización y socialización de la información del mejoramiento continuo de la calidad, resultados y lecciones aprendidas, dentro de la Dirección Provincial de Salud.
- Identificar los limitantes para el mejoramiento de la calidad, plantear e implementar alternativas de solución e informar a las autoridades provinciales y si es necesario al nivel central.
- Desarrollar mecanismos de incentivos y formas de reconocimiento a los EMCC por el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

#### **FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES:**

- Conducción y coordinación del proceso de Implantación de la Norma y mejoramiento continuo de la calidad de la salud materno neonatal e infantil de la provincia.
- Consolidación, análisis, validación y retroalimentación de la información de las Áreas de Salud, hospitales generales y cantonales de la provincia, en lo relacionado con la medición de la calidad (indicadores) y las actividades de mejoramiento (ciclos rápidos).
- Envío de la información consolidada de la calidad, base de datos e informe de ciclos rápidos, en archivos electrónicos y en formulario impreso, al centro de Aprendizaje CAATS del nivel central (correo electrónico: caatsmsp@hotmail.com, msp.normas.mujer@gmail.com), dentro de los quince primeros días de cada mes.

### **Nivel de hospitales de especialidad / generales y cantonales:**

#### **EQUIPO TÉCNICO CONDUCTOR:**

1. Responsable del equipo técnico: Subdirector técnico.
2. Líder del servicio de Gineco-obstetricia
3. Líder del servicio de Pediatría
4. Líder del servicio de Emergencia
5. Responsable de docencia y/o responsable de aseguramiento de la calidad
6. Enfermera Líder del hospital y de los servicios

de consulta Externa, Emergencias, Pediatría/ Neonatología y Gineco-obstetricia

7. Estadístico/a
8. Epidemiólogo
9. Representante del Comité de Usuaris

#### FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES:

- Organización, capacitación y asistencia técnica a equipos de mejoramiento de la calidad de la atención materno neonatal e infantil del hospital.
- Cumplir y hacer cumplir el proceso de implementación de las normas, procedimientos y estándares de calidad que emite el Nivel Central.
- Apoyar la medición de estándares e indicadores, analizar la calidad de los procesos de atención, identificar necesidades de mejoramiento en los procesos y/o servicios, apoyar y evaluar las actividades de mejoramiento (ciclos rápidos).
- Enviar la información consolidada de la calidad del hospital (formulario de reporte mensual- base datos excel e informe de ciclos rápidos ), en archivos electrónicos y en forma impresa al coordinador de la implantación de la norma o al responsable del equipo técnico de MCC de la provincia, dentro de los primeros diez días de cada mes.
- Identificar los limitantes para mejorar la calidad, planificar e implementar alternativas de solución e informar a las autoridades del hospital y si es necesario al nivel provincial.
- Socializar y difundir los resultados de las mediciones de la calidad, ciclos rápidos y otros de mejoramiento, con el personal del hospital y usuarias/os externas/os.

- Desarrollar mecanismos de incentivos y formas de reconocimiento al mejoramiento de la calidad de la atención en el hospital, por parte de personas o grupos.

## Equipos de mejoramiento continuo de la calidad (EMCC)

### Conformación de los equipos:

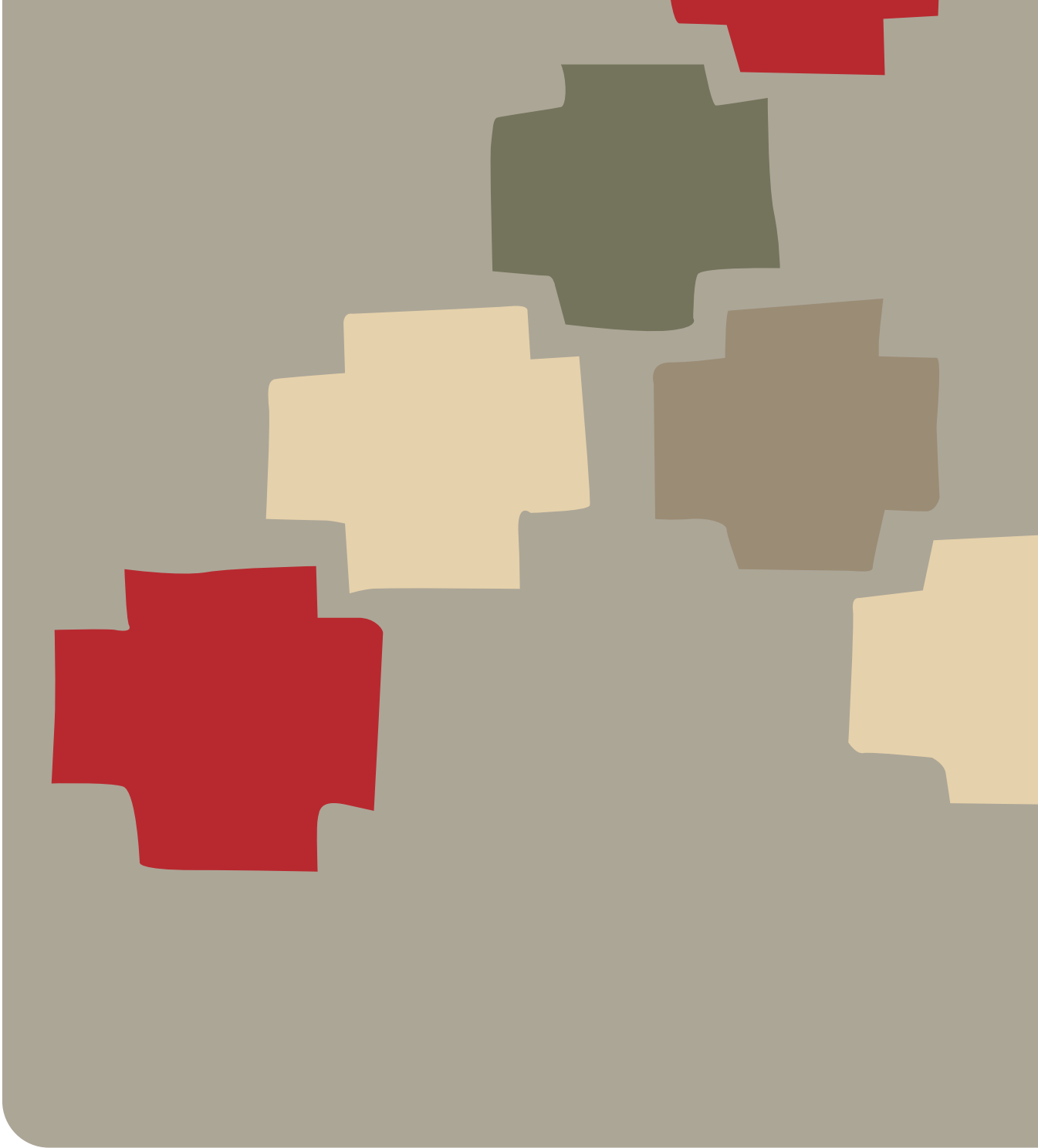
El equipo técnico del hospital deberá conformar el número adecuado de equipos de mejoramiento de la calidad, de acuerdo a su propia realidad y a las necesidades de mejoramiento de los servicios y/o procesos de atención, tomando en cuenta las deficiencias que el hospital presente. Por ejemplo, puede conformarse equipos que trabajen para mejorar la calidad de la atención del parto normal, de las complicaciones obstétricas, de la atención neonatal, de la consulta externa, de la emergencia, etc.

Para la conformación de los equipos de mejoramiento continuo de la calidad (EMCC) , se debe considerar que se lo haga con personal multidisciplinario y que tengan estrecha relación de trabajo con el proceso o servicio deficiente. Por ejemplo, para la atención del parto, deberán estar tanto quienes lo atienden directamente, como el personal que apoya su atención.

El equipo técnico conductor del hospital, debe designar una persona responsable por cada equipo de mejoramiento de la calidad que se haya creado, muchas veces los miembros del Equipo técnico conductor son también miembros de los EMCC.

#### FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES:

- Recolectar los datos necesarios para la construcción de los indicadores de calidad (auto-evaluación de historias clínicas, listas de chequeo de insumos y equipos, para las encuestas de satisfacción a usuarias se recomienda que se coordine con personal ajeno a la institución (usuarias, estudiantes, etc).
- Mantener reuniones semanales o mensuales, para procesar y analizar la información, identificar deficiencias en los procesos de atención, planificar y ejecutar actividades de mejora (ciclos rápidos).
- Enviar la información del hospital; reporte mensual de indicadores (base de datos Excel) e informe de ciclos rápidos, en forma impresa y archivos electrónicos, al subdirector técnico, dentro de los primeros ocho días de cada mes. Para el efecto se han diseñado formularios que permiten planificar y documentar los ciclos rápidos de mejoramiento que realiza el equipo (ver manual del facilitador, Unidad tres).
- Analizar críticamente la metodología de mejoramiento aplicada y proponer al nivel provincial los ajustes metodológicos pertinentes.
- Socializar al personal del hospital, sobre la calidad de la atención (estándares e indicadores) y de las actividades de mejoramiento (ciclos rápidos).



*Estándares e Indicadores  
para el Monitoreo de la Calidad de la  
Atención Materno Neonatal*

Procesos de Atención						
Enfoque sistémico	Prenatal	Parto	Postparto	Recién Nacido	Complicaciones Obstétricas	Complicaciones Neonatales
Entrada	<p><b>1.</b> % de insumos, equipos, medicamentos esenciales, con los que cuenta cada Unidad Operativa para la atención de la salud materna y del/la recién nacido/a</p> <p><b>2.</b> % de mujeres embarazadas en cuyo control prenatal (en cualquier semana de gestación) se le realizaron y registraron actividades seleccionadas según la norma</p>	<p><b>3 A.</b> % de partos atendidos en las Unidades de Salud con partograma en los que se graficó correctamente las curvas y se controló la labor.</p> <p><b>3 B.</b> % de partos atendidos en los que se tomó decisiones frente a desviaciones de la curva de dilatación cervical</p> <p><b>4.</b> % de Partos vaginales atendidos en el hospital en los que se administró a la parturienta 10 UI de Oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del/a recién nacido/a, como parte del manejo activo del tercer período del parto y se registró en la historia clínica perinatal.</p>	<p><b>5.</b> % de post partos inmediatos en los que se controló y registró en la historia clínica perinatal en tres controles obligatorios durante las dos primeras horas, las actividades seleccionadas según la norma.</p>	<p><b>6.</b> % de recién nacidos/as en los/as que se realizó y registró en la historia clínica perinatal por lo menos 11 actividades seleccionadas de la norma.</p>	<p><b>8 A.</b> % de pacientes con <b>Pre eclampsia y Eclampsia</b> que fueron manejadas de acuerdo a la norma.</p> <p><b>8 B.</b> % de pacientes con <b>Hemorragias Obstétricas</b> que fueron manejadas de acuerdo a la norma.</p> <p><b>8 C.</b> % de pacientes con <b>Infección</b> Fiebre de causa obstétrica que fueron manejadas de acuerdo a la norma.</p> <p><b>8D.</b> % Partos Pretermino con <b>Corticoides</b> prenatales.</p> <p><b>8E.</b> % Partos Pretermino con <b>Nifedipina</b> como Uteroinhibidor.</p> <p><b>8F.</b> % Embarazadas con <b>Ruptura Prematura de membranas</b>, manejadas de acuerdo a norma.</p>	<p><b>9A.</b> % RN con <b>infección sistémica</b>, manejados de acuerdo a la norma.</p> <p><b>9B.</b> % RN con <b>Trastornos Respiratorios</b>, manejados de acuerdo a la norma.</p> <p><b>9C.</b> % RN con <b>Prematurez</b>, manejados de acuerdo a la norma.</p>
Proceso						
Salida	<p><b>7 A.</b> Porcentaje de partos atendidos por profesional capacitado (médico/a u obstetriz).</p>			<p><b>7 B.</b> Porcentaje de recién nacidos/as atendidos/as por profesional capacitado (médico/a u obstetriz)</p> <p><b>11.</b> Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal.</p>	<p><b>10.</b> Tasa hospitalaria de letalidad por complicaciones obstétricas directas</p> <p><b>12.</b> % de complicaciones obstétricas atendidas en las Unidades del Área de Salud, de las esperadas.</p>	
	<b>13.</b> % de muertes materna ocurridas en el Área de Salud / Hospital que tienen un proceso de investigación epidemiológica.					

# Estándares e indicadores a ser medidos por los equipos de mejoramiento continuo de la calidad: Estándares básicos e indicadores de entrada para la atención de la salud materna y del recién nacido/a:

1. Porcentaje de insumos, equipos y medicamentos esenciales con los que cuenta cada Unidad Operativa para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
Toda Unidad Operativa contará con el 100 % de insumos, equipos y medicamentos esenciales para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a	Porcentaje de insumos, equipos, medicamentos esenciales, personal y financiamiento, con los que cuenta cada Unidad Operativa para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a	Número de insumos, equipos, medicamentos esenciales, con los que cuenta la Unidad Operativa para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a el día de la medición ..... X 100 Total de insumos, equipos, medicamentos esenciales, personal y financiamiento, seleccionados de acuerdo al nivel de complejidad de la Unidad de Salud	Lista de chequeo para constatar la existencia de los insumos, equipos y medicamentos seleccionados	El número de Insumos, equipos y Medicamentos que correspondan de acuerdo al tipo de atención que se brinde	Observación directa	-	Trimestral

## Lista de insumos, equipos y medicamentos esenciales para la atención de la salud reproductiva y del/a recién nacido/a:

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
Área de preparación: 1. Fonendoscopio / estetoscopio 2. Tensiómetro 3. *Tallmetro o cinta métrica 4. Balanza de adulto 5. Termómetros Consultorio de Gineco-Obstetricia: 6. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel. 7. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes. 8. Fonendoscopio / estetoscopio 9. Tensiómetro. 10. Termómetros. 11. Lámpara cuello de ganso 12. Camilla ginecológica o mesa de examen con pierneras. 13. Cometa de Pinard y/o Doppler 14. *Cinta métrica 15. *Papelera: (solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete y recetas) 16. Guantes estériles desechables 17. Soluciones desinfectantes (Clorhexidine □ Alcohol yodado) 18. Tirillas para proteinuria 19. Espéculos vaginales estériles y/o desechables. 20. *Espátulas de Ayre / Capillo endocervical / Fijador para placas / Placas portaobjeto 21. Soluciones desinfectantes (Clorhexidine □ Alcohol yodado).	Porcentaje de insumos, equipos, medicamentos esenciales, personal y financiamiento, con los que cuenta cada Unidad Operativa para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a	Número de insumos, equipos, medicamentos esenciales, con los que cuenta la Unidad Operativa para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a el día de la medición ..... X 100 Total de insumos, equipos, medicamentos esenciales, personal y financiamiento, seleccionados de acuerdo al nivel de complejidad de la Unidad de Salud	Lista de chequeo para constatar la existencia de los insumos, equipos y medicamentos seleccionados	El número de Insumos, equipos y Medicamentos que correspondan de acuerdo al tipo de atención que se brinde	Observación directa	-	Trimestral
<p><b>Servicio de Emergencia:</b> 58. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel. 59. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes. 60. Fonendoscopio / estetoscopio. 61. Tensiómetro. 62. Termómetros. 63. Lámpara cuello de ganso. 64. Camilla ginecológica o mesa de examen con pierneras. 65. Cometa de Pinard y/o Doppler. 66. Reloj de pared. 67. Guantes quirúrgicos estériles. 68. Soluciones desinfectantes (Clorhexidine □ Alcohol yodado). 69. Tirillas para proteinuria. 70. Espéculos vaginales estériles y/o desechables. Charol de emergencia, mínimo para la atención de dos personas permanentemente (ítem 71 a 89) 71. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc 72. Esparadrapo normal y poroso. 73. Gasas estériles 74. Catéter venoso No. 18 o 20 75. Equipo de venoclisis o equipo de bomba de infusión. 76. Microgratero o bomba de infusión 77. Soluciones parenterales: Lactato Ringer / Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasma.</p> <p><b>Sala de Cirugía / quirófano (abstéril):</b> 167. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel. 168. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes. 169. Lavabo Quirúrgico / Jabón líquido quirúrgico. 170. Fonendoscopio / estetoscopio 171. Tensiómetro 172. Lámpara quirúrgica o cilíndrica 173. Mesa de operaciones 174. Reloj 175. Equipo de succión. 176. Paquete de instrumental de cesárea (existirán dos paquetes de instrumental estéril listo para atender cesáreas) 177. Dos paquetes de ropa estéril y lencería de quirófano para atención de cesáreas 178. Guantes quirúrgicos estériles 179. Soluciones desinfectantes (Clorhexidine □ Alcohol yodado) 180. Sutures absorbibles (Catgut / Vicryl) 181. Tirillas para proteinuria. Charol de emergencia, mínimo para la atención de dos personas permanentemente (ítem 182 al 207) 182. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc 183. Esparadrapo normal y poroso. 184. Gasas estériles 185. Catéter venoso No. 18 o 20 186. Equipo de venoclisis o equipo de bomba de</p>							

<p>22. *Hierro oral (Sulfato ferroso tabletas 50 mg) y Ácido Fólico tabletas 1 mg.  <b>Farmacía:</b> (stock mínimo considerado por cada Unidad de Salud)  23. Soluciones desinfectantes (Clorhexidina □ Alcohol yodado).  24. Soluciones parenterales: Lactato Ringer / Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasma.  25. * Paracetamol tabletas 500 mg.  26. * Hierro oral (Sulfato ferroso tabletas 50 mg) y Ácido Fólico tabletas 1 mg.  27. Epinefrina (adrenalina) ampolla 1 mg.  28. Atropina ampolla 1 mg.  29. Oxitocina ampollas de 10UI.  30. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr /10 cc  31. Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.  32. *Ampicilina ampollas 1 g/tabletas 500mg.  33. Cefazolina ampollas 1 g.  34. Eritromicina tabletas 500 mg.  35. Clindamicina ampollas 600mg/cápsulas 300 mg.  36. Gentamicina ampollas 80 mg.  37. Metronidazol ampollas 500 mg / tabletas 500 mg.  38. Betametasona amp 6 mg/ml/2 ml. o Dexametasona amp 4 mg/ml.  39. Frimenediona (Vitamina K1) ampolla y jeringa de insulina.  40. Unguento oflálmico: oxitetraciclina al 1% o eritromicina al 0.5%.  <b>Laboratorio:</b>  42. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.  43. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.  44. Microscopio.  45. Centrífuga.  46. Cámara cuenta glóbulos.  47. Coagulómetro para tiempos de coagulación.  48. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc y/o vacuainer  49. Tubos: tapa roja, lila, celeste.  50. Tubos de eritrosedimentación y hematocrito.  51. Reactivo y/o tirillas para glicemia.  52. Reactivo para VDRL.  53. Reactivo y/o tirillas para proteinuria.  54. Reactivos para tiempos de coagulación. Reactivos para TGO □ TGP.  55. Kit para prueba rápida VIH.  56. Ser para tipificación y pruebas cruzadas.  57. Reactivos para test de embarazo.</p>	<p>78. *Paracetamol tabletas 500 mg  79. Epinefrina (adrenalina) ampolla 1 mg.  80. Atropina ampolla 1 mg.  81. Oxitocina ampollas de 10UI  82. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr /10 cc  83. Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.  84. Eritromicina tabletas 500 mg  85. Clindamicina ampollas 600mg/cápsulas 300 mg.  86. Gentamicina ampollas 80 mg  87. Metronidazol ampollas 500 mg / tabletas 500 mg.  88. Ampicilina ampollas 1 gr. /tabletas 500 mg.  89. Oxígeno disponible.  <b>Sala de partos (Atención del parto normal y complicado):</b>  90. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.  91. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.  92. Fonendoscopio / estetoscopio.  93. Tensiómetro.  94. Termómetros.  95. Lámpara cuello de ganso o quirúrgica.  96. Camilla de partos / Camilla ginecológica o mesa de examen con piernas.  97. Corneta de Pinard y/o Doppler.  98. Reloj.  99. Dos Paquetes de instrumental listos para atención de partos.  100. Equipo para aspiración manual endouterina (AMEU).  101. Dos paquetes de ropa estéril para parto / AMEU.  102. Tirillas para proteinuria.  103. Guantes quirúrgicos estériles.  104. Soluciones desinfectantes (Clorhexidina □ Alcohol yodado).  105. Sutures absorbibles (Catgut / Vicryl)  106. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc.  107. Esparadrappo normal y poroso.  108. Gasas estériles  109. Catéter venoso # 18 o 20  110. Equipo de venoclisis o equipo de bomba de infusión.  111. Microgotero o bomba de infusión  112. Soluciones parenterales: Lactato Ringer / Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasma.  113. Epinefrina (adrenalina) ampolla 1 mg.  114. Atropina ampolla 1 mg.  115. Oxitocina ampollas de 10UI  116. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr /10 cc  117. Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.  <b>118.</b> Eritromicina tabletas 500 mg</p>	<p>varios tamaños  140. Fitomenadiona (Vitamina K1) ampolla y jeringa de insulina  141. Unguento oflálmico: oxitetraciclina al 1% o eritromicina al 0.5%</p> <p><b>Estación de enfermería de hospitalización obstétrica.</b>  142. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.  143. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.  144. Fonendoscopio / estetoscopio.  145. Tensiómetro.  146. Termómetros.  147. Corneta de Pinard y/o Doppler  148. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc.  149. Esparadrappo normal y poroso.  150. Gasas estériles  151. Catéter venoso No. 18 o 20  152. Equipo de venoclisis o equipo de bomba de infusión.  153. Microgotero o bomba de infusión  154. Soluciones parenterales: Lactato Ringer / Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasma.  155. Epinefrina (adrenalina) ampolla 1 mg.  156. Atropina ampolla 1 mg.  157. Oxitocina ampollas de 10UI  158. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr /10 cc  159. Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.  160. Eritromicina tabletas 500 mg  161. Clindamicina ampollas 600mg/cápsulas 300 mg.  162. Gentamicina ampollas 80 mg  163. Metronidazol ampollas 500 mg / tabletas 500 mg.  164. Ampicilina ampollas 1 gr. /tabletas 500 mg.  165. Betametasona amp 6 mg/ml/2 ml. O Dexametasona amp 4 mg/ml.  <b>166.</b> Oxígeno disponible.</p>	<p>infusión.  187. Microgotero o bomba de infusión  188. Soluciones parenterales: Lactato Ringer / Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasma.  189. Epinefrina (adrenalina) ampolla 1 mg.  190. Atropina ampolla 1 mg.  191. Oxitocina ampollas de 10UI  192. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr /10 cc  193. Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.  194. Cefazolina ampollas 1 g.  195. Lidocaina al 2% sin epinefrina (SE)</p> <p><b>Material de Anestesia Obstétrica.</b>  196. Máquina de anestesia funcionando y fármacos correspondientes para cirugía obstétrica básica:  197. Perif N°18,  198. Espinac N°25-26-27  199. Tubos endotraqueales 7 □ 7,5  200. Cánulas de Guedel  201. Fentanilo amp 0,05mg/ml/10 ml.  202. Bupivacaina pesada 0,5% frasco.  203. Lidocaina al 2% sin epinefrina frasco.  204. Lidocaina al 2% con epinefrina frasco.  205. Midazolam ampollas 15 mg  206. Troponol sódico frasco ampolla 1 g.  <b>207.</b> Oxígeno disponible</p>
--	---	---	---

## Estándar e indicador de proceso: control prenatal

**2.** Porcentaje de mujeres embarazadas en cuyo control prenatal (en cualquier semana de gestación) se le realizaron y registraron actividades seleccionadas según la norma

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
<p>En toda mujer embarazada en su control prenatal (en cualquier semana de gestación) se aplicará y registrará en la historia clínica las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antecedentes personales y obstétricos</li> <li>2. Semanas de amenorrea</li> <li>3. Determinación de la tensión arterial</li> <li>4. Auscultación de latidos cardíacos fetales (FCF) en embarazos &gt; 20 semanas</li> <li>5. Sangrado genital (SI APLICABLE)</li> <li>6. Actitud fetal (presentación, posición y situación) aplicable desde las 32 semanas de gestación</li> <li>7. Evaluación del estado nutricional</li> <li>8. Verificación, Indicación o registro de vacunación antitetánica según norma del MSP</li> <li>9. Prescripción de Hierro (tabletas Sulfato ferroso 50 mg)</li> <li>10. Prescripción de ácido fólico tabletas 1 mg (hasta las 12 semanas de gestación)*</li> <li>11. Solicitud o resultados de exámenes prenatales: Grupo, factor, VDRL, Hb-Hto, glucosa, VIH, EMO.</li> <li>12. Proteinuria en tirilla en embarazos &gt; 20 semanas.</li> </ol>	<p>Porcentaje de mujeres embarazadas en cuyo control prenatal recibieron atención según la norma (en cualquier semana de gestación)</p>	<p>Número de historias clínicas de control prenatal (en cualquier semana de gestación) en las que se cumplió y registró las actividades seleccionadas según la norma, en un mes ..... X 100</p> <p>Total de historias clínicas de control prenatal (en cualquier semana de gestación) que acudieron en el mismo mes</p>	<p>Historias clínicas Perinatales (Formularios: 051, 005, 006/92)</p>	<p>Parte diario de atenciones y consultas ambulatorias (MSP-S.C.I.S. Form. 504 - 04 - 2003)</p>	<p>Revisión de historias clínicas y partes diarios</p>	<p>Se revisaran todas las HC Perinatales de las mujeres embarazadas que acuden a su control prenatal</p> <p>Si el número supera las 30 HC, se elegirán aleatoriamente e hasta completar una muestra de 30</p>	<p>Mensual</p>



## Estándares e indicadores de proceso: atención del parto

**3A.** Porcentaje de partos atendidos en las Unidades de Salud con partograma, en los que se grafico correctamente la curva de alerta y la curva de dilatación cervical real de la paciente, y además se registró el descenso de la presentación, se controló y registró la tensión arterial, la actividad uterina (frecuencia y duración) y la frecuencia cardiaca fetal.

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
En todos los partos atendidos se aplicará y registrará las siguientes actividades: 1. graficar correctamente la <b>curva de alerta</b> de dilatación cervical del partograma. 2. graficar correctamente la <b>curva real</b> de la dilatación cervical del partograma. 3. registro del <b>descenso</b> de la presentación en el partograma. 4. Control y registro de la <b>tensión arterial</b> . 5. Control y registro de <b>actividad uterina</b> (frecuencia y duración) 6. Control y registro de la <b>frecuencia cardiaca fetal</b> .	% de mujeres que dieron a luz y tuvieron un gráfico correcto de las curvas del partograma y se les controló y registró la tensión arterial, la actividad uterina (frecuencia y duración) y la frecuencia cardiaca fetal.	Número de partos atendidos en los que se graficó correctamente la curva de alerta y la curva de dilatación cervical de la paciente y de descenso de la presentación en el partograma y se controló y registró la tensión arterial, la actividad uterina (frecuencia y duración) y la frecuencia cardiaca fetal, en un mes ..... X 100 Total de partos atendidos, en el mismo mes	Historia Clínica Perinatal de partos atendidos (Reverso del formulario 051)	Registro de egresos hospitalarios hoja INEC. Libro de partos	Revisión de Historias Clínicas	Se revisaran todas las HC Perinatales de las mujeres que dieron a luz en la Unidad Operativa <sup>7</sup> .  Si el número supera las 30 HC, se elegirán aleatoriamente hasta completar una muestra de 30	Mensual

7 Se excluyen las historias clínicas perinatales de las pacientes que llegan en periodo expulsivo y las cesáreas programadas.

**3B.** Porcentaje de partos atendidos en las Unidades de Salud en los que se tomó decisiones frente a desviaciones de la curva de dilatación cervical del partograma

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
En todos los partos atendidos con partograma se aplicará y registrará las siguientes actividades en los que se observaron desviaciones de la curva de dilatación cervical : 1) Valoración máximo en 30 minutos (del inicio del cambio de la curva) por un médico. 2) Manejo terapéutico de la desviación según diagnóstico.	% de mujeres que dieron a luz y tuvieron desviación de la curva de dilatación cervical esperada en el partograma y se tomaron decisiones terapéuticas oportunas	Número de partos atendidos con desviación de la curva de dilatación cervical esperada en el partograma en los que se tomó decisiones oportunas, en un mes ..... X100 Total de partos atendidos en los que existió desviaciones de la curva de dilatación cervical en el partograma en el mismo mes	Historia clínica perinatal de partos atendidos (Reverso del formulario 051)	Registro de egresos hospitalarios hoja INEC. Libro de partos	Revisión de historias clínicas	Se revisaran todas las HC Perinatales de las mujeres que dieron a luz en la Unidad Operativa en las que se utilizó el partograma <sup>2</sup> . Si el número supera las 30 HC, se elegirán aleatoriamente hasta completar una muestra de 30	Mensual

2 Se excluyen las historias clínicas perinatales de las pacientes que llegan en periodo expulsivo y las cesáreas programadas.

**4.** Porcentaje de partos vaginales atendidos en las Unidades de Salud en los que se administró a la parturienta 10 UI. de Oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del/a recién nacido/a, como parte del manejo activo del tercer período del parto y se registró en la historia clínica perinatal<sup>8</sup>

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
En todo parto vaginal como parte del manejo activo del tercer período del parto se administrará a la parturienta 10 U.I. de Oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del/a recién nacido/a y se registrará en la historia clínica perinatal	% de partos vaginales atendidos en la Unidad de Salud en los que se administró a la parturienta 10 U.I. de Oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del R.N. y se registró en la historia clínica perinatal	Número de partos vaginales en los que se le administró a la parturienta 10 U.I. de Oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del R.N. y se registró en la historia clínica perinatal ..... X 100 Total de partos vaginales atendidos en la Unidad Operativa	Historia clínica perinatal Formulario 005	Registro de egresos hospitalarios de parto vaginal, hoja INEC. Libro de partos.	Revisión de historias clínicas	Se revisaran todas las HC Perinatales de las mujeres que dieron a luz en la Unidad Operativa por parto vaginal. Si el número supera las 30 HC, se elegirán aleatoriamente hasta completar una muestra de 30	Mensual

8 Ministerio de Salud Pública, Norma y Protocolo Materno – Neonatal: 2008. El manejo activo del tercer periodo comprende (tracción controlada del cordón, masaje uterino y administración de ocitócicos).

## Estándar e indicador de proceso atención del post - parto

5. Porcentaje de post partos inmediatos en los que se controló y registró en la historia clínica perinatal en tres controles obligatorios durante las dos primeras horas, las actividades seleccionadas según la norma.

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
En todo post parto inmediato atendido en la Unidad Operativa, deberá controlarse y registrarse en la historia clínica perinatal en 3 controles obligatorios, durante las primeras dos horas las siguientes actividades: 1. Registro de la hora 2. Temperatura 3. Pulso 4. Tensión arterial 5. Involución uterina 6. Características de loquios	% de post partos inmediatos en los que se controló y registró en la historia clínica perinatal, en 3 controles obligatorios durante las primeras dos horas las actividades seleccionadas, según la norma	Número de post partos inmediatos en los que se controló y registró en la historia clínica perinatal, en 3 controles obligatorios durante las primeras dos horas después del parto todas las actividades seleccionadas según la norma ..... X 100  Total de partos vaginales atendidos en la Unidad Operativa	Historia clínica perinatal	Registro de egresos hospitalarios Libro de partos	Revisión de historias clínicas	Se revisaran todas las HC Perinatales de las mujeres que dieron a luz en la Unidad Operativa por parto vaginal. Si el número supera las 30 HC, se elegirán aleatoriamente hasta completar una muestra de 30	Mensual

## Estándar e indicador de proceso: atención del/a recién nacido/a a término

6. Porcentaje de recién nacidos/as a término en los/as que se realizó y registró en la historia clínica perinatal por lo menos 11 actividades seleccionadas de la Norma.

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
En todo/a recién nacido/a a término se deberá realizar y registrar en la historia clínica por lo menos las siguientes actividades: 1. Peso al nacer 2. Talla en cm 3. Perímetro cefálico en cm 4. Apgar (1' - 5') 5. Registro de realización o no de reanimación respiratoria (si aplica o si apgar <7) 6. Examen físico 7. Administración de 1 mg. de vitamina K IM. 8. Profilaxis de oftalmía bacteriana con ungüento oftálmico: oxitetraciclina al 1% o eritromicina al 0.5% 9. Alojamiento conjunto. 10. Apego precoz. 11. Lactancia materna inmediata y exclusiva.	Porcentaje de recién nacidos/as a término en los/as que se realizó y registró en la historia clínica de atención perinatal las 11 actividades seleccionadas, según la norma	Número de recién nacidos/as a término en los/as que se realizó y registró en la historia clínica perinatal las 11 actividades seleccionadas según la norma ..... X 100  Total de recién nacidos/as atendidos/as	Historia clínica: formulario 051, formulario 005	Registro de egresos hospitalarios de partos (vaginales y cesáreas). Libro de partos	Revisión de historias clínicas	Se revisaran todos los formularios 051 de las HC de las mujeres que dieron a luz en la Unidad Operativa. Si el número supera las 30 HC, se elegirán aleatoriamente hasta completar una muestra de 30	Mensual

## Estándar e indicador de atención del parto y recién nacido/a por personal profesional calificado

**7A.** Porcentaje de partos atendidos por personal profesional calificado (médico/a u obstetriz).

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO / MUESTRA	PERIODICIDAD
El 100% de los partos atendidos en hospitales básicos y generales serán atendidos por personal profesional calificado (médico/a u obstetriz)	% de partos atendidos en hospitales básicos y generales por personal profesional calificado (médico/a u obstetriz)	Nº de partos atendidos por profesional capacitado (médico/a u obstetriz) ..... X 100 Total de partos atendidos	HC. Formulario 051	Registro de egresos hospitalarios Libro de partos	Revisión de registros	Se revisaran todos los formularios 051 de las HC de las mujeres que dieron a luz en los hospitales por parto vaginal. Si el número supera las 30 HC, se elegirán aleatoriamente hasta completar una muestra de 30	Mensual

**7B.** Porcentaje de recién nacidos/as atendidos/as por personal profesional calificado (médico/a u obstetriz).

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO / MUESTRA	PERIODICIDAD
El 100% de recién nacidos/as en hospitales básicos y generales serán atendidos por personal profesional calificado (médico/a u obstetriz).	% de recién nacidos/as atendidos/as en el hospital por personal profesional calificado (médico/a u obstetriz).	Nº de recién nacidos/as atendidos por profesional capacitado (médico/a u obstetriz). ..... X 100 Total de recién nacidos/as	HC. Formulario 051	Registro de egresos hospitalarios Libro de partos	Revisión de registros	Se revisaran todos los formularios 051 de las HC de las mujeres que dieron a luz en el hospital por parto vaginal. Si el número supera las 30 HC, se elegirán aleatoriamente hasta completar una muestra de 30	Mensual

## Estándares e indicadores de proceso: complicaciones obstétricas

**8A.** Porcentaje de pacientes con Pre eclampsia y Eclampsia que fueron manejadas de acuerdo a la norma.

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/ MUESTRA	PERIODICIDAD
Toda paciente con Eclampsia y Pre eclampsia se deberá manejar de acuerdo a la norma	% de pacientes atendidas con Eclampsia y Pre eclampsia que fueron manejadas de acuerdo a la norma	$\frac{\text{Número de pacientes atendidas con Eclampsia y Pre eclampsia, que fueron manejadas de acuerdo a la norma}}{\text{Total de pacientes atendidas con Eclampsia y Pre eclampsia}} \times 100$	- Historia Clínica - Formulario de Emergencia 008	Registro de egresos hospitalarios (INEC) Partes diarios de Emergencia: Form 527 y 008	Revisión de historias clínicas en base a protocolos de atención de eclampsia y preeclampsia	Universo	Mensual

Se define como **Preeclampsia**, a la detección en cualquier gestante con:

- presión arterial sistólica mayor o igual a **140 mm** de Hg.
- presión arterial diastólica mayor o igual a **90 mm Hg**. ó gestante con control prenatal que tiene un **incremento de 30 mm Hg o 15 mm Hg** en la presión arterial sistólica y diastólica, respectivamente.
- Proteinuria mayor de 300 mg. en 24 horas, ó ++ o más en tirillas. **Eclampsia** todo lo anterior más convulsiones tónico clónicas generalizadas y / o coma. (MSP, Norma y Protocolo Materno – Neonatal: 2008, 2008).

### Guía para la calificación del estándar de la Preeclampsia y Eclampsia

Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN EMERGENCIA/ C. EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL de la Pre-eclampsia - Eclampsia <sup>9</sup> .	Manejo de la paciente HOSPITALIZADA con Preeclampsia, eclampsia:	
<ol style="list-style-type: none"> <li>Edad gestacional</li> </ol> <p>Determinar al menos una vez:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tensión Arterial</li> <li>Valoración (presencia o ausencia) de proteinuria (en tira reactiva)</li> <li>Auscultación de la Frecuencia Cardíaca Fetal (si aún no se ha producido el parto)</li> </ol> <p>Manejo Terapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Impregnación de Sulfato de magnesio (4 gr. Intravenoso lento o por microgotero)</li> <li>Administración de antihipertensivos (Nifedipina) si TA Diastólica es mayor a 110 mm. Hg.</li> <li>Transferencia inmediata al Nivel II o III (según corresponda) u orden de hospitalización</li> </ol>	<p>Realización de exámenes de laboratorio (al ingreso):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Coagulación: conteo de plaquetas</li> </ol> <p>Determinar en cada turno (TID):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tensión arterial</li> <li>Frecuencia cardíaca o pulso materno</li> <li>Frecuencia respiratoria</li> <li>Valoración de reflejo rotuliano ( mientras se administre sulfato de Mg)</li> <li>Control de Ingesta / Excreta</li> </ol>	<p>Manejo Terapéutico</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Valoración por médico especialista o de mayor experiencia en GO. (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso</li> <li>Administración de antihipertensivos (Nifedipina) si TA Diastólica es mayor a 110 mm. Hg.</li> <li>Mantener administración de sulfato de magnesio de mantenimiento (de 1 a 2 gr./h. endovenoso) hasta 24 horas posparto ( ver Nro 12)</li> <li>Maduración fetal<sup>10</sup> de pulmones con 12 mg IM de Betametasona cada 12 horas por 2 días o Dexametasona 6mg IM c/12h por 4 dosis, si embarazo está entre 26 a 34 semanas 6 días.</li> <li>Terminar el embarazo por parto o cesárea independientemente de la edad gestacional, con consentimiento informado, en las primeras 24 horas. Si presenta uno o más signos de complicación deberá terminar el embarazo en las primeras 12 horas:             <ol style="list-style-type: none"> <li>Convulsiones (eclampsia)</li> <li>TA. Diastólica mayor o igual a 110 mm./Hg. o TA. Sistólica mayor o igual a 160 mm./Hg. mantenidas a pesar de tratamiento hasta por 6 horas</li> <li>Oliguria (diuresis menor a 1cc./Kg./h.)</li> <li>Proteinuria mayor a 3 gr. / 24 h. ó 3 a 4 + en tirilla.</li> <li>Síndrome de Hellp<sup>11</sup></li> </ol> </li> </ol>

<sup>9</sup> Esta sección corresponde al manejo de la paciente, ya sea en hospital básico ( cantonal) previo a su transferencia, o al manejo inicial en emergencia del hospital general

<sup>10</sup> Guía de intervenciones perinatales basadas en evidencias para la reducción de la mortalidad neonatal. Dirección de normatización del sistema nacional de Salud. Abril. .2007

<sup>11</sup> Es una complicación del estado hipertensivo del embarazo que se caracteriza por : H hemólisis microangiopática , Ela elevación de enzimas hepáticas , LP plaquetas bajas

## 8B. Porcentaje de pacientes con Hemorragias Obstétricas que fueron manejadas de acuerdo a la norma

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO / MUESTRA	PERIODICIDAD
Toda paciente con Hemorragias Obstétricas se deberá manejar de acuerdo a la norma	% de pacientes con Hemorragias Obstétricas que fueron manejadas de acuerdo a la norma	$\frac{\text{Número de pacientes atendidas con Hemorragias Obstétricas y que fueron manejadas de acuerdo a la norma}}{\text{Total de pacientes atendidas con Hemorragias Obstétricas}} \times 100$	- Historia Clínica Perinatal - Formulario de Emergencia 008	Registro de egresos hospitalarios (INEC)	Revisión de historias clínicas, con Hemorragias Obstétricas	Universo	Mensual

Se define dentro de complicación obstétrica grave: **Hemorragia de la primera mitad y de la segunda mitad del embarazo:** toda pérdida de sangre producida por los siguientes casos: embarazo ectópico; mola y aborto; placenta previa; desprendimiento prematuro de la placenta; ruptura uterina, que requiere estabilización del estado hemodinámico **Hemorragia parto y postparto:** pérdida de sangre (mayor a 500 ml.) que requiere tratamiento (provisión de líquidos por vía endovenosa y/o transfusión de sangre); en los casos de: retención de la placenta o restos; hipotonía, atonía uterina, placenta anormalmente adherente; desgarros vaginales y cervicales; inversión uterina.

### Guía para la calificación del estándar de las hemorragias obstétricas

Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN EMERGENCIA/ C. EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL de las Hemorragias Obstétricas	Manejo de la paciente HOSPITALIZADA con Hemorragia Obstétrica:
1. Si está embarazada determinar edad gestacional  Determinar al menos una vez:  2. <b>Tensión Arterial</b> 3. Pulso y / o Frecuencia cardiaca materna 4. <b>Valorar el sangrado vaginal y sus características</b> 5. Auscultación de la Frecuencia Cardiaca Fetal (si edad gestacional es igual o mayor a 20 semanas)  Manejo: 6. <b>Valoración inmediata por médico (NO INTERNO ROTATIVO) máximo 15 minutos después del ingreso</b> 7. <b>Administración de SS 0.9% / Lactato Ringer ( canalizando 2 vías si es necesario)</b> 8. <b>En caso de shock, estabilizar a la paciente<sup>12</sup></b> 9. <b>En caso de hemorragia posparto, administración de uterotónicos: oxitocina.</b> 10. <b>Transferencia inmediata al Nivel II o III u orden de hospitalización ( asegurese que la paciente este estable, y que el traslado se realice acompañada por personal capacitado)</b>	Realización de exámenes de laboratorio: 11. Hematocrito y/o Hemoglobina 12. Coagulación: TP (tiempo de protrombina) 13. Coagulación: TTP (tiempo de tromboplastina parcial) 14. Coagulación: conteo de plaquetas Determinar al menos tres veces al día: 15. <b>Tensión arterial</b> 16. Pulso y / o Frecuencia cardiaca materna 17. <b>Valoración de sangrado vaginal y sus características</b> 18. Control de Ingesta / Excreta Manejo Terapéutico 19. <b>Continuar administración de líquidos endovenosos</b> 20. <b>Manejo terapéutico según diagnóstico:</b> a. administración de uterotónicos: oxitocina b. <b>AMEU, curetaje / revisión de cavidad uterina (Aborto complicado, retención de placenta o restos corioplacentarios)</b> c. <b>Cesárea y/o Histerectomía ( placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura uterina, atonía uterina)</b> d. <b>Laparotomía ( Embarazo ectopico, atonía uterina)</b> e. <b>Reparación o sutura ( Desgarros cervicales o de canal vaginal)</b> f. <b>Paquete globular ( Hb &lt; 7g/dl, plasma (Tp,TTP 1.5v/Normal) y plaquetas ( &lt; 20.000 a 50.000 según el caso)<sup>13</sup></b>

12 Ministerio de Salud Pública, Norma y Protocolo Materno – Neonatal: 2008. Manifestaciones de Shock : Pulso rápido y débil (110 por minuto o más); Presión arterial baja (sistólica menor de 90 mm Hg), además se incluyen: Palidez en conjuntivas, palma de las manos y peribucal, Sudoración o piel fría y húmeda, Respiración rápida de 30 o más por minuto, Ansiedad, confusión o inconsciencia, Oliguria de menos de 30 ml por hora.

13 Manual sobre criterios técnicos para el uso clínico de sangre y hemocomponentes. MSP- UELMGYAI. Julio 2004

**8C.** Porcentaje de pacientes con Infección / Fiebre de causa obstétrica: aborto séptico, corioamnionitis, endometritis que fueron manejadas de acuerdo a la norma.

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO / MUESTRA	PERIODICIDAD
Toda paciente con Infección / Fiebre de causa obstétrica: aborto séptico, corioamnionitis, endometritis, se deberá manejar de acuerdo a la norma	% de pacientes con Infección / Fiebre de causa obstétrica: aborto séptico, corioamnionitis, endometritis que fueron manejadas de acuerdo a la norma	$\frac{\text{Número de pacientes atendidas con Infección / Fiebre de causa obstétrica: aborto séptico, corioamnionitis, endometritis y que fueron manejadas de acuerdo a la norma}}{\text{Total de pacientes atendidas con Infección / Fiebre de causa obstétrica: aborto séptico, corioamnionitis, endometritis}} \times 100$	- Historia Clínica Perinatal - Formulario de Emergencia 008	Registro de egresos hospitalarios (INEC)	Revisión de historias clínicas, con Infección / Fiebre de causa obstétrica: aborto séptico, corioamnionitis, endometritis	Universo	Mensual

Se define como **infección de causa obstétrica** aquella que cursa con fiebre (temperatura de 38°C o más) antes del parto, durante el parto o en el posparto. Las etiologías infecciosas más frecuentes y graves son el aborto séptico, la corioamnionitis o infección de membranas ovulares y la endometritis con sus complicaciones pélvicas. (Norma y Protocolo Materno – Neonatal: 2008)

**Guía para la calificación del estándar de infección / fiebre de causa obstétrica**

Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN EMERGENCIA/ C. EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL de la infección / fiebre de causa obstétrica: aborto séptico, corioamnionitis, endometritis	Manejo de la paciente HOSPITALIZADA con infección / fiebre de causa obstétrica: aborto séptico, corioamnionitis, endometritis
<ol style="list-style-type: none"> <li>Si está embarazada determinar edad gestacional.</li> <li>Determinar el número de días de posparto o postaborto (si aplica)</li> </ol> <p>Determinar al menos una vez:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Temperatura</li> <li>Pulso o frecuencia cardíaca</li> <li>Tensión arterial</li> <li>Verificar sangrado genital, flujo o loquios de mal olor</li> </ol> <p>Si está embarazada determinar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Vitalidad del producto (frecuencia cardíaca fetal por cualquier método)</li> </ol> <p>Si está en posparto determinar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Involución uterina</li> <li>Signos de infección en las heridas quirúrgicas abdominales o perineales, abscesos mamarios (si aplica)</li> </ol> <p>Realizar exámenes de laboratorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Contaje leucocitario</li> </ol> <p>Manejo terapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Iniciar antibiótico terapia I.V. de amplio espectro: <ol style="list-style-type: none"> <li>Clindamicina 900 mg I.V c/8 + Gentamicina 5mg /Kg/ 24h , o</li> <li>Ampicilina 2g IV c/6h + Gentamicina 5mg /Kg cada 24h + Metronidazol 500mg I.V c/6h</li> </ol> </li> <li>Referencia inmediata al nivel II o III (según corresponda) u orden de hospitalización</li> </ol>	<p>Determinar al menos en cada turno ( TID): mínimo por 48 horas o hasta la estabilización de signos vitales.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Temperatura</li> <li>Pulso o frecuencia cardíaca</li> <li>Tensión arterial</li> </ol> <p>Manejo terapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Valoración por médico de mayor experiencia en GO. (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso.</li> <li>Exploración, drenaje y curación de heridas quirúrgicas infectadas o abscesos mamarios ( si aplica)</li> <li>Manejo terapéutico según diagnóstico: <ol style="list-style-type: none"> <li>AMEU o Curetaje y/o revisión de cavidad uterina ( Aborto séptico, restos corioplacentarios infectados)</li> <li>Parto normal / Cesárea.</li> <li>Histerectomía ( perforación uterina , corioamnionitis)</li> <li>Laparotomía (perforaciones, abscesos, Embarazos ectopicos infectados, pelviperitonitis)</li> <li>Reparación quirúrgica ( Desgarros de canal vaginal o episiotomía infectados)</li> </ol> </li> <li>Continuar antibiótico terapia I.V. de amplio espectro: <ol style="list-style-type: none"> <li>Clindamicina 900 mg I.V c/8 + Gentamicina 5mg /Kg/ 24h , o</li> <li>Ampicilina 2g IV c/6h + Gentamicina 5mg /Kg cada 24h + Metronidazol 500mg I.V c/6h</li> </ol> </li> </ol>

**8D.** Porcentaje de amenaza de Partos Pretermino<sup>14</sup> en los que se administró a la madre corticoides y se registró en la historia clínica perinatal/ Historia Clínica única, la inducción de maduración fetal pulmonar.

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO / MUESTRA	PERIODICIDAD
En toda amenaza de parto pretermino se deberá realizar y registrar en la historia clínica la administración materna de 12 mg IM de Betametasona cada 24 horas por 2 días o Dexametasona 6mg IM c/12h por 4 dosis, si el embarazo es menor de 35 semanas. Para acelerar la maduración fetal <sup>15</sup> de los pulmones.	Porcentaje de partos pretérmino en los/as que se realizó y registró en la historia clínica materna la administración de corticoides, según la norma	Número de partos pretermino en los/as que se realizó y registró en la historia clínica perinatal / H.CL la administración de corticoides a la madre según la norma ..... X 100  Total de partos pretermino atendidos/as	Historia clínica: formulario 051, formulario 005 formulario 008	Registro de egresos hospitalarios de partos (vaginales y cesáreas). Libro de partos	Revisión de historias clínicas	Se revisarán todos los formularios 051 de las HC de las mujeres que dieron a luz en la Unidad Operativa, que tuvieron un parto con producto pretérmino. Si el número supera las 30 HC, se elegirá aleatoriamente una muestra de 30	Mensual

14 Ministerio de Salud Pública, Norma y Protocolo Materno – Neonatal: 2008: Amenaza de parto pretermino: Contracciones uterinas (por lo menos 3 en 30 minutos), sin cambios cervicales mayores con dilatación menor a 3 cm. , antes de las 37 semanas (259 días desde la FUM).

15 Guía de intervenciones perinatales basadas en evidencias para la reducción de la mortalidad neonatal. Dirección de Normalización del sistema nacional de Salud. Abril. .2007

**8E.** Porcentaje de amenaza de Partos Pretérmino en los que se administró a la madre Nifedipina como Útero inhibidor y se registró en la historia clínica perinatal/Historia Clínica única.

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO / MUESTRA	PERIODICIDAD
En toda amenaza de parto pretermino con trabajo de parto se deberá realizar y registrar en la historia clínica las siguientes actividades: 1. Administración inicial / Emergencia de 10 mg de Nifedipina vía oral. 2. Si la actividad uterina continúa: Administre 10 mg VO c/ 20 min., hasta completar un total de 3 dosis. 3. Dosis de mantenimiento: Nifedipina 10 a 20 mg VO, cada 4 - 8 horas por 2 a 3 días (en base a la disminución o cese de contracciones uterinas).	Porcentaje de amenaza de partos pretérmino ,en los que se realizó y registró en la historia clínica de atención perinatal las 3 actividades seleccionadas, según la norma	Número de amenazas de partos pretérmino con trabajo de parto en los que se realizó y registró en la historia clínica perinatal las 3 actividades seleccionadas según la norma .....X 100  Total de recién nacidos/as pretermino atendidos/as	Historia clínica: formulario 051, formulario 005 formulario 008	Registro de egresos hospitalarios de partos (vaginales y cesáreas). Libro de partos o neonatos	Revisión de historias clínicas	Se revisarán todos los formularios 051 de las HC de las mujeres que dieron a luz a niños pretérmino, en la Unidad Operativa. Si el número supera las 30 HC, se elegirá aleatoriamente una muestra de 30	Mensual



**8F.** Porcentaje de Embarazadas con Ruptura Prematura de membranas que fueron manejadas de acuerdo a la norma.

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO / MUESTRA	PERIODICIDAD
Toda embarazada con ruptura prematura de membranas, se deberá manejar de acuerdo a la norma	% de Embarazadas con Ruptura prematura de membranas que fueron manejadas de acuerdo a la norma	$\frac{\text{Número de Embarazadas atendidas con ruptura prematura de membranas que fueron manejadas de acuerdo a la norma}}{\text{Total de Embarazadas atendidas con ruptura prematura de membranas}} \times 100$	- Historia Clínica Perinatal - Formulario de Emergencia 008, hoja 005 ( hoja de evolución)	Informe estadístico de egresos hospitalarios ( que se envía al INEC)	Revisión de historias clínicas, con cesáreas, corioamnionitis, endometritis, preeclampsia / Eclampsia, hidrorrea sufrimiento fetal, parto pretérmino para identificar los casos de ruptura prematura de membranas.	Universo	Mensual

Se define como **Ruptura prematura de membranas** aquella ruptura que sucede antes de que haya empezado el trabajo de parto y puede ocurrir cuando el feto no ha madurado ( pretérmino, < 37 semanas EG), o ha madurado ( a termino > 37 semanas) (Guía de intervenciones perinatales basadas en evidencias para la reducción de la mortalidad neonatal. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Abril. 2007)

**Guía para la calificación del estándar de Ruptura prematura de membranas**

Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL / ESPECIALIZADO, de la ruptura prematura de membranas	Manejo de la paciente HOSPITALIZADA con ruptura prematura de membranas
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edad Gestacional.</li> <li>2. Se confirmo el diagnostico mediante olor, compresa vaginal o examen con especulo estéril.</li> </ol> <p>Determinar al menos una vez:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Temperatura</li> <li>4. Pulso o frecuencia cardiaca</li> <li>5. Tensión arterial</li> <li>6. Verificar sangrado genital, flujo de mal olor</li> <li>7. Vitalidad del producto (frecuencia cardiaca fetal por cualquier método)</li> </ol> <p>Manejo terapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Valoración por médico de mayor experiencia en Ginecoobstetricia (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso.</li> <li>9. <b>SI EXISTE</b> signos de infección (fiebre, secreción vaginal de mal olor): iniciar antibiótico terapia I.V. de amplio espectro: Ampicilina 2g IV c/6h + Gentamicina 5mg /Kg cada 24h .</li> <li>10. <b>SI NO EXITE</b> hay signos de infección <b>Si no hay trabajo de parto</b> : iniciar eritromicina 250 mg vía oral cada 6 horas por 7 días o hasta el nacimiento <b>Si Hay Trabajo de Parto:</b> Penicilina 5 millones UI I.V inicialmente y luego 2.5 millones c/4h O Ampicilina 2g Iv inicial y luego 1gIv c/4h O Clindamicina 900 mg I.V c/8h hasta el parto.</li> <li>11. Manejo de inducción de maduración fetal pulmonar, si aplica ( Ver estandar 8D)</li> <li>12. Manejo de parto pretermino, si aplica ( ver estandar 8 E)</li> <li>13. No realizar tacto vaginal hasta que se encuentre en trabajo de parto</li> <li>14. Referencia inmediata al nivel II o III (según corresponda) u orden de hospitalización</li> </ol>	<p>Determinar al menos en cada turno (TID):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>15. Temperatura</li> <li>16. Pulso o frecuencia cardiaca</li> <li>17. Tensión arterial</li> </ol> <p>Manejo terapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>18. Valoración <b>CONJUNTA</b> por médico de mayor experiencia en Pediatría y Ginecoobstetricia. (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso.</li> <li>19. Continuar manejo de inducción de maduración fetal pulmonar de acuerdo a norma ( si aplica) Ver estandar 8D</li> <li>20. Continuar manejo de parto pretermino ( si aplica). Ver estandar 8E</li> <li>21. Continuar antibiótico terapia I.V. de amplio espectro: Ampicilina 2g IV c/6h + Gentamicina 5mg /Kg cada 24h</li> <li>22. Terminar el embarazo, según Norma:             <ol style="list-style-type: none"> <li>c. Parto normal por inducción en caso de gestaciones de 36 o más semanas y si el Índice de Bishop<sup>16</sup> resulta &gt; 4 y existe madurez pulmonar comprobada</li> <li>d. Coriamionitis o hipoxia fetal , terminar gestación por cualquier vía.</li> </ol> </li> </ol>

16 El Índice de Bishop ayuda en la valoración la primera etapa de la labor de parto de acuerdo a los parámetros como dilatación ,borramiento, posición y la consistencia de cuello uterino, altura de la presentación

## Estándares e indicadores de proceso: complicaciones neonatales

### 9 A. Porcentaje de Recién Nacidos/as con infección sistémica, que fueron manejados de acuerdo a la norma

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO / MUESTRA	PERIODICIDAD
Todo RN con infección se deberá manejar de acuerdo a la norma.	% de RN atendidos con infección que fueron manejados/as de acuerdo a la norma	$\frac{\text{Número de RN atendidos con infección que fueron manejados de acuerdo a la norma}}{\text{Total de RN atendidos con infección}} \times 100$	- Historia Clínica del RN, - Historia Clínica Perinatal CLAP Formulario 051 - Formulario para Hospitalización Neonatal Formulario 052 - Hoja 005 de evolución	Registros de egresos hospitalarios (INEC) Registros de Egresos Hospitalarios de neonatología según CIE 10.	Revisión de historias clínicas de RN con infección	Universo / o muestra de 30 historias clínicas	Mensual

Se define como infección en el RN a los procesos patológicos sistémicos (siendo los más comunes: sepsis, neumonía, enterocolitis necrotizante, meningitis, STORCH) debido a la invasión por microorganismos patógenos (bacterias, hongos, virus, parásitos), o sus toxinas.  
CIE-10: P22 – P28

### Guía para la calificación del estándar de Recién Nacidos/as con Infección

Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL, del Recién Nacido con infección:	Manejo del RN con infección HOSPITALIZADO en los niveles II y III
<p><b>Determinar antecedentes gestacionales:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Edad gestacional</li> <li>2.- Ruptura prematura de membranas<sup>17</sup> mayor de 18 horas*</li> </ol> <p><b>Registrar en la Historia Clínica perinatal / Neonatal del RN:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.- Horas/días de vida de RN</li> <li>4.- Temperatura axilar</li> <li>5.- Cianosis / Color.</li> <li>6.- Frecuencia Cardíaca</li> <li>7.- Frecuencia Respiratoria</li> <li>8.- Examen Abdominal</li> </ol> <p><b>Realizar exámenes de laboratorio:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9.- Contaje leucocitario, morfología de neutrófilos</li> <li>10.- Plaquetas</li> <li>11.- Glicemia con tirilla (normal: igual o &gt; a 40 mg/dL)</li> </ol> <p><b>Manejo terapéutico:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12.- Valoración inmediata por médico de mayor experiencia en Pediatría (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso.</li> <li>13.- Valorar y registrar la escala de Sepsis<sup>18</sup>.</li> <li>14.- Mantener la temperatura axilar entre 36.5°C y 37°C mediante termocuna.</li> <li>15.- Si está indicada la alimentación enteral, dar leche materna por succión o por sonda orogástrica</li> <li>16.- Administrar la primera dosis de antibióticos: Ampicilina 50 mg/kg, IM. + Gentamicina 5 mg/kg, IM.</li> <li>17.- Hospitalización máximo en 1 hora. Referencia según criterios de Escala de Sepsis (ver nota (18) al pie) en incubadora y administrando oxígeno durante el transporte.</li> </ol>	<p><b>Registrar en la Historia del RN cada 3 horas: (hasta que el RN se estabilice)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>18. Temperatura axilar</li> <li>19. Frecuencia cardíaca</li> <li>20. Frecuencia respiratoria</li> <li>21. Presión arterial</li> <li>22. Saturación de oxígeno</li> </ol> <p><b>Realizar y registrar los exámenes de laboratorio</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>23. Glicemia una vez al día y PRN</li> <li>24. Hemocultivo</li> <li>25. Otros cultivos de acuerdo a la clínica del RN (si aplica)</li> <li>26. BH, PCR y VSG a las 72 horas de iniciado el tratamiento antibiótico</li> </ol> <p><b>Manejo terapéutico:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>27. Valoración por parte de pediatra o médico de mayor experiencia en pediatría</li> <li>28. Mantener temperatura axilar entre 36,5 y 37°C mediante termocuna</li> <li>29. Si está indicada la alimentación, dar leche materna por succión o por sonda orogástrica</li> <li>30. Canalizar vía intravenosa.</li> <li>31. Continuar / Administrar tratamiento inicial de antibióticos de acuerdo a la norma.</li> </ol>

17 Sistema Informático Perinatal. Historia Clínica Perinatal. CLAP/OPS Nov.2007

\* Ruptura de membranas antes de que haya empezado el trabajo de parto; ocurre con o sin maduración del feto.

18 La Escala de Sepsis valora: conteo de leucocitos, de neutrófilos, de neutrófilos inmaduros y de plaquetas, relación neutrófilos inmaduros / neutrófilos totales, cambios degenerativos en los neutrófilos. Interpretación: < o = 2: sepsis improbable, 3 – 4: sepsis probable, = o > 5: sepsis muy probable

## 9 B. Porcentaje de Recién Nacidos/as con trastornos respiratorios, que fueron manejados de acuerdo a la norma

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO / MUESTRA	PERIODICIDAD
Todo RN con trastornos respiratorios se deberá manejar de acuerdo a la norma.	% de RN atendidos con trastornos respiratorios que fueron manejados de acuerdo a la norma	$\frac{\text{Número de RN atendidos con trastornos respiratorios que fueron manejados de acuerdo a la norma}}{\text{Total de RN atendidos con trastornos respiratorios}} \times 100$	- Historia Clínica del RN, - Historia Clínica Perinatal CLAP Formulario 051 - Formulario para Hospitalización Neonatal Formulario 052 --Hoja 005 de evolución	Registros de egresos hospitalarios (INEC) Registros de Egresos Hospitalarios de neonatología según CIE 10.	Revisión de historias clínicas de RN con trastornos respiratorios	Universo / o muestra de 30 historias clínicas	Mensual

Se define como trastornos respiratorios del RN a una serie de patologías caracterizadas por taquipnea (FR > 60 rpm), cianosis central (generalizada), quejido espiratorio y/o retracciones subcostales o subxifoideas, siendo las más frecuentes: enfermedad de membrana hialina o síndrome de dificultad respiratoria, neumonía congénita, síndrome de aspiración meconial, taquipnea transitoria del recién nacido. CIE-10: P35 – P39

### Guía para la calificación del estándar de Recién Nacidos/as con trastornos respiratorios

Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL, del Recién Nacido con trastornos respiratorios	Manejo del RN con trastornos respiratorios HOSPITALIZADO en los niveles II y III
<p>Determinar antecedentes gestacionales:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Administración de corticoides antenatales (en caso de embarazo &lt; 35 semanas)</li> <li>Edad gestacional</li> </ol> <p>Registrar en la Historia Clínica del RN:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Horas/días de vida de RN</li> <li>Temperatura axilar</li> <li>Cianosis / Color</li> <li>Frecuencia cardíaca</li> <li>Frecuencia respiratoria</li> <li>Examen abdominal</li> </ol> <p>Realizar exámenes de laboratorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Biometría hemática</li> <li>Glicemia con tirilla (normal: igual o &gt; a 40 mg/dL)</li> </ol> <p>Manejo terapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Valoración inmediata por médico de mayor experiencia en Pediatría (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso.</li> <li>Valorar y registrar la Escala de Downes<sup>19</sup></li> <li>Mantener saturación oxígeno entre 90% y 95% para recién nacido a término y entre 88% y 92% para recién nacido pretérmino, mediante administración de Oxígeno con Hood, CAAP o Ventilación mecánica.</li> <li>Mantener la temperatura axilar entre 36.5°C y 37°C mediante termocuna.</li> <li>Administrar la primera dosis de antibióticos: Ampicilina 50 mg/kg, IM + Gentamicina 5 mg/kg,IM.</li> <li>Hospitalización máximo en 1 hora. Referencia según criterios de Escala de Downes (ver nota al pie) en incubadora y administrando oxígeno durante el transporte.</li> </ol>	<p>Registrar en la Historia del RN cada 3 horas: (hasta que el RN se estabilice)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Temperatura axilar</li> <li>Frecuencia cardíaca</li> <li>Frecuencia respiratoria</li> <li>Presión arterial</li> <li>Saturación de oxígeno</li> <li>Valorar y registrar la Escala de Downes</li> </ol> <p>Realizar y registrar los exámenes de laboratorio e imagen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Glicemia una vez al día y PRN</li> <li>BH, PCR y VSG al ingreso y PRN</li> <li>Radiografía de tórax al ingreso y PRN</li> </ol> <p>Manejo terapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Valoración por parte de pediatra o médico de mayor experiencia en pediatría</li> <li>Mantener temperatura axilar entre 36,5 y 37°C mediante termocuna.</li> <li>Mantener saturación oxígeno entre 90% y 95% para recién nacido a término y entre 88% y 92% para recién nacido pretérmino, mediante administración de Oxígeno con Hood, CAAP o Ventilación mecánica.</li> <li>Si está indicada la alimentación enteral dar leche materna por sonda orogástrica. Si la FR es mayor a 80 x', NPO</li> <li>Canalizar vía intravenosa</li> <li>Continuar / Administrar tratamiento inicial de antibióticos de acuerdo a la norma</li> </ol>

19 Evalúa la dificultad respiratoria de acuerdo a los siguientes signos: frecuencia respiratoria, cianosis central, entrada de aire, quejido espiratorio, retracciones subcostales o subxifoidea.

Conducta según puntuación:

1-3: dificultad respiratoria leve = Oxígeno al 40% con Hood,

4-6: dificultad respiratoria moderada = CAAP,

≥ 7: dificultad respiratoria severa = ventilación mecánica

### 9 C. Porcentaje de Recién Nacidos/as con prematuridad y/o peso bajo, que fueron manejados de acuerdo a la norma

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO / MUESTRA	PERIODICIDAD
Todo RN con prematuridad – peso bajo se deberá manejar de acuerdo a la norma.	% de RN atendidos con prematuridad – peso bajo que fueron manejados de acuerdo a la norma	Número de RN atendidos con prematuridad – peso bajo que fueron manejados de acuerdo a la norma ..... x100 Total de RN atendidos con prematuridad y/o peso bajo	- Historia Clínica del RN. - Historia Clínica Perinatal CLAP Formulario 051 - Formulario para Hospitalización Neonatal Formulario 052	Registros de egresos hospitalarios (INEC) Registros de Egresos Hospitalarios de neonatología según CIE 10.	Revisión de historias clínicas con prematuridad – peso bajo. Sin infección sistémica ni trastorno respiratorio	Universo / o muestra de 30 historias clínicas	Mensual

Se define como prematuro al RN con edad gestacional igual o menor de 37 semanas. Se define como peso bajo al RN con peso menor de 2 500 gramos y/o al RN que se ubica por su peso por debajo o en el percentil 10, en relación a la edad gestacional. CIE-10: P07

### Guía para la calificación del estándar de prematuridad – peso bajo

Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL, del Recién Nacido con prematuridad – peso bajo	Manejo del RN con prematuridad – peso bajo HOSPITALIZADO en los niveles II y III
<p><b>Determinar antecedentes gestacionales:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Administración de corticoides antenatales (en caso de Embarazo &lt; 35 semanas)</li> <li>2.- Edad gestacional, ya sea por FUM, ECO, test de Baillard modificado o fórmula Pérmetro Cefídico* +2</li> </ol> <p><b>Registrar en la Historia Clínica del RN:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.- Graficación del peso, talla y perímetro cefálico en las curvas de antropometría</li> <li>4.- Horas/días de vida de RN</li> <li>5.- Temperatura axilar</li> <li>6.- Cianosis / Color</li> <li>7.- Frecuencia cardíaca</li> <li>8.- Frecuencia respiratoria</li> <li>9.- Examen abdominal</li> </ol> <p><b>Realizar exámenes de laboratorio:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10.- Glicemia por tirilla (normal: igual o &gt; a 40 mg/dl)</li> </ol> <p><b>Manejo terapéutico:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11.- Valoración inicial e inmediata por médico de mayor experiencia en Pediatría (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso.</li> <li>12.- Valorar y registrar la Escala de Downes.</li> <li>13.- Mantener saturación oxígeno entre 88% y 92% para recién nacido pretérmino</li> <li>14.- Mantener la temperatura axilar entre 36.5°C y 37°C mediante termocuna.</li> <li>15.- Iniciar lactancia materna lo antes posible si las condiciones del RNPR lo permiten; de lo contrario administrar D/A intravenosa.</li> <li>16.- Hospitalización máximo en 1 hora o si se requiere de referencia, se realiza en incubadora y administrando oxígeno durante el transporte.</li> </ol>	<p><b>Registrar en la Historia del RN cada 3 horas: (hasta que el RN se estabilice)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>17.- Temperatura axilar</li> <li>18.- Frecuencia cardíaca</li> <li>19.- Frecuencia respiratoria</li> <li>20.- Presión arterial</li> <li>21.- Saturación de oxígeno</li> <li>22.- Valorar y registrar la Escala de Downes</li> </ol> <p><b>Realizar y registrar los exámenes de laboratorio</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>23.- Glicemia una vez al día y PRN</li> </ol> <p><b>Manejo terapéutico:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>24.- Valoración por parte de pediatra o médico de mayor experiencia en pediatría</li> <li>25.- Mantener temperatura axilar entre 36,5 y 37°C mediante termocuna.</li> <li>26.- Mantener saturación oxígeno entre 88% y 92% para recién nacido pretérmino, mediante administración de Oxígeno con Hood, CAAP o Ventilación mecánica.</li> <li>27.- Si está indicada la alimentación, dar leche materna por succión o por sonda orogastrica. Si la FR es mayor a 80 x min. , NPO</li> <li>28.- Registrar el peso diariamente</li> </ol>

## Estándares e indicadores de salida

### 10. Tasa hospitalaria de letalidad por complicaciones obstétricas directas<sup>20</sup>

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	MUESTRA	PERIODICIDAD
La tasa de letalidad hospitalaria por complicaciones obstétricas directas (del embarazo), no deberá superar el 1%	Tasa de letalidad hospitalaria por complicaciones obstétricas directas (del embarazo)	Número de muertes maternas por complicaciones obstétricas directas, ocurridas en el hospital ..... X 100 Total de complicaciones obstétricas directas atendidas en el hospital	Registros hospitalarios de muertes maternas, egresos hospitalarios (INEC). Libro de partos, sala de emergencia	Registro de egresos hospitalarios (INEC). Libro de partos	Revisión de datos	Universo	Semestral

### 11. Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal<sup>21</sup>

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	MUESTRA	PERIODICIDAD
(Se registrará <b>TODAS</b> las muertes de recién nacidos/as vivos/as o ingresados y que murieron mientras estaban en el hospital hasta los 28 días de nacido)	Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal	Número de recién nacidos/as que ingresaron al servicio y que murieron mientras estaban en el hospital (hasta los 28 días de nacidos) .....X 100 Total de recién nacidos vivos atendidos en el hospital	Registro de egresos hospitalarios (INEC). Libro de partos	Registro de egresos hospitalarios (INEC). Libro de partos	Revisión de datos	Universo	Mensual

20 Este indicador deberá ser medido únicamente por los hospitales generales y por hospitales COE completos.

21 Período Neonatal: El período neonatal comienza en el nacimiento y termina 28 días completos después del nacimiento. (OPS / OMS, CIE - 10, volumen 2, 1996).

## Estándares e indicadores medidos por las direcciones provinciales salud

El equipo provincial de mejoramiento continuo de la calidad capacitado (Estadístico/a - Coordinador/a de la aplicación de la Norma / responsable de Maternidad Gratuita o quienes realicen estas funciones) consolidará los indicadores enviados por las Áreas de Salud, medirá el siguientes indicadores y realizará el reporte global respectivo.

### 12. Porcentaje de complicaciones obstétricas atendidas en las Unidades del Área de Salud, de las esperadas <sup>22</sup>

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	MUESTRA	PERIODICIDAD
Las Unidades de Salud del Área atenderán por lo menos un 70% de las complicaciones obstétricas esperadas al año.	% de complicaciones obstétricas atendidas en las Unidades de salud, de las esperadas en el Área de Salud para el año	Número de complicaciones obstétricas atendidas en todas las Unidades de Salud del Área en un mes, sumadas a las complicaciones atendidas de los meses anteriores del año ..... X 100 Número de complicaciones obstétricas esperadas para el Área de Salud en el mismo año. Se estima el total de embarazadas esperadas en el año, de estas se calcula el 15%	Registro de egresos hospitalarios / Servicios	Planificación Anual del Área	Revisión de datos	Universo	Mensual

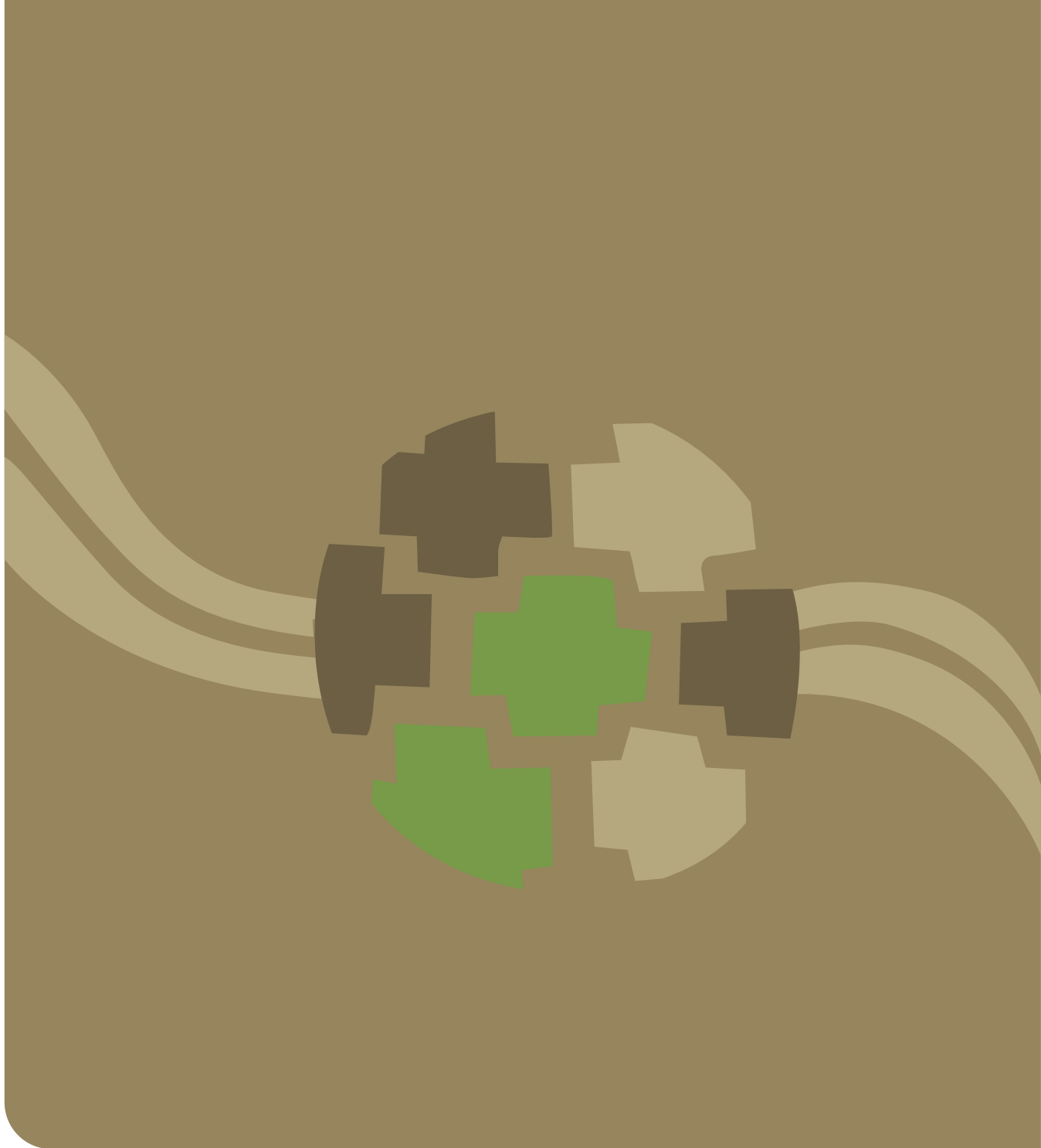
### 13. Porcentaje de muertes maternas ocurridas en el Área de Salud que tienen un proceso de investigación epidemiológica <sup>23</sup>

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	MUESTRA	PERIODICIDAD
Todas las muertes maternas ocurridas en el Área de Salud tendrán un proceso de investigación epidemiológica	% de las muertes maternas ocurridas en el Área de Salud que tienen un proceso de investigación epidemiológica	Número de muertes maternas ocurridas en el Área de Salud con un proceso de investigación epidemiológica en un mes. ..... x 100 Total de las muertes maternas ocurridas en el Área de Salud	Área de Salud: formulario de la investigación epidemiológica de la muerte materna	Registro Civil / Instituto de Estadísticas y Censos / Estadísticas Vitales	Revisión de datos	Universo	mensual

<sup>22</sup> Nota: La OPS / OMS señala que de cada 100 embarazos esperados, 15 pueden desarrollar una Complicación Obstétrica que le amenace la vida.

<sup>23</sup> La investigación epidemiológica se lleva a cabo con los formularios propuestos para tal efecto, tanto para las muertes ocurridas en las Unidades de Salud como para las ocurridas en los domicilios (autopsia verbal).





*Instrumentos e Instructivos  
para recolectar la información  
para contruir los Indicadores*



# Estándares e indicadores de entrada para la atención de la salud materna y perinatal

## 1. Porcentaje de insumos, equipos y medicamentos esenciales con los que cuenta cada Unidad Operativa para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a

Provincia \_\_\_\_\_ Área de Salud \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
 Unidad Operativa \_\_\_\_\_ Fecha de la medición \_\_\_\_\_  
 Mes evaluado \_\_\_\_\_ Responsable de la medición \_\_\_\_\_

### INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma trimestral.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Realice la constatación física, en horas laborables del listado de insumos, equipos y medicamentos, en las siguientes áreas del Hospital o Unidad de Salud, de acuerdo al nivel de complejidad y número de salas: área de preparación, consultorio/s obstétrico/s de Consulta Externa, farmacia, laboratorio, emergencia, sala/s de parto/s (área materna y del recién nacido/a), hospitalización obstétrica, cirugía obstétrica y anestesiología. Para la constatación de los medicamentos en la farmacia, se deberá verificar la existencia de un stock mínimo considerado por la Unidad de Salud.
4. Registre en el casillero del instrumento en sentido vertical signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-), si no cumple con cada ítem del estándar. En caso de existir más de un ambiente, por ejemplo más de un consultorio obstétrico se debe verificar en cada uno de ellos y colocar signo + o - en cada columna (1, 2 y 3); en cumple, se han diseñado tres columnas para estos casos, al final se realizará un promedio tomando en cuenta el número de ítems que deben ser cumplidos y los que se cumplen.

### INSTRUMENTO: Lista de chequeo

INSUMOS Y MEDICAMENTOS.- Registre signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple:	Cumple		
	1	2	3
<b>Área de preparación:</b>			
1. Fonendoscopio / estetoscopio			
2. Tensiómetro			
3. *Tallímetro o cinta métrica			
4. Balanza de adulto			
5. Termómetros			
Promedio (si aplica)			
<b>Consultorio de Gineco-Obstetricia:</b>			
6. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.			
7. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.			
8. Fonendoscopio / estetoscopio			
9. Tensiómetro.			
10. Termómetros.			
11. Lámpara cuello de ganso			
12. Camilla ginecológica o mesa de examen con pierneras.			
13. Corneta de Pinard y/o Doppler			

## INSTRUMENTO: Lista de chequeo

INSUMOS Y MEDICAMENTOS.- Registre signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple:	Cumple		
14. *Cinta métrica			
15. *Papelería: (solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete y recetas)			
16. Guantes estériles desechables			
17. Soluciones desinfectantes (Clorexhidine – Alcohol yodado)			
18. Tirillas para proteinuria			
19. Espéculos vaginales estériles y/o desechables.			
20. *Espátulas de Ayre / Cepillo endocervical / Fijador para placas / Placas portaobjeto			
21. Soluciones desinfectantes (Clorexhidine – Alcohol yodado).			
22. *Hierro oral (Sulfato ferroso tabletas 50 mg) y Ácido Fólico tabletas 1 mg.			
Promedio (si aplica)			
<b>Farmacia: (stock mínimo considerado por cada Unidad de Salud)</b>			
23. Soluciones desinfectantes (Clorexhidine – Alcohol yodado).			
24. Soluciones parenterales: Lactato Ringer / Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasma.			
25. * Paracetamol tabletas 500 mg.			
26. * Hierro oral (Sulfato ferroso tabletas 50 mg) y Ácido Fólico tabletas 1 mg.			
27. Epinefrina (adrenalina) ampolla 1 mg.			
28. Atropina ampolla 1 mg.			
29. Oxitocina ampollas de 10UI.			
30. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr /10 cc			
31. Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.			
32. *Ampicilina ampollas 1 g/tabletas 500mg.			
33. Cefazolina ampollas 1 g.			
34. Eritromicina tabletas 500 mg.			
35. Clindamicina ampollas 600mg/cápsulas 300 mg.			
36. Gentamicina ampollas 80 mg.			
37. Metronidazol ampollas 500 mg / tabletas 500 mg.			
38. Betametasona amp 6 mg/ml/2 ml. o Dexametasona amp 4 mg/ml.			
39. Fitomenadiona (Vitamina K1) ampolla y jeringa de insulina.			
40. Ungüento oftálmico: oxitetraciclina al 1% o eritromicina al 0.5%.			
41. Lidocaína al 2 % sin epinefrina (SE) frasco.			
<b>Laboratorio:</b>			
42. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.			
43. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.			
44. Microscopio.			
45. Centrífuga.			
46. Cámara cuenta glóbulos.			
47. Coagulómetro para tiempos de coagulación.			
48. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc y/o vacutainer			
49. Tubos: tapa roja, lila, celeste.			
50. Tubos de eritrosedimentación y hematocrito.			
51. Reactivo y/o tirillas para glicemia.			
52. Reactivo para VDRL.			
53. Reactivo y/o tirillas para proteinuria.			
54. Reactivos para tiempos de coagulación. Reactivos para TGO – TGP.			
55. Kit para prueba rápida VIH.			
56. Set para tipificación y pruebas cruzadas.			
57. Reactivos para test de embarazo.			
<b>Servicio de Emergencia:</b>			
58. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.			
59. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.			
60. Fonendoscopio / estetoscopio.			
61. Tensiómetro.			
62. Termómetros.			
63. Lámpara cuello de ganso.			
64. Camilla ginecológica o mesa de examen con pierneras.			
65. Corneta de Pinard y/o Doppler.			
66. Reloj de pared.			
67. Guantes quirúrgicos estériles.			

INSUMOS Y MEDICAMENTOS.- Registre signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple:	Cumple		
68. Soluciones desinfectantes (Clorexhidine – Alcohol yodado).			
69. Tirillas para proteinuria.			
70. Espéculos vaginales estériles y/o desechables.			
<b>Charol de emergencia, mínimo para la atención de dos personas permanentemente (ítem 68 a 85)</b>			
71. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc			
72. Esparadrapo normal y poroso.			
73. Gasas estériles			
74. Catéter venoso No. 18 o 20			
75. Equipo de venoclisis o equipo de bomba de infusión.			
76. Microgotero o bomba de infusión			
77. Soluciones parenterales: Lactato Ringer / Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasma.			
78. *Paracetamol tabletas 500 mg			
79. Epinefrina (adrenalina) ampolla 1 mg.			
80. Atropina ampolla 1 mg.			
81. Oxitocina ampollas de 10UI			
82. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr /10 cc			
83. Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.			
84. Eritromicina tabletas 500 mg			
85. Clindamicina ampollas 600mg/cápsulas 300 mg.			
86. Gentamicina ampollas 80 mg			
87. Metronidazol ampollas 500 mg / tabletas 500 mg.			
88. Ampicilina ampollas 1 gr. /tabletas 500 mg.			
89. Oxígeno disponible			
<b>Sala de partos (Atención del parto normal y complicado):</b>	1	2	3
90. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.			
91. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.			
92. Fonendoscopio / estetoscopio.			
93. Tensiómetro.			
94. Termómetros.			
95. Lámpara cuello de ganso o quirúrgica.			
96. Camilla de partos / Camilla ginecológica o mesa de examen con pierneras.			
97. Corneta de Pinard y/o Doppler.			
98. Reloj.			
99. Dos Paquetes de instrumental listos para atención de partos.			
100. Equipo para aspiración manual endouterina (AMEU).			
101. Dos paquete de ropa estéril para parto / AMEU.			
102. Tirillas para proteinuria.			
103. Guantes quirúrgicos estériles.			
104. Soluciones desinfectantes (Clorexhidine – Alcohol yodado).			
105. Suturas absorbibles (Catgut / Vicryl)			
106. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc.			
107. Esparadrapo normal y poroso.			
108. Gasas estériles			
109. Cateter venoso # 18 o 20			
110. Equipo de venoclisis o equipo de bomba de infusión.			
111. Microgotero o bomba de infusión			
112. Soluciones parenterales: Lactato Ringer / Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasma.			
113. Epinefrina (adrenalina) ampolla 1 mg.			
114. Atropina ampolla 1 mg.			
115. Oxitocina ampollas de 10UI			
116. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr /10 cc			
117. Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.			
118. Eritromicina tabletas 500 mg			
119. Betametasona amp 6 mg/ml/2 ml. o Dexametasona amp 4 mg/ml			
120. Lidocaína al 2 % sin epinefrina (SE) frasco.			
121. Oxígeno disponible			
Promedio (si aplica)			

Sala de partos (Atención de Recién Nacido normal):	1	2	3
<b>INSUMOS Y MEDICAMENTOS.- Registre signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple:</b>	<b>Cumple</b>		
122. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.			
123. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.			
124. Fonendoscopio pediátrico/ estetoscopio.pediátrico.			
125. Tallímetro o cinta métrica			
126. Balanza pediátrica y/o neonatal.			
127. Tres toallas o campos de tela para secado del recién nacido.			
128. Fuente de calor – Termómetro ambiental			
129. Mesa de examen			
130. Reloj.			
131. Guantes estériles desechables			
132. Perilla de caucho			
133. Aspirador con manómetro.			
134. Ligaduras de cordón umbilical (anillos de caucho o clamp)			
135. * Manillas para identificar al/a recién nacido/a			
136. Laringoscopio neonatal con hoja 0 – 1.			
137. * Tubo endotraqueal para recién nacido #2-4			
138. Sonda nasogástrica para neonatos N° 6-8 FR.			
139. Ambú para recién nacido con mascarillas de varios tamaños			
140. Fitomenadiona (Vitamina K1) ampolla y jeringa de insulina			
141. Ungüento oftálmico: oxitetraciclina al 1% o eritromicina al 0.5%			
Promedio (si aplica)			
<b>Estación de enfermería de hospitalización obstétrica:</b>			
142. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.			
143. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.			
144. Fonendoscopio / estetoscopio.			
145. Tensiómetro.			
146. Termómetros.			
147. Corneta de Pinard y/o Doppler			
148. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc			
149. Esparadrapo normal y poroso.			
150. Gasas estériles			
151. Catéter venoso No. 18 o 20			
152. Equipo de venoclisis o equipo de bomba de infusión.			
153. Microgotero o bomba de infusión			
154. Soluciones parenterales: Lactato Ringer / Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasma.			
155. Epinefrina (adrenalina) ampolla 1 mg.			
156. Atropina ampolla 1 mg.			
157. Oxitocina ampollas de 10UI			
158. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr /10 cc			
159. Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.			
160. Eritromicina tabletas 500 mg			
161. Clindamicina ampollas 600mg/cápsulas 300 mg.			
162. Gentamicina ampollas 80 mg			
163. Metronidazol ampollas 500 mg / tabletas 500 mg.			
164. Ampicilina ampollas 1 gr. /tabletas 500 mg.			
165. Betametasona amp 6 mg/ml/2 ml. O Dexametasona amp 4 mg/ml.			
166. Oxígeno disponible.			
<b>Sala de cirugía / quirófano (obstétrico)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
167. *Lavabo / *Jabón líquido / Alcohol o Alcohol Gel / Toalla de papel.			
168. Basureros con funda según tipo de desecho / Custodios cortopunzantes.			
169. Lavabo Quirúrgico / Jabón líquido quirúrgico.			
170. Fonendoscopio / estetoscopio			
171. Tensiómetro			
172. Lámpara quirúrgica o cielística			
173. Mesa de operaciones			
174. Reloj			
175. Equipo de succión.			
176. Dos paquetes de instrumental de cesárea listos para atender cesáreas.			
177. Dos paquetes de ropa estéril y lencería de quirófano para atención de cesáreas			
178. Guantes quirúrgicos estériles			

INSUMOS Y MEDICAMENTOS.- Registre signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple:	Cumple		
179. Soluciones desinfectantes (Clorexhidine – Alcohol yodado)			
180. Suturas absorbibles (Catgut / Vicryl)			
181. Tirillas de proteinuria.			
<b>Charol de emergencia, mínimo para la atención de dos pacientes permanentemente (ítems 180 a 193)</b>			
182. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc			
183. Esparadrapo normal y poroso.			
184. Gasas estériles			
185. Catéter venoso No. 18 o 20			
186. Equipo de venoclisis o equipo de bomba de infusión.			
187. Microgotero o bomba de infusión			
188. Soluciones parenterales: Lactato Ringer / Solución Salina 0.9% / Sustituto del plasma.			
189. Epinefrina (adrenalina) ampolla 1 mg.			
190. Atropina ampolla 1 mg.			
191. Oxitocina ampollas de 10UI			
192. Sulfato de Magnesio, cuatro ampollas de 2 gr /10 cc			
193. Hidralazina ampolla 20 mg/ml y/o Nifedipina cápsulas 10 mg.			
194. Cefazolina ampollas 1 g.			
195. Lidocaína al 2% sin epinefrina (SE)			
<b>Material de Anestesia Obstétrica.</b>			
196. Máquina de anestesia funcionando y fármacos correspondientes para cirugía obstétrica básica:			
197. Perifix N°18,			
198. Espinocan N°25-26-27			
199. Tubos endotraqueales 7 – 7,5			
200. Cánulas de Guedel			
201. Fentanilo amp 0,05mg/ml/10 ml.			
202. Bupivacaína pesada 0,5% frasco.			
203. Lidocaína al 2% sin epinefrina frasco.			
204. Lidocaína al 2% con epinefrina frasco.			
205. Midazolam ampollas 15 mg			
206. Tiopental sódico frasco ampolla 1 g.			
207. Oxígeno disponible			
Promedio (si aplica)			
¿Cuántos ítems del estándar cumple? / ¿Cuántos ítems del estándar debe cumplir de acuerdo a su nivel de complejidad?			
<b>Porcentaje de cumplimiento del estándar.</b>			<b>%</b>

## PROCESAMIENTO:

1. Sume en sentido vertical cuantos insumos y medicamentos del estándar cumplen (signo +) y registre el resultado en el casillero que corresponde a ¿cuántos ítems del estándar cumple?, tome en cuenta en los casos de la existencia de más de un ambiente en consultorios, salas de partos o cirugía que debe sumar el valor correspondiente al promedio de dichos ambientes; por ejemplo si existen 3 consultorios de gineco obstetricia, en los que deben cumplir c/u con 22 ítems, si todos cumplieran sería 66 ítems / 3 consultorios en total = 22 en promedio. Si en cambio el primer consultorio cumple 12 ítems, el segundo 10 y el tercero 14, sería:  $12 + 10 + 14 = 36 / 3$  consultorios = 12 de promedio.
2. Identifique el número de ítems que corresponda a la Unidad de Salud de acuerdo al tipo de atención que se brinda, por ejemplo en casos de Unidades ambulatorias y que cuenten con farmacia correspondería 41 ítems que representa al denominador de la fórmula del indicador (¿cuántos ítems del estándar debe cumplir de acuerdo a su nivel de complejidad?); mientras que si la misma Unidad tiene laboratorio correspondería a 57 ítems, o si cuenta además con el servicio de emergencia, atienden partos y tienen hospitalización correspondería al total de los ítems, por lo tanto el denominador sería 166.
3. Divida el resultado del numerador del total de insumos y medicamentos que se encuentran presentes el día de la medición (¿cuántos ítems del estándar cumple?) para el denominador ¿cuántos ítems del estándar debe cumplir de acuerdo a su nivel de complejidad y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a Porcentaje de cumplimiento del estándar.

## Estándar e indicador de proceso: control prenatal

Provincia \_\_\_\_\_ Área de Salud \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Unidad Operativa \_\_\_\_\_ Fecha de la medición \_\_\_\_\_  
Mes evaluado \_\_\_\_\_ Responsable de la medición \_\_\_\_\_

### 2. Porcentaje de mujeres embarazadas en cuyo control prenatal (en cualquier semana de gestación) se le realizaron y registraron actividades seleccionadas según la norma

#### INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Solicite en Estadística los registros diarios de atenciones y consultas ambulatorias (MSP-S.C.I.S. Form. 504 - 04 - 2003) de cada uno de los Médicos y Obstetrices que atendieron en la Consulta Externa el control del embarazo durante el mes evaluado.
4. Realice un listado de números de historias clínicas de controles prenatales (primeros y subsecuentes), tomando del formulario MSP-S.C.I.S. Form. 504 - 04 - 2003, columnas: # 1, # 3, # 4 y # 29, atendidos durante el mes. Solicite en Estadística las historias clínicas enlistadas.
5. Si el número de historias es menor o igual a 30 se tomarán todas, en cambio si supera las 30 historias clínicas, se elegirán aleatoriamente hasta completar la muestra de 30.
6. Verifique en la historia clínica (formularios: 051 las actividades 1 a la 5, y de los formularios 006/92, 005/83 y otros, las actividades 6 a la 12) si el proveedor de salud aplicó y registró las actividades seleccionadas según la Norma. El estado nutricional (diagnóstico) puede estar anotado en la nota de evolución o marcado en el formulario de SISVAN, en menores de 10 semanas de gestación no es aplicable.
7. En el instrumento de recolección de datos, registre el número de la historia clínica y en cada casillero en sentido vertical registre con signo positivo (+) si cumple con cada actividad del estándar o con signo negativo (-) si no cumple, mientras que si no es aplicable por la edad gestacional registre NA (No Aplica), sin que esto perjudique el cumplimiento general del estándar.
8. En el casillero que corresponde a: ¿Cumple el estándar con los aspectos seleccionados? Registre en sentido vertical si cumple signo positivo (+) o no cumple signo negativo (-).

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No. De Historia Clínica													PORCENTAJE				
													TOTAL				
1. Antecedentes personales y obstétricos																	
2. Semanas de amenorrea																	
3. Determinación de la tensión arterial																	
4. Auscultación de latidos cardíacos fetales (FCF) en embarazos > 20 semanas																	
5. Sangrado genital (SI APLICA)																	
6. Actitud fetal (presentación, posición y situación) aplicable desde las 32 semanas de gestación																	
7. Evaluación del estado nutricional																	
8. Verificación, Indicación o registro de vacunación antitetánica según norma del MSP																	
9. Prescripción de Hierro (tabletas Sulfato ferroso 50 mg)																	
10. Prescripción de ácido fólico tabletas 1 mg (hasta las 12 semanas de gestación)																	
11. Solicitud o resultados de exámenes prenatales: Grupo, factor, VDRL, Hb-Hto, glucosa, VIH, EMO.																	
12. Proteinuria en tirilla en embarazos > 20 semanas.																	
¿Cumple el estándar con los aspectos seleccionados? <b>Marque + si cumple y - si no cumple</b>																	

### PROCESAMIENTO:

En el casillero que corresponde al total, en el numerador registre el total de historias clínicas que cumplen con los 12 aspectos del estándar y en el mismo casillero en el denominador registre el total de las historias clínicas revisadas, incluso las historias clínicas que no cumplen con el estándar por no tener el formulario 051 (Atención Perinatal), estos datos divida y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a porcentaje (%).

# Estándares e indicadores de proceso: atención del parto

Provincia \_\_\_\_\_ Área de Salud \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Unidad Operativa \_\_\_\_\_ Fecha de la medición \_\_\_\_\_  
Mes evaluado \_\_\_\_\_ Responsable de la medición \_\_\_\_\_

## **3 A. Porcentaje de partos atendidos en las Unidades de Salud con partograma graficado correctamente la curva de alerta y la curva de dilatación cervical de la paciente, y además se controló y registró la tensión arterial, la actividad uterina (frecuencia y duración) y la frecuencia cardíaca fetal.**

### INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
  2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
  3. Solicite en Estadística el registro de egresos hospitalarios (INEC) y/o el libro de partos.
  4. Revise y realice un listado del número de las historias clínicas de todos los partos registrados en el mes de la evaluación, excluyendo los partos que llegaron en periodo expulsivo y las cesáreas programadas. Si la producción de la Unidad Operativa es igual o menor a 30 partos se tomarán todos, mientras que si es mayor de 30 partos, se elegirán aleatoriamente hasta completar la muestra de 30.
  5. Solicite en Estadística las historias clínicas enlistadas.
  6. A continuación verifique en el partograma reverso del formulario 051 (Atención Perinatal), que estén graficadas correctamente la curva de alerta y la curva de dilatación cervical de la paciente. El Procedimiento adecuado para construir las curvas de alerta y de dilatación cervical de la paciente en el partograma debe ser conocido por la persona que mide este indicador, o debe consultar el instructivo para el llenado de los formularios de la historia clínica única de las Normas y procedimientos para la atención de la salud reproductiva del MSP, año 2000 pags. 17 a 24.
- Para calificar al partograma como correctamente graficado, se tomarán las siguientes consideraciones:
- Selección adecuada del patrón de construcción de la curva de alerta, para lo cual en la parte izquierda del formulario del partograma deberá estar trazada una línea vertical pasando por los valores para la construcción de las curvas de alerta, debiendo coincidir con las condiciones de la embarazada a la hora de inicio de la graficación del partograma.
  - Identificación correcta del punto de partida o punto "cero" de la curva de alerta:
    - Ingreso temprano (menos de 4 - 5 cm. de dilatación), el punto donde la "curva de dilatación cervical" CRUZA la línea de base del partograma.
    - Ingreso tardío (más de 4 - 5 cm. de dilatación), el valor de la dilatación al ingreso.
  - Graficación adecuada de la curva de progreso real de la dilatación cervical de la embarazada desde su ingreso hasta el nacimiento, de acuerdo al registro de la dilatación cervical que se encuentra en la sección de trabajo de parto del anverso de la historia clínica perinatal.
  - Registro adecuado del descenso de la altura de la presentación fetal en el partograma.
7. Además se verificará en el formulario 051 (anverso y/o reverso), en la sección de la atención del trabajo de parto si se controló y registró al menos para cada punto (momento de la evaluación de la dilatación cervical) de la graficación de la curva de dilatación cervical de la paciente, la tensión arterial, la actividad uterina (frecuencia y duración) y la frecuencia cardíaca fetal.
  8. En el instrumento de recolección de datos, registre el número de la historia clínica seleccionada y en cada casillero en sentido vertical registre con signo positivo (+) si cumple o con signo negativo (-) si no cumple con cada aspecto, o NA si no aplica.
  9. En el casillero que corresponde a ¿Cumple el estándar con todos los aspectos?, registre en sentido vertical si cumple con los aspectos del estándar signo positivo (+) o no cumple signo negativo (-).






### 3 B. Porcentaje de partos atendidos en las Unidades de Salud en los que se tomó decisiones frente a desviaciones de la curva de dilatación cervical del partograma

Provincia \_\_\_\_\_ Área de Salud \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
 Unidad Operativa \_\_\_\_\_ Fecha de la medición \_\_\_\_\_  
 Mes evaluado \_\_\_\_\_ Responsable de la medición \_\_\_\_\_

#### INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Las Historias clínicas de partos que graficaron correctamente el partograma (estándar 3 A) sirven para este indicador.
4. Verificar la graficación del partograma, y en los casos en que la "curva de dilatación cervical" se encuentre hacia la derecha de la "curva de alerta", la embarazada debió haber sido valorada máximo en 30 minutos del inicio de este cambio, por un especialista o profesional capacitado para la toma de decisiones
5. En el instrumento de recolección de datos, registre el número de la historia clínica seleccionada y en cada casillero en sentido vertical registre con signo positivo (+) si cumple o con signo negativo (-) si no cumple con cada aspecto.
6. En el casillero correspondiente a: ¿cumple el estándar con los dos aspectos?, registre en sentido vertical si cumple con los aspectos del estándar signo positivo (+) o no cumple signo negativo (-).

#### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de Historia Clínica 	Porcentaje												
	Total												
La embarazada fue valorada máximo en 30 minutos (del inicio del cambio de la curva) por un especialista o profesional capacitado para la toma de decisiones													
Manejo terapéutico de la desviación según diagnóstico													
¿Cumple el estándar con los dos aspectos?													
Marque + si cumple y - si no cumple													

#### PROCESAMIENTO:

En el casillero del instrumento correspondiente al total, registre en el numerador el total de historias clínicas que cumplen con el estándar, sumando en forma horizontal las que cumplen (signo positivo) y en el mismo casillero, en el denominador registre el total de historias clínicas revisadas, divida estos valores y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a porcentaje (%).





## Estándar e indicador de proceso: atención del recién nacido/a a término


### 6. Porcentaje de recién nacidos/as a término en los/as que se realizó y registró en la historia clínica perinatal por lo menos 11 actividades seleccionadas de la Norma.

Provincia \_\_\_\_\_ Área de Salud \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Unidad Operativa \_\_\_\_\_ Fecha de la medición \_\_\_\_\_  
Mes evaluado \_\_\_\_\_ Responsable de la medición \_\_\_\_\_

#### INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Solicite en Estadística el registro de egresos hospitalarios (INEC) y/o libro de partos.
4. Revise y realice un listado del número de las historias clínicas de todos los partos (Abdominal + vaginal) registrados en el mes de la evaluación. Si la producción de la Unidad Operativa es igual o menor a 30 partos se tomaran todos, mientras que si es mayor de 30, se elegirán aleatoriamente hasta completar la muestra de 30.
5. Solicite en Estadística las historias clínicas enlistadas.
6. Verifique en el formulario 051 (anverso), en la sección de RECIEN NACIDO si se examinó y/o registró por lo menos: peso al nacer, talla en cm, perímetro cefálico, apgar (1' - 5'), reanimación respiratoria (si No se hizo, se uso máscara o tubo), el examen físico, alojamiento conjunto; en el formulario de evolución si se prescribió lactancia materna y/o apego precoz; y en el formulario de atención al recién nacido (formulario 016/02) si se realizó profilaxis de oftalmía bacteriana (credé) y profilaxis de enf. Hemorrágica, con administración de 1 mg. de vitamina K.
7. En el instrumento de recolección de datos, registre el número de la historia clínica seleccionada y en cada casillero en sentido vertical registre con signo positivo (+) si cumple con cada ítem o con signo negativo (-) si no cumple.
8. Las actividades 9, 10, 11 pueden no aplicar en ciertos casos de recién nacido patológico.
9. En el casillero correspondiente a ¿Cumple el estándar con los 11 aspectos?, Registre con signo positivo (+) si cumple con el estándar y con signo negativo (-) si no cumple con el estándar.

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No. de Historia Clínica 																Porcentaje	
																Total	
1. Peso al nacer																	
2. Talla en cm																	
3. Perímetro cefálico en cm																	
4. Apgar (1' - 5')																	
5. Registro de realización o no de reanimación respiratoria (si aplica o si apgar <7)																	
6. Examen físico																	
7. Administración de 1 mg. de vitamina K IM.																	
8. Profilaxis de oftalmía bacteriana con ungüento oftálmico: oxitetraciclina al 1% o eritromicina al 0.5%																	
9. Alojamiento conjunto.																	
10. Apego precoz																	
11. Lactancia materna inmediata y exclusiva.																	
¿Cumple el estándar con los 11 aspectos? Marque + si cumple y - si no cumple																	

### PROCESAMIENTO:

En el casillero del instrumento correspondiente al total, registre en el numerador el total de historias clínicas que cumplen con el estándar, sumando en forma horizontal las que cumplen (signo positivo) y en el mismo casillero, en el

denominador registre el total de historias clínicas revisadas, divida estos valores y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a porcentaje (%).

## Estándar e indicador de atención del parto y recién nacido por personal profesional calificado

### 7 A. Porcentaje de partos atendidos por profesional capacitado (médico/a u obstetriz)<sup>25</sup>

Provincia \_\_\_\_\_ Área de Salud \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
 Unidad Operativa \_\_\_\_\_ Fecha de la medición \_\_\_\_\_  
 Mes evaluado \_\_\_\_\_ Responsable de la medición \_\_\_\_\_

#### INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Las historias clínicas utilizadas en el indicador 3 A servirán para evaluar este indicador, incluyendo las de partos en período expulsivo.
4. Verifique en el formulario 051 (atención perinatal), en la sección parto - aborto "Atendió - parto" casillero médico, o casillero enfermera / obstetriz, en éste último caso hay que asegurarse que haya sido atendido por obstetriz para que sea positivo.
5. En el instrumento de recolección de datos, registre el número de la historia clínica seleccionada y en cada casillero en sentido vertical registre con signo positivo (+) si cumple o con signo negativo (-) si no cumple.

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No. de Historia Clínica	Porcentaje												
	Total												
¿Cumple con el estándar? Marque + si cumple y - si no cumple													

#### PROCESAMIENTO:

En el casillero del instrumento correspondiente al total, denominador registre el total de historias clínicas revisadas, registre en el numerador el total de historias clínicas que divida estos valores y multiplique por cien, el resultado cumplan con el estándar, sumando en forma horizontal las registre en el casillero del instrumento que corresponda a que cumplen (signo positivo) y en el mismo casillero, en el porcentaje (%).

25 El estándar es aplicable para hospitales básicos y generales (100% de partos serán atendidos por médicos/as u obstetrices).


## 7 B. Porcentaje de recién nacidos/as atendidos/as por profesional capacitado (médico/a u obstetriz)<sup>26</sup>

Provincia \_\_\_\_\_ Área de Salud \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
 Unidad Operativa \_\_\_\_\_ Fecha de la medición \_\_\_\_\_  
 Mes evaluado \_\_\_\_\_ Responsable de la medición \_\_\_\_\_

### INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Las historias clínicas utilizadas en el indicador 7 A servirán para evaluar este indicador.
4. Verifique en el formulario 051 (atención perinatal), en la sección parto - aborto "Atendió - neonato" casillero médico u obstetriz, (para que sea positivo).
5. En el instrumento de recolección de datos, registre el número de la historia clínica seleccionada y en cada casillero en sentido vertical registre con signo positivo (+) si cumple o con signo negativo (-) si no cumple.

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No. de Historia Clínica 	Porcentaje									
	Total									
¿Cumple con el estándar? Marque + si cumple y - si no cumple										

### PROCESAMIENTO:

En el casillero del instrumento correspondiente al total, registre en el numerador el total de historias clínicas que cumplen con el estándar, sumando en forma horizontal las que cumplen (signo positivo) y en el mismo casillero, en el

denominador registre el total de historias clínicas revisadas, divida estos valores y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a porcentaje (%).

<sup>26</sup> El estándar es aplicable para hospitales básicos y generales (100% de recién nacidos/as serán atendidos por médicos/as).



## Estándar e indicador de proceso: complicaciones obstétricas

### 8. Porcentaje de pacientes con Preeclampsia, eclampsia y Hemorragias Obstétricas (complicaciones obstétricas) que fueron manejadas de acuerdo a la norma

Provincia \_\_\_\_\_ Área de Salud \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Unidad Operativa \_\_\_\_\_ Fecha de la medición \_\_\_\_\_  
Mes evaluado \_\_\_\_\_ Responsable de la medición \_\_\_\_\_

#### INSTRUCTIVO:

1. Se entiende por Complicación Obstétrica a los eventos patológicos asociados con el embarazo, parto o puerperio que ponen en riesgo la vida de la madre y/o del feto.
2. Revise el registro de egresos hospitalario (INEC); todas las cesáreas realizadas; los partos atendidos; y atenciones de complicaciones en el servicio de Emergencia, en partes diarios formularios 527 y formularios 008, correspondientes al mes de la evaluación. Busque los posibles diagnósticos que correspondan a complicaciones obstétricas de acuerdo a la lista adjunta.
3. A continuación realice un listado de historias clínicas y formularios 008, desarchívelos, revíselos (verifique si las cesáreas fueron realizadas por alguna complicación o si en los partos o emergencias atendidas existió algún tipo de complicación) de acuerdo a la lista adjunta.
4. Debe tener cuidado de no duplicar la información de pacientes que han sido ingresadas a la Unidad Operativa, por lo tanto los datos de atenciones de Emergencia, se tomarán de los formularios 008 de pacientes que han sido referidas a otra Unidad Operativa de mayor complejidad.
5. En el instrumento de recolección de datos registre el número de la historia clínica y en sentido horizontal registre con un visto, cruz o equis la complicación obstétrica atendida y si se realizó cesárea. Para cuando se obtenga el total de complicaciones atendidas, debe tenerse cuidado de NO duplicar la cifra, por tanto NO deben ser sumadas las cesáreas.
6. El presente instrumento nos permitirá obtener las historias clínicas de las complicaciones que deben ser manejadas de acuerdo a la norma, (hipertensión arterial inducida por el embarazo y hemorragias obstétricas, sepsis postparto, amenaza de parto pretermino) así como el total de complicaciones obstétricas atendidas en las Unidades de Salud en el mes evaluado.



## 8 A. Porcentaje de pacientes con Pre eclampsia y Eclampsia que fueron manejadas de acuerdo a la norma

Provincia \_\_\_\_\_ Área de Salud \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Unidad Operativa \_\_\_\_\_ Fecha de la medición \_\_\_\_\_  
Mes evaluado \_\_\_\_\_ Responsable de la medición \_\_\_\_\_

### INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
  2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
  3. Solicite en Estadística las historias clínicas enlistadas como pre eclampsia y eclampsia del instrumento anterior (incluyendo las cesáreas realizadas por estos diagnósticos).
  4. A continuación verifique en la historia clínica: formularios de ingreso (008), evolución (005), administración de medicamentos, y otros, si el proveedor de salud realizó y registró las actividades planteadas en el estándar según la norma.
  5. En el instrumento de recolección de datos: registre el número de la historia clínica seleccionada y en cada casillero en sentido vertical registre con signo positivo (+) si cumple con cada ítem o con signo negativo (-) si no cumple, mientras que si no es aplicable por casos especiales como los mencionados o por la edad gestacional se registrará NA (no aplica), sin que esto perjudique el cumplimiento general del estándar.
  6. En el casillero del instrumento que corresponde a ¿Cumple el estándar con los aspectos requeridos de acuerdo al nivel de resolución de la Unidad de Salud?, Registre signo positivo (+) si cumple con los aspectos que le correspondan de acuerdo al nivel de resolución de la Unidad de Salud. Si no se cumple se registrará con signo negativo (-).
- Si la paciente es atendida en emergencia se realizaran las actividades correspondientes hasta el ítem 8, que termina con la transferencia, mientras que si es hospitalizada se realizarán además las actividades hasta el ítem 30.
- Se debe tener en cuenta casos especiales, por ejemplo que durante la evolución de la paciente se puede realizar el parto / cesárea, lo que impide que se realice la medición de la frecuencia cardiaca fetal, o por ejemplo si la paciente eclámptica llega en el post parto a la Unidad de Salud, no se realizará la medición de la frecuencia cardiaca fetal, sin embargo esto no quiere decir que el estándar sea negativo, por no cumplir estas actividades, sino que no aplica la realización de las mismas.

### PROCESAMIENTO

En el casillero del instrumento correspondiente al total, registre en el numerador el total de historias clínicas y/o formularios 008 que cumplen con el estándar, sumando en forma horizontal las que cumplen (signo positivo) y en el mismo casillero, en el denominador registre el total de historias clínicas y/o formularios 008 revisados, divida estos valores y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a porcentaje (%).



## 8 B. Porcentaje de pacientes con Hemorragias Obstétricas que fueron manejadas de acuerdo a la norma

Provincia \_\_\_\_\_ Área de Salud \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Unidad Operativa \_\_\_\_\_ Fecha de la medición \_\_\_\_\_  
Mes evaluado \_\_\_\_\_ Responsable de la medición \_\_\_\_\_

### INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
  2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
  3. Solicite en Estadística las historias clínicas enlistadas como hemorragias obstétricas del instrumento: Lista de complicaciones obstétricas, antes llenado, (incluyendo las cesáreas que fueron realizadas por hemorragias).
  4. A continuación verifique en la historia clínica: formularios de ingreso (008), evolución (005), administración de medicamentos, y otros, si el proveedor de salud realizó y registró las actividades planteadas en el estándar según la norma.
  5. En el instrumento de recolección de datos registre el número de la historia clínica seleccionada y en cada casillero en sentido vertical registre con signo positivo (+) si cumple con cada ítem o con signo negativo (-) si no cumple, mientras que si no es aplicable por casos especiales como los mencionados, se registrará NA (no aplica), sin que esto perjudique el cumplimiento general del estándar. Considere el manejo terapéutico según diagnóstico, a la resolución del caso, aplicando las Normas del manual de Normas y Procedimientos de Salud Sexual y Reproductiva del MSP.
  6. En el casillero del instrumento que corresponde a ¿Cumple el estándar con los aspectos requeridos de acuerdo al nivel de resolución de la Unidad de Salud?, Registre signo positivo (+) si cumple con los aspectos que le correspondan de acuerdo al nivel de resolución de la Unidad de Salud. Se debe tomar en cuenta que en cualquier momento puede ser transferida la paciente, pero el tiempo de manejo ambulatorio u hospitalizada debe ser de acuerdo a los aspectos seleccionados de la norma. Si no se cumple se registrará con signo negativo (-).
- por ejemplo si la hemorragia es en el post parto, no se realizará el examen obstétrico, sin embargo esto no quiere decir que el estándar sea negativo, ya que no aplica la realización de dichas actividades.

Si la paciente es atendida en emergencia se realizaran las actividades correspondientes hasta el ítem 11, que termina con la transferencia, mientras que si es hospitalizada se realizarán además las actividades hasta el ítem 25.

Se debe tener en cuenta casos especiales, por ejemplo que durante la evolución de la paciente se puede realizar el parto / cesárea o aborto, lo que impide que se realice la medición de la frecuencia cardiaca fetal, o

### PROCESAMIENTO

En el casillero del instrumento correspondiente al total, registre en el numerador el total de historias clínicas y/o formularios 008 que cumplen con el estándar, sumando en forma horizontal las que cumplen (signo positivo) y en el mismo casillero, en el denominador registre el total de historias clínicas y/o formularios 008 revisados, divida estos valores y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a porcentaje (%).



### 8 C. Porcentaje de pacientes con Infección / Fiebre de causa obstétrica: aborto séptico, corioamnionitis, endometritis que fueron manejadas de acuerdo a la norma.

Provincia \_\_\_\_\_ Área de Salud \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Unidad Operativa \_\_\_\_\_ Fecha de la medición \_\_\_\_\_  
Mes evaluado \_\_\_\_\_ Responsable de la medición \_\_\_\_\_

#### INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Solicite en Estadística las historias clínicas enlistadas como complicaciones del aborto, séptico y sepsis postparto (aborto séptico, endometritis, corioamnionitis) del instrumento: Lista de complicaciones obstétricas, antes llenado para el mes de la evaluación.
4. Para la ubicación de casos de aborto séptico, solicite en Estadística el registro de egresos hospitalarios (INEC), revise los egresos de aborto no especificado (código O06 - CIE - 10) identifique los casos que hayan cursado con fiebre y aplique el estándar.
5. En el instrumento de recolección de datos, registre el número de la historia clínica seleccionada y en cada casillero en sentido vertical registre con signo positivo (+) si cumple o con signo negativo (-) si no cumple con cada aspecto, o NA si no aplica. Los casos en que no aplica están señalados en forma específica para pacientes embarazadas y para pacientes en postparto en forma excluyente.
6. En el casillero del instrumento que corresponde a ¿Cumple el estándar con los aspectos requeridos de acuerdo al nivel de resolución de la Unidad de Salud?, Registre signo positivo (+) si cumple con los aspectos que le correspondan de acuerdo al nivel de resolución de la Unidad de Salud. Se debe tomar en cuenta que en cualquier momento puede ser transferida la paciente, pero el tiempo de manejo ambulatorio u hospitalizada debe ser de acuerdo a los aspectos seleccionados de la norma. Si no se cumple se registrará con signo negativo (-).

#### PROCESAMIENTO

En el casillero del instrumento correspondiente al total, registre en el numerador el total de historias clínicas y/o formularios 008 que cumplen con el estándar, sumando en forma horizontal las que cumplen (signo positivo) y en el mismo casillero, en el denominador registre el total de historias clínicas y/o formularios 008 revisados, divida estos valores y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a porcentaje (%).







**8 E. Porcentaje de Partos Pretérmino en los que se administro a la madre Nifedipina como Uteroinhibidor y se registró en la Historia Clínica Perinatal / Historia Clínica Única. 8E. Porcentaje de Partos Pretérmino en los que se administro a la madre Nifedipina como Uteroinhibidor y se registró en la Historia Clínica Perinatal / Historia Clínica Única. 29**

Provincia \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Área de Salud \_\_\_\_\_  
 Unidad Operativa \_\_\_\_\_ Fecha de la medición \_\_\_\_\_  
 Mes evaluado \_\_\_\_\_ Responsable de la medición \_\_\_\_\_

**INSTRUCTIVO:**

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre y número del Área de Salud / I nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes y año evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Solicite en el Departamento de Estadística, el registro de egresos hospitalarios (INEC) y/o libro de partos.
4. Revise y realice un listado del número de las historias clínicas de todos los partos (Abdominal + vaginal) registrados en el mes de la evaluación.
5. Solicite las historias clínicas de la MADRE, enlistadas con diagnóstico definitivo y/ o Secundario de: Amenaza de Parto Pretérmino, trabajo de parto pretérmino, Ruptura prematura de membranas, Hemorragia anteparto, Cesáreas
6. Verifique en el formulario 051 (anverso), en la sección de PARTO ABORTO, si se registró el uso de nifedipina; verifique igualmente en la hoja 008 (emergencia) y/o hoja 005 (notas de evolución) de la madre.
7. En el "instrumento de recolección de datos": registre en forma vertical el número de la historia clínica seleccionada; y el casillero respectivo registre con signo positivo (+) si cumple la actividad o con signo negativo (-) si no la cumple.

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

No. de Historia Clínica	Porcentaje												
												Total	
En todo trabajo de parto pretérmino se deberá realizar y registrar en la historia clínica las siguientes actividades: 1. Administración inicial / Emergencia de 10 mg de Nifedipina vía Oral. 2. Si la actividad uterina continúa: Administre 10 mg VO c/ 20 min., hasta completar un total de 3 dosis. 3. Dosis de mantenimiento: Nifedipina 10 a 20 mg VO, cada 4 - 8 horas por 2 a 3 días (en base a la disminución o cese de contracciones uterinas).													

**PROCESAMIENTO:**

En el casillero del total, registre en el numerador el total de historias clínicas que cumplen con el estándar, sumando en forma horizontal las que tienen (signo positivo) y en el mismo casillero, el denominador corresponderá al total de historias clínicas revisadas. Para obtener el porcentaje de cumplimiento, divida estos valores y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que correspondiente.

29 Se deberá administrar a toda Embarazada con: Trabajo de parto pretérmino (< 37 semanas de gestación). No se debe administrar si la presión de la embarazada esta por debajo de 110/70 mm Hg.

## 8 F. Porcentaje de Embarazadas con Ruptura Prematura de membranas que fueron manejadas de acuerdo a la norma.

Provincia \_\_\_\_\_ Área de Salud \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Unidad Operativa \_\_\_\_\_ Fecha de la medición \_\_\_\_\_  
Mes evaluado \_\_\_\_\_ Responsable de la medición \_\_\_\_\_

### INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre y número del Área de Salud/nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes y año evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Solicite en el Departamento de Estadística, el registro de egresos hospitalarios (INEC) y/o libro de partos.
4. Solicite y revise las historias clínicas de las mujeres embarazadas, enlistados con diagnóstico definitivo y/ o Secundario de: Cesáreas, corioamnionitis, endometritis, preeclampsia / Eclampsia, hidrorrea , sufrimiento fetal, parto pretérmino para identificar los casos de ruptura prematura de membranas y verifique en el formulario 051 (anverso), en la sección de PARTO ABORTO, en los casilleros RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO si se registraron todos los datos, también puede verificar en la hoja 008 (emergencia) y/o hoja 005 (notas de evolución).
5. Una vez seleccionadas las historias de las mujeres embarazadas con los diagnósticos indicados en el literal anterior, revise el cumplimiento de las actividades realizadas de acuerdo con la norma establecida.
6. En el “instrumento de recolección de datos”: registre en forma vertical el número de la historia clínica seleccionada; y el casillero respectivo registre con signo positivo (+) si cumple la actividad o con signo negativo (-) si no la cumple y NA si no aplica.
7. En el casillero del instrumento que corresponde a ¿Cumple el estándar?, Registre signo positivo (+) si cumple con todos las actividades que le correspondan de acuerdo al nivel de resolución de la Unidad de Salud. Si no se cumple se registrará con signo negativo (-).

### PROCESAMIENTO

En el casillero del total, registre en el numerador el total de historias clínicas que cumplen con el estándar, sumando en forma horizontal las que tienen (signo positivo) y en el mismo casillero, el denominador corresponderá al total de historias clínicas revisadas. Para obtener el porcentaje de cumplimiento, divida estos valores y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que correspondiente.

# INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No de Historia Clínica Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL/ESPECIALIZADO, de la ruptura prematura de membranas														Total	Porcentaje
<b>Determinar antecedentes gestacionales:</b>															
1. Edad Gestacional.															
2. Se confirmo el diagnostico mediante compresa vaginal o examen con especulo estéril.															
<b>Determinar al menos una vez</b>															
3. Temperatura															
4. Pulso o frecuencia cardiaca															
5. Tensión arterial															
6. Verificar sangrado genital, flujo de mal olor															
7. Vitalidad del producto (frecuencia cardiaca fetal por cualquier método)															
<b>Manejo terapéutico:</b>															
8. Valoración por médico de mayor experiencia en Ginecoobstetricia (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso.															
9. Si hay signos de infección ( fiebre, secreción vaginal de mal olor): iniciar antibiótico terapia I.V. de amplio espectro: Ampicilina 2g IV c/6h + Gentamicina 5mg /kg cada 24h .															
10. Si NO hay signos de infección Si no hay trabajo de parto : iniciar eritromicina 250 mg vía oral cada 6 horas por 7 días o hasta el nacimiento Si Hay Trabajo de Parto: Penicilina 5 millones UI I.V inicialmente y luego 2.5 millones c/4h O Ampicilina 2g Iv inicial y luego 1gIv c/4h O Clindamicina 900 mg I.V c/8h hasta el parto.															
11. Manejo de inducción de maduración fetal pulmonar, si aplica ( Ver estandar 8D)															
12. Manejo de parto pretermino, si aplica ( ver estandar 8 E)															
13. No realizar tacto vaginal hasta que se encuentre en trabajo de parto															
14. Referencia inmediata al nivel II o III (según corresponda) u orden de hospitalización															
<b>Manejo de la paciente HOSPITALIZADA con ruptura prematura de membranas</b>															
<b>Determinar al menos en cada turno ( TID):</b>															
15. Temperatura															
16. Pulso o frecuencia cardiaca															
17. Tensión arterial															
<b>Manejo terapéutico:</b>															
18. Valoración por médico de mayor experiencia en Pediatría y Ginecoobstetricia. (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso.															
19. Continuar manejo de maduración fetal de acuerdo a norma ( si aplica)															
20. Continuar manejo de parto pretermino ( si aplica)															
21. Continuar antibiótico terapia I.V. de amplio espectro: Ampicilina 2g IV c/6h+ Gentamicina 5mg /kg cada 24h															
22. Terminar el embarazo, según diagnóstico:															
a) Parto normal por inducción en caso de Gestaciones de 36 o más semanas y si el I. de Bishop resulta > 4 y madurez pulmonar comprobada.															
b) Coriamionitis o hipoxia fetal, terminar gestación por cualquier vía.															
Cumple el estándar con los aspectos seleccionados?															
Marque + si cumple y □ si no cumple															

## Estándar e indicador de proceso: complicaciones neonatales

### 9 A. Porcentaje de Recién Nacidos con infección sistémica, que fueron manejados de acuerdo a la norma.

Provincia \_\_\_\_\_ Área de Salud \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Unidad Operativa \_\_\_\_\_ Fecha de la medición \_\_\_\_\_  
Mes evaluado \_\_\_\_\_ Responsable de la medición \_\_\_\_\_

#### INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre y número del Área de Salud / Hospital la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Solicite y revise las historias clínicas de los neonatos, enlistadas con diagnóstico definitivo y/ o Secundario de: Sepsis, neumonía, enterocolitis necrotizante, meningitis, STORCH.
4. Verifique en el formulario 051, (volver al formulario del año 2003), 028 Atención del Recién Nacido, hoja 005 (notas de evolución) y/o la hoja 008 (emergencia) los procedimientos ejecutados.
5. En el "instrumento de recolección de datos": registre en forma vertical el número de la historia clínica seleccionada; y el casillero respectivo registre con signo positivo (+) si cumple la actividad o con signo negativo (-) si no la cumple, NA si no aplica.
6. En el casillero del instrumento que corresponde a ¿Cumple el estándar?, Registre signo positivo (+) si cumple con todos las actividades que le correspondan de acuerdo al nivel de resolución de la Unidad de Salud. Si no se cumple se registrará con signo negativo (-).

#### PROCESAMIENTO

En el casillero del total, registre en el numerador el total de historias clínicas que cumplen con el estándar, sumando en forma horizontal las que tienen (signo positivo) y en el mismo casillero, el denominador corresponderá al total de historias clínicas revisadas. Para obtener el porcentaje de cumplimiento, divida estos valores y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que correspondiente.

# INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No de Historia Clínica																					Total	Porcentaje	
<b>Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL, del Recién Nacido con infección.</b>																							
<b>Determinar antecedentes gestacionales:</b>																							
1. Edad Gestacional.																							
2. Ruptura prematura de membranas mayor de 18 horas.																							
<b>Registrar en la Historia Clínica del RN:</b>																							
3.- Horas/días de vida de RN																							
4.- Temperatura axilar																							
5.- Cianosis / Color																							
6.- Frecuencia cardiaca																							
7.- Frecuencia respiratoria																							
8.- Examen abdominal																							
<b>Realizar exámenes de laboratorio:</b>																							
9.- Contaje leucocitario, morfología de neutrófilos																							
10.- Plaquetas																							
11.- Glicemia con tirilla ( normas: igual o > 40 mg)																							
<b>Manejo terapéutico:</b>																							
12.- Valoración inicial e inmediata por médico de mayor experiencia en Pediatría (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso.																							
13.- Valorar y registrar la escala de Sepsis <sup>30</sup> .																							
13.- Mantener la temperatura axilar entre 36.5°C y 37°C mediante termocuna																							
14.- Si está indicada la alimentación enteral, dar leche materna por succión o por sonda oro gástrica																							
15.- Administrar la primera dosis de antibióticos: Ampicilina 50 mg/kg, IM + Gentamicina 5 mg/Kg., IM.																							
16.- Hospitalización máximo en 1 hora. Referencia según criterios de Escala de Sepsis (ver nota al pie) en incubadora y administrando oxígeno durante el transporte																							
<b>Manejo del recién nacido HOSPITALIZADO con infección en los niveles II y III</b>																							
<b>Registrar en la Historia del RN cada 3 horas: (hasta que el RN se estabilice)</b>																							
17. Temperatura axilar																							
18. Frecuencia cardiaca																							
19. Frecuencia respiratoria																							
20. Presión arterial																							
21. Saturación de oxígeno																							
<b>Realizar y registrar los exámenes de laboratorio</b>																							
22. Glicemia una vez al día y PRN																							
23. Hemocultivo																							
24. Otros cultivos de acuerdo a la clínica del RN (si aplica)																							
25. BH, PCR y VSG a las 72 horas de iniciado el tratamiento antibiótico																							
<b>Manejo terapéutico:</b>																							
26. Valoración por parte de pediatra o médico de mayor experiencia en pediatría																							
27. Mantener temperatura axilar entre 36,5 y 37°C mediante termocuna.																							
28. Si está indicada la alimentación, dar leche materna exclusiva por succión o por sonda oro gástrica																							
29. Canalizar vía intravenosa																							
30. Continuar / Administrar tratamiento inicial de antibióticos de acuerdo a la norma.																							
<b>Cumple el estándar con los aspectos seleccionados? Marque + si cumple y □ si no cumple</b>																							

30 La Escala de Sepsis valora: conteo de leucocitos, de neutrófilos, de neutrófilos inmaduros y de plaquetas, relación neutrófilos inmaduros /neutrófilos totales, cambios degenerativos en los neutrófilos. Interpretación: < 0 = 2: sepsis improbable , 3 – 4: sepsis probable , = 0 > 5: sepsis muy probable

## 9 B. Porcentaje de RN con trastornos respiratorios, que fueron manejados de acuerdo a la norma.

Provincia \_\_\_\_\_ Área de Salud \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Unidad Operativa \_\_\_\_\_ Fecha de la medición \_\_\_\_\_  
Mes evaluado \_\_\_\_\_ Responsable de la medición \_\_\_\_\_

### INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre y número del Área de Salud / Hospital la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Solicite y revise las historias clínicas de los neonatos, enlistadas con diagnóstico definitivo y/ o Secundario de: Enfermedad de membrana Hialina, Neumonía intrauterina/ congénita, Síndrome de Distress (dificultad) respiratoria, Síndrome de aspiración meconial, Taquipnea transitoria del recién nacido.
4. Verifique en el formulario 051, (volver al formulario del año 2003), 028 Atención del Recién Nacido, hoja 005 (notas de evolución) y/o la hoja 008 (emergencia) los procedimientos ejecutados.
5. En el “instrumento de recolección de datos”: registre en forma vertical el número de la historia clínica seleccionada; y el casillero respectivo registre con signo positivo (+) si cumple la actividad o con signo negativo (-) si no la cumple, NA si no aplica.
6. En el casillero del instrumento que corresponde a ¿Cumple el estándar?, Registre signo positivo (+) si cumple con todos las actividades que le correspondan de acuerdo al nivel de resolución de la Unidad de Salud. Si no se cumple se registrará con signo negativo (-).

### PROCESAMIENTO

En el casillero del total, registre en el numerador el total de historias clínicas que cumplen con el estándar, sumando en forma horizontal las que tienen (signo positivo) y en el mismo casillero, el denominador corresponderá al total de historias clínicas revisadas. Para obtener el porcentaje de cumplimiento, divida estos valores y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que correspondiente.

# INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

<b>No de Historia Clínica</b> <b>Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL, del Recién Nacido con Trastorno Respiratorio.</b>													Total	Porcentaje
<b>Determinar antecedentes gestacionales:</b>														
1. Administración de corticoides antenatales (en caso de embarazo < 35 semanas)														
2. Edad Gestacional..														
<b>Registrar en la Historia Clínica del RN:</b>														
3.- Horas/días de vida de RN														
4.- Temperatura axilar														
5.- Cianosis / Color														
6.- Frecuencia cardíaca														
7.- Frecuencia respiratoria														
8.- Examen abdominal														
<b>Realizar exámenes de laboratorio:</b>														
9.- Biometría hemática														
10.- Glicemia con tirilla reactiva (normal: igual o > a 40 mg/dL)														
<b>Manejo terapéutico:</b>														
11.- Valoración inicial e inmediata por médico de mayor experiencia en Pediatría (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso.														
12.- Valorar y registrar el Score de Downes														
13. Mantener saturación oxígeno entre 90% y 95% para recién nacido a término y entre 88% y 92% para recién nacido pretérmino, mediante administración de Oxígeno con Hood, CAAP o Ventilación mecánica.														
14.-Mantener la temperatura axilar entre 36.5°C y 37°C mediante termocuna.														
15.- Administrar la primera dosis de antibióticos: Ampicilina 50 mg/kg, IM y Gentamicina 5 mg/kg,IM.														
16. Hospitalización máximo en 1 hora. Referencia según criterios de Escala de Downes (ver nota al pie) en incubadora y administrando oxígeno durante el transporte.														
<b>Manejo del recién nacido HOSPITALIZADO con Trastorno Respiratorio en los niveles II y III</b>														
<b>Registrar en la Historia del RN cada 3 horas: (hasta que el RN se estabilice)</b>														
17. Temperatura axilar														
18. Frecuencia cardíaca														
19. Frecuencia respiratoria														
20. Presión arterial														
21. Saturación de oxígeno														
22. Valorar y registrar la escala de Downes														
<b>Realizar y registrar los exámenes de laboratorio e Imagen</b>														
23. Glicemia una vez al día y PRN														
24. BH, PCR y VSG al ingreso y PRN.														
25. Radiografía de tórax al ingreso y PRN														
<b>Manejo terapéutico:</b>														
26. Valoración por parte de pediatra o médico de mayor experiencia en pediatría														
27. Mantener temperatura axilar entre 36,5 y 37°C mediante termocuna.														
28. Mantener saturación oxígeno entre 90% y 95% para recién nacido a término y entre 88% y 92% para recién nacido pretérmino, mediante administración de Oxígeno con Hood, CAAP o Ventilación mecánica.														
29. Si está indicada la alimentación enteral dar leche materna por sonda oro gástrica. Si la FR es mayor a 80 x', NPO														
30. Canalizar vía intravenosa														
31. Continuar / Administrar tratamiento inicial de antibióticos de acuerdo a la norma.														
<b>Cumple el estándar con los aspectos seleccionados? Marque + si cumple y [] si no cumple</b>														



### 9 C. Porcentaje de RN con prematuridad y/o peso bajo, que fueron manejados de acuerdo a la norma.

Provincia \_\_\_\_\_ Área de Salud \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Unidad Operativa \_\_\_\_\_ Fecha de la medición \_\_\_\_\_  
Mes evaluado \_\_\_\_\_ Responsable de la medición \_\_\_\_\_

#### INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre y número del Área de Salud / Hospital la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Solicite y revise las historias clínicas de los neonatos, enlistadas con diagnóstico definitivo y/ o Secundario de: RN Prematuro (extremo), Peso bajo
4. Verifique en el formulario 051, (volver al formulario del año 2003), 028 Atención del Recién Nacido, hoja 005 (notas de evolución) y/o la hoja 008 (emergencia) los procedimientos ejecutados.
5. En el "instrumento de recolección de datos": registre en forma vertical el número de la historia clínica seleccionada; y el casillero respectivo registre con signo positivo (+) si cumple la actividad o con signo negativo (-) si no la cumple, NA si no aplica.
6. En el casillero del instrumento que corresponde a ¿Cumple el estándar?, Registre signo positivo (+) si cumple con todas las actividades que le correspondan de acuerdo al nivel de resolución de la Unidad de Salud. Si no se cumple se registrará con signo negativo (-).

#### PROCESAMIENTO

En el casillero del total, registre en el numerador el total de historias clínicas que cumplen con el estándar, sumando en forma horizontal las que tienen (signo positivo) y en el mismo casillero, el denominador corresponderá al total de historias clínicas revisadas. Para obtener el porcentaje de cumplimiento, divida estos valores y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que correspondiente.



## 10. Tasa hospitalaria de letalidad por complicaciones obstétricas directas.<sup>31</sup>

Provincia \_\_\_\_\_ Área de Salud \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Unidad Operativa \_\_\_\_\_ Fecha de la medición \_\_\_\_\_  
Mes evaluado \_\_\_\_\_ Responsable de la medición \_\_\_\_\_

### INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma semestral.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. De los registros de egresos hospitalarios (del INEC), o de los registros de atenciones en emergencia, sala de partos u hospitalización obstétrica, obtenga el número de muertes maternas por complicaciones obstétricas directas ocurridas durante el semestre, independiente de los días de estada (numerador).
4. Para el total de complicaciones (denominador) obtenga del listado de complicaciones, instrumento, diseñado para el indicador 8 (porcentaje de complicaciones obstétricas que fueron manejadas según la norma). Sume en sentido vertical las complicaciones obstétricas atendidas y registre en el casillero correspondiente del instrumento (SUBTOTAL), luego deberá sumar en sentido horizontal este subtotal, EXCEPTO EL SUBTOTAL DE CESÁREAS (ya que estas han servido para verificar las complicaciones). Este dato de cada mes debe ser sumado para obtener el valor del semestre correspondiente.
5. Registre el numerador y denominador en los casilleros correspondientes del presente instrumento.

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

	Número	Porcentaje
Total de muertes maternas por complicaciones obstétricas directas, ocurridas en el hospital durante el semestre		
Total de complicaciones obstétricas directas atendidas en el hospital en el mismo semestre		

### PROCESAMIENTO:

Divida el total de muertes maternas por complicaciones obstétricas directas, ocurridas en el hospital durante el semestre, para el total de complicaciones obstétricas directas atendidas en el hospital, multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento correspondiente, porcentaje.

<sup>31</sup> Este indicador deberá ser medido únicamente por los hospitales generales y por hospitales COE completos

## 11. Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal.

Provincia \_\_\_\_\_ Área de Salud \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Unidad Operativa \_\_\_\_\_ Fecha de la medición \_\_\_\_\_  
Mes evaluado \_\_\_\_\_ Responsable de la medición \_\_\_\_\_

### INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Revise el registro de egresos hospitalarios (INEC) y/o el libro de partos y egresos neonatales.
4. Realice una lista con el número de la historia clínica de la madre parturienta y/o del/a recién nacido/a vivo/a o que ingreso y murió mientras estaba en el hospital, hasta los 28 días de su nacimiento, desarchiva la historia clínica y verifique la muerte del/a recién nacido/a y el resultado registre en el casillero correspondiente del instrumento.
5. Revise el registro de egresos hospitalarios (INEC) y/o el libro de partos, sume cuantos recién nacidos vivos fueron atendidos en el mes de la medición y registre en el casillero correspondiente del instrumento.

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

	Número	Porcentaje
Total de recién nacidos vivos o ingresados y que murieron mientras estaban en el hospital, hasta los 28 días desde su nacimiento		
Total de recién nacidos vivos atendidos en el hospital en el mismo mes		

### PROCESAMIENTO:

Divida el total de recién nacidos vivos e ingresados y que murieron mientras estaban en la Unidad Operativa, para el total de recién nacidos vivos atendidos en la Unidad Operativa, multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento correspondiente, porcentaje.

## 12. Porcentaje de complicaciones obstétricas atendidas en las Unidades del Área de Salud, de las esperadas

Provincia \_\_\_\_\_ Área de Salud \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
 Unidad Operativa \_\_\_\_\_ Fecha de la medición \_\_\_\_\_  
 Mes evaluado \_\_\_\_\_ Responsable de la medición \_\_\_\_\_

### INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
  2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
  3. Del instrumento del cual se obtiene el listado de complicaciones para el indicador 8 (porcentaje de complicaciones obstétricas que fueron manejadas según la norma), también se obtiene el presente indicador. Sume en sentido vertical las complicaciones obstétricas atendidas y registre en el casillero correspondiente del instrumento (SUBTOTAL). Es necesario aplicar este instrumento a todas las Unidades operativas del Área de Salud y como es un indicador provincial, también debe incluirse las complicaciones del hospital general.
  4. Para obtener el total de complicaciones obstétricas atendidas en el hospital en el mes de la evaluación, se deberá sumar en sentido horizontal el subtotal del instrumento descrito en el punto anterior
- EXCEPTO EL SUBTOTAL DE CESÁREAS (ya que estas han servido para verificar las complicaciones) y el resultado para registrar en el casillero correspondiente al mes evaluado, posteriormente se sumarán todas las complicaciones atendidas del mes evaluado y los meses previos, hasta el mes de enero inclusive. El resultado se colocará en el casillero correspondiente (Número) del instrumento actual.
5. Para obtener el total de complicaciones obstétricas esperadas en la población del Área de Salud, (el 15% de los embarazos esperados) (denominador):
    - a. Tome la Planificación Anual de la Unidad de Salud, del PLIS o la proyección poblacional del MSP donde se estima el total de embarazadas esperadas para el Área de Salud en el año.
    - b. De este valor, obtenga el 15 % y registre en el casillero correspondiente del instrumento (Número). Se estima que un 15% de embarazos pueden llegar a tener complicaciones que amenazan la vida.

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Número de complicaciones atendidas en el Área de Salud, hasta el mes evaluado											
Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.

	NUMERO	PORCENTAJE
Suma de complicaciones obstétricas atendidas en el Área de Salud, hasta el mes evaluado		
Total de complicaciones obstétricas esperadas en la población del Área de Salud, (15% de los embarazos esperados para el año)		

**NOTA:** La base de datos Excel permite el cálculo de éste indicador, en ella se ingresa el número de complicaciones obstétricas del mes correspondiente, NO el dato que obtiene en este instrumento como Número (suma de complicaciones obstétricas del mes y meses anteriores).

### PROCESAMIENTO:

Divida el resultado del numerador (sumatoria de complicaciones obstétricas atendidas en el Área de Salud, hasta el mes evaluado) para el denominador (total de complicaciones obstétricas esperadas en la población del Área de Salud para el año) y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero que corresponda a: Porcentaje.

**13. Porcentaje de las muertes maternas ocurridas en el Área de Salud/Hospital que tienen un proceso de investigación epidemiológica de la muerte materna.<sup>32</sup>**

Provincia \_\_\_\_\_ Área de Salud \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
 Unidad Operativa \_\_\_\_\_ Fecha de la medición \_\_\_\_\_  
 Mes evaluado \_\_\_\_\_ Responsable de la medición \_\_\_\_\_

**INSTRUCTIVO:**

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
2. Determine cuantas muertes maternastienen investigación epidemiológica y registre el dato en el casillero correspondiente del instrumento (Número).
3. Registre el total de muertes maternas en el Área/Hospital en el casillero correspondiente del instrumento (Número).

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

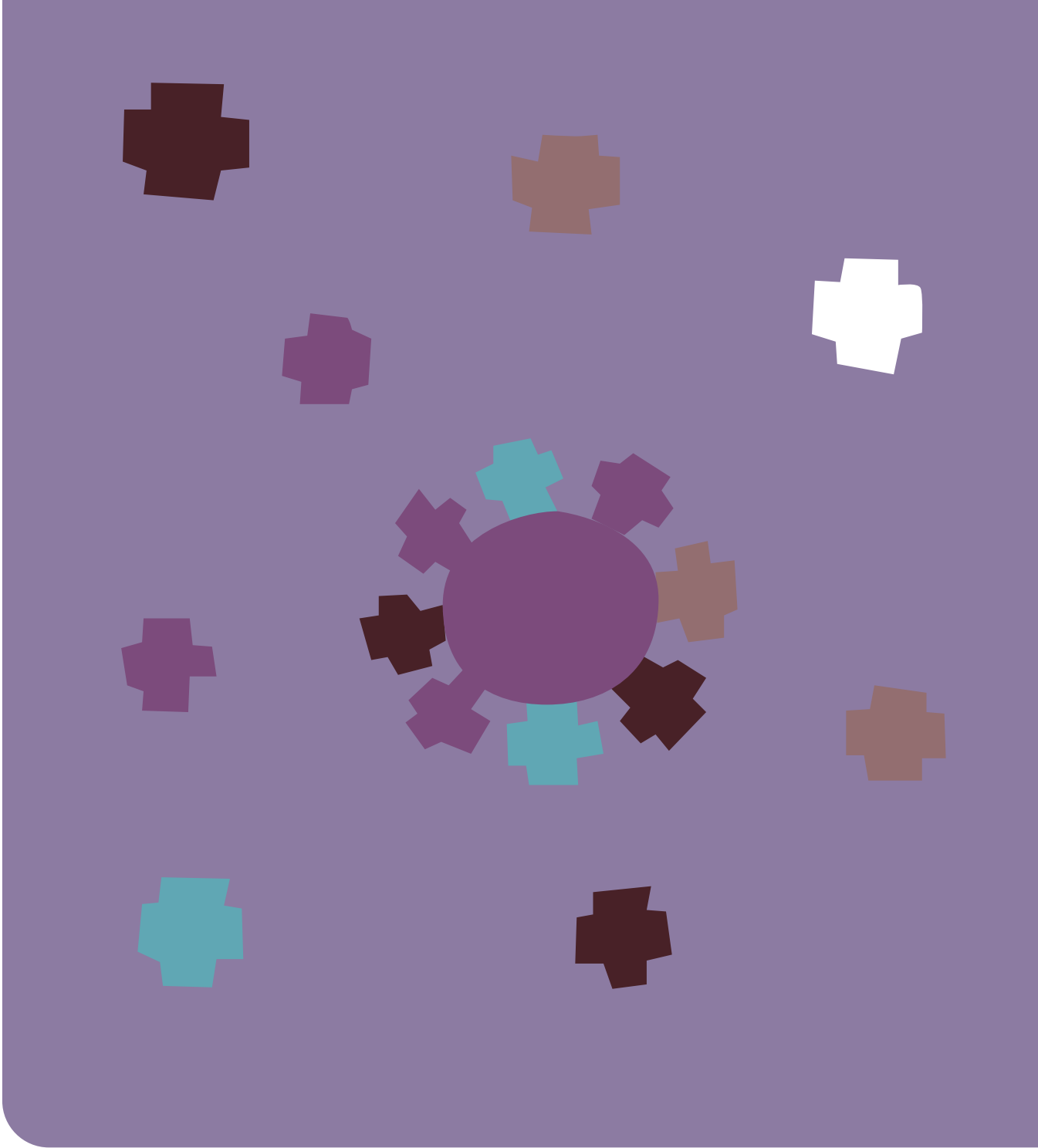
	Número	Porcentaje
Total de muertes maternas que tienen un proceso de investigación epidemiológica en el mes en el Área/Hospital		
Total de muertes maternas en el Área/Hospital en el mismo mes		

**PROCESAMIENTO:**

Divida el total de muertes maternas que tienen un proceso de investigación epidemiológica en el mes, en el Área para el total de muertes maternas en el mismo mes en el Área, multiplique por 100 y el resultado registre en el casillero correspondiente del instrumento: PORCENTAJE.

<sup>32</sup> La investigación epidemiológica se lleva a cabo con los formularios propuestos para tal efecto, tanto para las muertes ocurridas en las Unidades de Salud como para las ocurridas en los domicilios (autopsia verbal).





Anexos



# Base de datos excel para monitoreo, análisis y reporte de los indicadores

Se ha diseñado tres bases de datos que permiten el ingreso, análisis y reporte de los resultados de la medición de la calidad:

- 1) En las Áreas de salud “MONITOREO CALIDAD ÁREA/HOSPITAL”
- 2) En la provincia “MONITOREO CALIDAD PROVINCIA”; y
- 3) en el país “MONITOREO CALIDAD PAÍS”.

Las tres bases contienen hojas que pueden accederse por el nombre desde las pestañas de la parte inferior del libro Excel. Estas hojas son las siguientes:

## 1. Hoja de instrucciones “INSTRUCTIVO” que contiene las instrucciones generales del manejo de la base de datos.

## 2. Hoja de ingreso de datos:

- En la base de datos de las Áreas de Salud, la hoja de ingreso de datos y reporte se llama “REPORTE ÁREA/HOSPITAL”.
- En la base de datos provincial (para los datos de cada Área de la provincia, hasta 20 Áreas) la hoja se llama “REPORTE ÁREAS/HOSPITAL”.
- En la base de datos de país (para los datos de cada provincia, hasta 24 provincias) la hoja se llama “REPORTE PROVINCIAS”.

Cada una de estas hojas consiste en una matriz que sirve:

- a) para el reporte de la medición del cumplimiento de estándares de calidad de un Área de Salud/Hospital
- b) para el ingreso de datos de las mediciones de cada Área en una provincia
- c) para el ingreso de los datos de cada provincia del país.

## La hoja tiene la siguiente estructura:

- a) Datos generales, donde se registra el nombre de la Provincia, del cantón, del Área de Salud/Hospital, Unidad Operativa y el año (escogiendo de las listas desplegables), con respecto al nombre y apellido de la/s personas responsable/s del reporte de la medición lo deberán ingresar de forma manual obligatoriamente. Las celdas han sido protegidas, dejando libres las que permiten registrar la información. Además, se encuentra en ellas comentarios útiles para el ingreso de datos.
- b) Celdas / columnas: con los nombres de los procesos de atención, el número del estándar y el nombre del indicador.
- c) Celdas / filas con los doce meses del año. Para cada mes existen tres columnas:

N - Numerador, donde se ingresa en forma vertical el valor respectivo de la medición realizada, según el nombre del indicador y el mes evaluado.

D - Denominador, donde se ingresa en forma vertical el valor respectivo de la medición realizada, según el nombre del indicador y el mes evaluado.

% - Porcentaje, se ejecuta automáticamente.

Para mayor seguridad en el ingreso de datos se han incluido criterios de validación del dato en las celdas de numerador y denominador, mientras que han sido protegidas las columnas del porcentaje que contienen fórmulas que lo ejecutan automáticamente.

Una vez ingresados los datos del numerador y denominador de los indicadores de calidad, se grafican automáticamente cada uno de ellos.

Esta matriz puede ser impresa tanto para ver las mediciones como para reportar al nivel provincial en el caso de la base de datos de las Áreas de Salud/Hospital. En la hoja provincial se pueden ingresar los valores del numerador y denominador copiando desde las bases de datos de las Áreas/Hospital de la provincia, de igual forma en la hoja de país se pueden copiar los numeradores y denominadores desde las bases de datos de las provincias. Las celdas de porcentajes están protegidas.

### 3. Hoja de reporte:

#### 3.1. Hoja de reporte de la provincia "CONSOLIDADO PROVINCIA":

Es una matriz que sirve para el reporte consolidado de los estándares de calidad de la provincia, que se ejecuta automáticamente, de los datos ingresados en la Hoja "Reporte Áreas/Hospital". Además, se debe ingresar los datos generales del encabezado de la hoja

(escogiendo de las listas desplegables), el número de Áreas que reportan los resultados del cumplimiento de estándares de calidad en el mes (numerador) de las Áreas que están activas en MCC (denominador) y los C.S. y Hospitales de la Provincia que obtienen reportes.

#### 3.2. Hoja de reporte de país "CONSOLIDADO PAÍS":

Es una matriz que sirve para el reporte consolidado de los estándares de calidad del país, que se ejecuta automáticamente, de los datos ingresados en la Hoja "Reporte Provincias". Además, se debe ingresar los datos generales del encabezado de la hoja (escogiendo de las listas desplegables) y el número de provincias que reportan los resultados (numerador) de las provincias que están activas en MCC (denominador).

### 4. Hojas de graficación automática de los indicadores

Se han diseñado gráficos para cada uno de los estándares e indicadores de calidad (1 al 13), estos gráficos se ejecutan automáticamente, tienen el título que identifica al indicador medido, la Unidad de salud, provincia o país respectivamente, la tabla con el valor del porcentaje, numerador y denominador para el mes de medición.

A los gráficos puede accederse por su nombre (G1.. al G13.) desde las pestañas de la parte inferior del libro Excel e imprimirse si se considera necesario.

Cada base de datos contiene una hoja que sirve para el reporte desde el Área de Salud a la provincia, de ésta al nivel central y la del nivel nacional, que pueden ser impresas y enviadas al nivel respectivo, así también puede imprimirse cualquier hoja de las bases de datos, si se considera necesario.

# MODELO DE REPORTE DE LAS ÁREAS DE SALUD/HOSPITAL

(Base Excel Monitoreo Calidad Área, Hoja: Reporte Área)

## MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR MATRIZ DE REPORTE DEL MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNO PERINEONATAL

Proceso Estándar de U	Indicador	Provincia:												Año:													
		Número de Embarazadas Asignadas al Área de Salud para el año:						Unidad Operativa:																			
		Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio			Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre		
N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	N	D	%	
1	% Insumos esenciales (Farmacia y RN)	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####
2	% Cobertura de atención según norma.	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####
3A	% Pares con participación calificada y con control.	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####
3B	% Pares con participación calificada y con control de calidad de programa.	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####
4	% Pares con Calidad (manejo activo del tercer período).	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####
5	% de parteras con control según la norma	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####
6	% de RN en los que se realizó actividades de la norma.	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####
7A	% parteras atendidas por medicación a dosis altas.	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####
7B	% de RN atendidas por medicación a dosis altas.	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####
8A	% de pares con manejo calificado según la norma	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####
8B	% de Hemorragias Obstruccionales manejadas según la norma	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####
8C	% de infecciones obstruccionales manejadas según la norma	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####
8D	% de Parteras con Certificación profesional.	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####
8E	% Pares Pretermino con Nifedipina como Uteroablandador.	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####
8F	% Embarazadas con manejo de membranas, manipuladas de acuerdo a norma.	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####
9A	% RN con infección, manejados de acuerdo a la norma.	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####
9B	% Testeamos Resecciones, manipuladas de acuerdo a la norma.	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####
9C	% RN con Prematuridad, manejados de acuerdo a la norma.	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####
10	Tasa de letalidad por complicaciones obstétricas directas.																										
11	Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal.																										
12	% de complicaciones obstétricas, de las separadas de los egresados.	0	####	####	0	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####
13	% de muertes maternas investigadas.	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####

# MODELO DE REPORTE DE LAS PROVINCIAS

(Base Excel Monitoreo Calidad Provincia, Hoja: Consolidado Provincia)

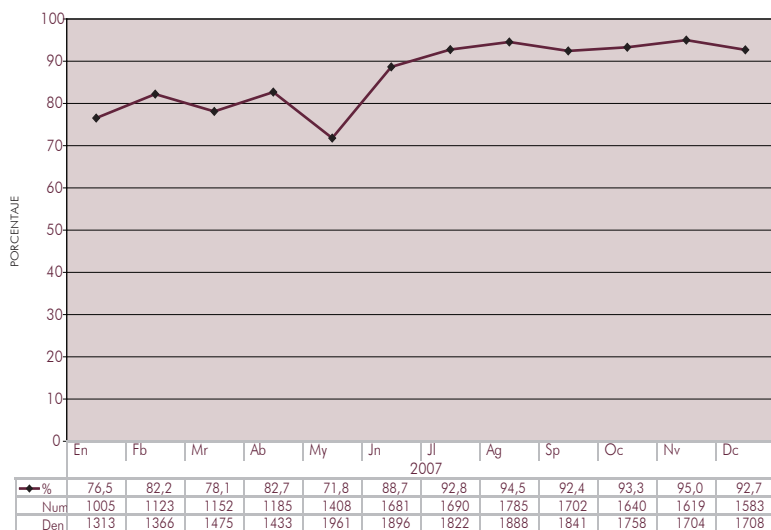
## MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR MATRIZ DE REPORTE DEL MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNO PERI-NEONATAL

Proceso	Estándar de entrada para la AM y RN	BOLIVAR												2008												Responsable
		Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Estándares de Calidad	1	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	
	2	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	
	3A	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	
	3B	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	
	4	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	
	5	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	
	6	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	
	7A	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	
	7B	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	
	8A	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	
	8B	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	
	8C	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	
	8D	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	
8E	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###		
8F	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###		
9A	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###		
9B	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###		
9C	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###		
10	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###		
11	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###		
12	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###		
13	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###	0	###		
MONITOREO DE ÁREAS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES DE LA PROVINCIA, QUE REPORTAN RESULTADOS DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN L.M.E.S.																										
a % de Áreas de Salud que reportan resultados del cumplimiento de																										
b Hospitales / reportan																										
c Hospitales / reportan																										



## EJEMPLOS DE GRÁFICOS DE MONITOREO

INDICADOR # 4: Partos Vaginales atendidos en Unidades de Salud del País en los que se administró 10 UI. De Oxitocina, como parte del Manejo Activo del tercer período del parto, Enero a Diciembre del 2007



INDICADOR # 8 B: Pacientes con Hemorragias Obstétricas que fueron manejadas según la norma, en las Unidades de Salud del País. Enero a Diciembre del 2007

