Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RIISS

Documento Derogado

MINISTERIO DE SALUD DE EL SALVADOR

DIRECCIÓN NACIONAL DE HOSPITALES

Documento Derogado

Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RIISS

Documento Derogado

Ministerio de Salud

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Es responsabilidad de los autores técnicos de este documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

AUTORIDADES
Dra. María Isabel Rodríguez, Ministra de Salud
Dr. Eduardo Espinoza, Viceministro de Politicas de Salud
Dra. Elvia Violeta Menjívar, Viceministra de Servicios de Salud

EQUIPO TÉCNICO
Dr. Julio Oscar Robles Ticas. Director Nacional de Hospitales

COMITÉ NACIONAL DE CALIDAD HOSPITALARIO
Dra. Margarita Aquino de Avendaño. Cirujano Pediatra del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom y Coordinadora del Comité Nacional de Calidad Hospitalario.
Dr. Eduardo Manfredo Abrego. Pediatra / Neonatólogo del Hospital Nacional de Maternidad Dr. Raúl Argüello Escolán.
Lic. Clara Luz Hernández de Olmedo. Enfermera supervisora Nivel Superior.
Dra. Andrea Chacón. Ginecóloga y Monitora de los hospitales de tercer nivel de atención.
Dra. Lourdes Dueñas. Pediatra / Infectóloga del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.
Dra. Elisa Menjívar de Aróstegui. Ginecóloga y Colaboradora técnica de Unidad de Atención Integral e Integrada de Salud Sexual y Reproductiva.
Dra. Yanira Burgos. Pediatra/Neonatóloga y Colaboradora técnica de Unidad de Atención Integral e Integrada de Salud Sexual y Reproductiva.
Ing. Efraín Guzmán. Colaborador técnico de la Unidad de Salud Ambiental.

COMITÉ CONSULTIVO

Dra. Jenny Brenda Hernández de Nolasco.
Dra. Amanda Alonzo de Rodríguez.
Lic. Luz Orbelina Aguilar de Portillo.
Dr. Víctor Manuel Pineda Contreras.
Ing. Alma de Arévalo.
Dra. Esmeralda Georgina Martínez.
Dr. Carlos Enrique Mena.
Lic. Reina Elizabeth de Perla.
Lic. Morena del Carmen Oliva.
Dr. Roberto Alfonso Garay.
Dr. Salvador Arturo Cuellar.
Lic. Haydee del Carmen Cabrera P.
Dra. Elizabeth Torres.
Lic. Ana Mirna Monroy de Velásquez.
Dr. Hans Edgardo Marroquín.
Lic. Dinora Elizabeth Blanco.
Lic. Lidia Landaverde Valencia.
Dr. Stanley Olivares Urquilla.
Dra. Mirna Elizabeth Roldán de Rivas.
Dr. José Adán Aguilar Umaña.

Asesoría Técnica URC/USAID
Dra. Patricia del Pilar León Estrella
Asesora técnica de salud sexual y reproductiva y calidad
Dra. Katiuska Alvayero
Asesora técnico en calidad y categorización de hospitales
Dra. Patricia Figueroa de Quinteros
Asesora infantil en calidad
Lic. Felicia Rubidia Girón
Asesora en calidad y prevención de enfermedades infecciosas

Primera edición, 2012

Ministerio de Salud
Calle Manuel J. Arce, # 827
San Salvador, El Salvador, América Central
Teléfono: (+503) 22 05 75 00
Sitio electrónico: http://www.salud.gob.sv

Documento Derogado

Índice

Introducción 6

I. Base legal 7

II. Objetivos 8

III. Ámbito de aplicación 8

IV. Contenido técnico 8

V. Estructura funcional para la aplicación del modelo de la mejora continua de la calidad 9

VI. Estandares e indicadores para el monitoreo de la calidad 12

VII. Disposiciones generales 106

VIII. Anexos 106

IX. Abreviaciones y siglas 106

X. Terminología 107

XI. Vigencia 107

Documento Derogado

Introducción

El Ministerio de Salud, en adelante MINSAL a través de la Dirección Nacional de Hospitales, en adelante DNH y en coordinación con la Dirección del Primer Nivel de Atención ha definido el desarrollo del Modelo de Mejora Continua de la Calidad, en adelante MCC para implementar el Sistema de Gestión de Calidad en los procesos de atención que se desarrollan en los establecimientos de las Redes Integrales e Integradas de los Servicios de Salud, en adelante RIISS, basado en una de las principales apuestas estratégicas descritas en el documento *Plan Quinquenal de Desarrollo 2010-2014*, en cual se describe: "Constituir un sector público responsable, eficiente, eficaz, moderno, desconcentrado y descentralizado que brinde a la población servicios de Calidad; que disponga de los recursos suficientes para cumplir de forma adecuada y que cuente con un sistema de rendición de cuentas diligentes y transparente".

Es también de importancia mencionar el compromiso del gobierno con el cumplimiento de la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública, la cual promueve el establecimiento de un enfoque común acerca de las nociones de calidad en la gestión pública, a partir del cual se adopte un conjunto de principios y orientaciones que sirvan de referencia para la formulación de políticas, planes, modelos y mecanismos que permitan la mejora continua de la calidad de su gestión pública.

Cabe también mencionar de igual importancia la Política Nacional de Salud 2009-2014, específicamente en las siguientes estrategias: N° 2 Rectoría y formulación de política y planes de salud, N° 6: Sistema de información estratégica y de calidad, como instrumento para tomar decisiones basadas en la evidencia, N° 8: Prestaciones de la red de servicios, N° 9: Política Hospitalaria y N° 18: Desarrollo de recursos humanos.

En el marco del Plan de Gobierno, una de las acciones estratégicas, es la implementación de programas de MCC en todos los establecimientos de salud, lo que conllevó a elaborar el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de los establecimientos de salud, en el cual se enfatiza la calidad en aspectos relacionados al trato cordial, infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos, procesos de atención, competencia técnica, entre otros. Así mismo, el Sistema Nacional de Salud contiene entre los objetivos estratégicos, "mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud, considerando como eje del modelo de atención a la persona, familia y la comunidad, garantizando la calidad y la calidez de la relación con los usuarios de los servicios de salud".

El presente documento contiene los avances que a la fecha han sido desarrollados por el Comité de Calidad con el propósito de satisfacer la necesidad identificada por el MINSAL, y particularmente por la DNH para fortalecer la gestión y funcionamiento de los Hospitales elevando la calidad de la atención técnica y la satisfacción por el servicio recibido, prevenir los efectos adversos de la no calidad, propiciar relaciones justas entre médicos y pacientes y obtener la credibilidad ciudadana.

La DNH tiene particular dedicación a mejorar los procesos asistenciales clave de la institución sanitaria, para lo cual ha identificado los siguientes:

a. Atención de Emergencias.
b. Atención en consulta externa.
c. Atención en las salas de hospitalización.
d. Atención en salas quirúrgicas.

Documento Derogado

De acuerdo al análisis de problemas en la calidad y sus causas, en los establecimientos de salud, enunciados en el Programa Nacional de Garantía de la Calidad, se reconocen como elementos críticos los siguientes: deficiencia en la dotación y competencia de los recursos humanos en salud, gestión de los recursos asistenciales y control de la provisión de los servicios de salud; además encontramos limitación en el mejoramiento sistemático de los procesos de atención y administrativos que limitan para disminuir las brechas en salud.

El presente Lineamiento técnico está dirigido al personal y funcionarios del MINSAL, para la aplicación del MCC, con el objetivo de mejorar los procesos de atención y para ello se requiere establecer estándares de calidad, que permitan brindar una mejor atención al usuario en los hospitales de la red pública.

I. Base legal

El presente Lineamiento técnico tiene como base legal:

El Código de Salud:

El Artículo 40, prescribe que El Ministerio de Salud es el Organismo encargado de determinar, planificar, ejecutar la política nacional en materia de Salud; dictar las normas pertinentes, organizar coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud.

El Artículo 41 numeral 4, establece que corresponde al Ministerio, Organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias.

Política Nacional de Salud:

N° 2 Rectoría y formulación de política y planes de salud:

2.3. Mejorar y controlar la calidad en todos los niveles del sistema de salud estableciendo las normativas y los instrumentos de monitoreo y evaluación.

Documento Derogado

II. Objetivos

A) General

Desarrollar en el MINSAL la estrategia de la mejora continua de la calidad enfocándola en el Sistema de Gestión de Calidad. Además proporcionar las herramientas metodológicas, para la medición en los diferentes procesos de atención.

B) Específicos

Proporcionar a los trabajadores de la salud, las herramientas y los instrumentos de MCC a través de estándares e indicadores que midan la calidad de los procesos asistenciales, buscando la satisfacción de los usuarios.

Proporcionar la metodología para desarrollar intervenciones de mejora a corto plazo a través de los ciclos rápidos o PEVA.

III. Ámbito de aplicación

Están sujetos a la aplicación y al cumplimiento de estos Lineamientos técnicos todos los funcionarios o empleados de los establecimientos del MINSAL.

IV. Contenido técnico

Para el desarrollo de la mejora continua de la calidad (MCC) en los servicios de salud el personal debe aplicar el modelo de mejoramiento continuo de la calidad.

Realizándolo a través de la medición del cumplimiento de los estándares por medio de indicadores y mediante el análisis de los procesos evaluados y sus fallas utilizando los ciclos de planificación, ejecución, verificación y análisis, en adelante PEVA.

En base al tipo de problema identificado el personal debe utilizar una de las siguientes metodologías:

MCC a través de resolución de problemas. Se concentra en solucionar el problema que en algunos casos, puede estar directa o indirectamente relacionado con los procesos de atención y pueden depender para su solución, de una sola persona.

MCC a partir de la definición de problemas utilizando el diseño/ rediseño de procesos. Permite analizar exhaustivamente los pasos de un proceso y redefinirlo, eliminando obstáculos o pasos en el proceso que dificulten su fluidez, si hay que agregar un nuevo paso en el proceso

Documento Derogado

se reestructura. Este enfoque lleva mucho más tiempo en realizarse. En él se aplica en forma completa el ciclo PEVA.

MCC a partir de la definición, análisis y aplicación de ciclos rápidos PEVA. Operativamente rápido, se escogen los procesos de atención deficientes de acuerdo a los resultados de la medición de los estándares, se hace un análisis breve dando respuesta a las tres preguntas fundamentales (ver anexo 1). Luego se proponen los cambios a realizar para luego aplicar el resto del ciclo PEVA. Se debe documentar por la Unidad Organizativa de Calidad, en adelante UOC, en el formulario elaborado para tal fin todos los procesos de mejora a realizar por los equipos de mejora (ver anexo 1).

V. Estructura funcional para la aplicación del modelo de la mejora continua de la calidad

Este proceso está conducido e implementado por equipos técnicos de calidad de la Dirección del Primer Nivel de Atención y de la DNH, correspondientes al Vice-Ministerio de Servicios de Salud; mediante estándares, indicadores e instrumentos definidos para medir y mejorar la calidad de la salud fundamentalmente en las áreas materno, neonatal, infantil, de prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS), manejo de desechos bioinfecciosos, calidad de agua y servicios hospitalarios tales como: emergencia, consulta externa, salas de operaciones y hospitalización; es un proceso de auto-monitoreo/ evaluación del personal técnico administrativo del MINSAL.

NIVEL SUPERIOR:

Comité Nacional de Calidad Hospitalaria.

1. Miembros del Comité:

Los miembros del Comité Nacional de Calidad Hospitalaria, en adelante CNCH, son designados por la DNH y está constituido por:

- Dos delegados(as) de la DNH.
- Un representante de la Unidad de monitoreo hospitalario.
- Un representante de la Unidad de Atención Integral e Integrada de Salud Sexual y Reproductiva.
- Representante de la Unidad de enfermería.
- Representante del Comité de IAAS.
- Representante de la Unidad de Salud Ambiental (USam).
- Otros representantes que la autoridad considere pertinentes.

2. Actividades del Comité:

- Cumplir el plan operativo anual elaborado en su seno.
- Monitoreo y evaluación del cumplimiento del programa de mejoramiento continuo de la calidad, en los servicios hospitalarios.

Documento Derogado

NIVEL REGIONAL:
Unidad de monitoreo y evaluación hospitalaria.

- Actividades coordinadas con el CNCH y hospitales: monitoreo, evaluación, supervisión y apoyo técnico del cumplimiento y funcionamiento de la gestión de calidad.

NIVEL LOCAL: HOSPITALARIO
Unidad Organizativa de Calidad (UOC).

Cada establecimiento ajustándose a su perfil y complejidad debe organizar el equipo de MCC para cumplir el presente Lineamiento técnico.

1. Miembros:

- Debe estar conformado de la siguiente manera:
- Jefe de la Unidad Organizativa de Calidad.
- Coordinadores de los Comités.
- Y otros según sean necesarios de acuerdo a la complejidad del hospital.

2. Actividades:

- Elaborar el POA relacionado con la gestión de calidad, coordinado con la Unidad de Planificación.
- Cumplir el POA e informar oportunamente al Director.

PRIMER NIVEL:

Los equipos de MCC deben ser conformados según el personal asignado.
Los que se deben organizar tanto en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, en adelante UCSF, como en los Ecos Familiares y Ecos Especializados.

No.	Proceso de atención	Frase Clave del Estándar
	Planificación Familiar	
1		Oferta básica de PF.
2		Inscripción de planificación familiar.
3		Control Subsecuente de planificación familiar.
4		Elección libre e informada para métodos quirúrgicos.
5		Consejería en post evento obstétrico.
	Prenatal	
6		Llenado de Hoja Clínica Perinatal (HCP) y consejería prenatal.
	Parto	
7		Uso e interpretación del partograma.
8		Oxitocina como manejo activo del 3er. Periodo.

Documento Derogado

No.	Proceso de atención	Frase Clave del Estándar
	Post parto	
9		Control post parto inmediato.
10		Control al alta del puerperio.
	Complicaciones	
11		Amenaza de parto prematuro y uso de corticosteroides.
12		Infección puerperal.
13		Hemorragias obstétricas.
14		Preeclampsia grave/eclampsia.
	Neonatos	
15		Atención inmediata del recién nacido.
16		Evaluación al alta del recién nacido.
17		Lactancia materna.
	Complicaciones	
18		Sepsis neonatal.
19		Depresión y asfixia neonatal.
20		Prematurez.
21		Transporte neonatal.
	IAAS	
22		Prevención y control de infecciones.
	Salud ambiental	
23		Manejo de desechos bioinfecciosos.
24		Consumo de agua potable.
	Servicios hospitalarios	
25		Unidad de Emergencia.
26		Servicios hospitalarios: UCI Neonatal y Pediatría, UCI Adulto, Servicios de Obstetricia (post parto y post cesárea), Medicina Interna y Cirugía General.
27		Consulta externa.
28		Sala de operaciones.

Documento Derogado

VI. Estándares e indicadores para el monitoreo de la calidad

Los estándares se enlistan a continuación, según el proceso de atención involucrado:

Indicación general para el registro de todos los estándares.

- La verificación en el cumplimiento de la medición del estándar se debe hacer en base a los instrumentos técnicos respectivos.
- El llenado de los instrumentos de evaluación de los estándares se debe realizar según corresponda, con los siguientes datos:
  a. Nombre de la Región.
  b. Nombre del establecimiento de salud.
  c. Período evaluado y fecha de evaluación.
  d. Responsable de la evaluación o medición del estándar.
- La UOC debe proporcionar el instrumento para las evaluaciones en formato digital o físico.
- El responsable de las evaluaciones debe entregar los resultados al coordinador de la UOC del Nivel Local con el análisis del proceso (ciclos de mejora) y las alternativas de solución, en los primeros ocho días hábiles del periodo evaluado.

Para el registro del cumplimiento o no de los criterios de cada estándar debe utilizar la siguiente ponderación:

1. Para el llenado del instrumento de evaluación del estándar: Colocar el número uno: si cumple en su totalidad el criterio, en la casilla correspondiente al cruce de la columna del expediente y la fila del criterio. Cero si no se cumple o no se registró la información. Y no aplica (N/A) cuando el criterio no corresponde al caso.
2. Para obtener el "total cumplido (a)", el sistema informático realizará automáticamente, la suma en sentido horizontal los cumplimientos marcados con uno.
3. Para obtener el "total aplicables (b)", en la fila (sentido horizontal) correspondiente a los expedientes, se restarán los no aplica (N/A) del total de expedientes revisados.
4. Automáticamente el sistema informático obtendrá la suma de los criterios y el porcentaje de cumplimiento.
5. Muestra: solicitar al área de estadística y documentos médicos los números de registro de expedientes clínicos que debe revisar. Para seleccionar aleatoria y sistemáticamente la muestra de diez expedientes, debe dividir el total de consultas en el mes a evaluar entre diez, para establecer el intervalo de selección de cada uno de los diez expedientes de la muestra. Si la muestra es menor de diez expedientes se debe utilizar el total.
6. En los casos de indicadores que no tienen estándar de respuesta, se deben colocar al obtener el resultado producto de la medición de los mismos por parte del Comité Nacional de Calidad Hospitalario.

A continuación de describen los estándares:

A. Estándar básico e indicador para la atención en Planificación Familiar (PF):

Documento Derogado

Cuadro n.° 1
Porcentaje de la oferta básica de PF con los que cuenta el almacén de cada hospital para un mínimo de dos meses

Estándar No. 1.	Indicador	Fórmula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método Recolección	Muestra	Periodo
El almacén de cada hospital Contará con oferta básica de PF para un mínimo de dos meses : orales inyectables DIU condones	Porcen-taje de la oferta básica de PF con los que cuenta el almacén de cada hospital para un mínimo de dos meses	Oferta básica de PF dispo-nible para un mínimo de dos meses con los que cuenta el almacén de cada hospital _____ X 100 Total de la ofer-ta básica de PF evaluados.	Formulario N° 5 del sistema logístico.	Formulario N° 5 del sistema logístico.	Obser-vación indirecta.	100% de la oferta básica.	Semestral

Fuente: Modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Aspectos específicos para el registro del estándar N° 1:

1. Frecuencia de medición: semestral.
2. La enfermera o médico encargado del programa de PF debe solicitar a farmacia y al almacén el informe de las existencias de la oferta básica de P.F.
3. Fuente de verificación: el formulario N° 5.
4. Anotar en la casilla:
   "Cumplió" (sentido vertical) N°1 si cumple el criterio del estándar.
   N° o si no cumple con el criterio.

Para evaluar el cumplimiento del estándar el sistema informático sumará y mostrará como numerador el "total cumplido" de los criterios marcados con 1 y en el denominador el número "4" como total aplicable.

Tabla n.° 1
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTÁNDAR n.° 1

MINISTERIO DE SALUD	
Región:	
Establecimiento de salud:	
Período evaluado:	
Fecha de la evaluación:	
Responsables de la evaluación:	
Estándar 1: El almacén local del establecimiento de salud cuenta con abastecimiento de la oferta básica de P. F. (4) para un mínimo de 2 meses:	
CRITERIOS	Cumplió
1. Existencia de ORALES.	
2. Existencia de INYECTABLES.	
3. Existencia de T DE COBRE (TCu 380 A).	
4. Existencia de CONDONES.	
N=Total cumplido	0
D= Total aplicable (4)	4
Porcentaje	0%

Fuente: Base de datos modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Documento Derogado

Cuadro n.° 2
Porcentaje usuarias de PF en inscripción que fueron evaluadas con los parámetros esenciales.

Estándar n.° 2	Indicador	Fórmula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método Recolección	Muestra	Periodo
Toda usuaria de PF en inscripción es evaluada con los parámetros esenciales.	Porcentaje usuarias de PF en inscripción que fueron evaluadas.	Número de usuarias de PF en inscripción que fueron evaluadas. _____ X100 Total expedientes revisados de usuarias en inscripción de PF	Expediente clínico de usuaria con hoja de inscripción en PF.	Tabulador diario de registro de consulta.	Indirecta (revisión de expediente).	10 expedientes.	Trimestral

Fuente: Modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Cuadro n.° 3
Porcentaje de usuarias de PF con controles subsecuentes que fueron evaluadas con los parámetros esenciales.

Estándar No. 3	Indicador	Fórmula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método Recolección	Muestra	Periodo
Toda usuaria de PF en su control subsecuente es evaluada con los parámetros esenciales.	Porcentaje usuarias PF con controles subsecuentes que fueron evaluadas.	Número de usuarias de PF con controles subsecuentes que fueron evaluadas ____X 100 Total de expedientes revisados de usuarias de PF con controles	Expediente clínico de usuaria con hoja de controles subsecuente de PF.	Tabulador diario de registro de consulta de PF.	Indirecta (revisión de expediente).	10 expedientes	Trimestral

Fuente: Modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Documento Derogado

Cuadro No. 4.
Porcentaje de usuarias de PF con consentimiento informado correctamente registrado.

Estándar No. 4	Indicador	Fórmula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método Recolección	Muestra	Periodo
Toda usuaria/o de PF que decide por una esterilización quirúrgica o vasectomía deberá tener el consentimiento informado correctamente registrado.	Porcentaje de usuaria/o PF que deciden por una esterilización quirúrgica o vasectomía y que tengan correctamente registrado la hoja de consentimiento informado.	Número de usuaria/o de PF con consentimiento informado correctamente registrado ---------- X 100 Total de expedientes revisados de usuarias de PF con esterilización quirúrgica o vasectomía	Expediente clínico con hoja de consentimiento informado.	Libro de sala de operaciones.	Indirecto (revisión de expediente).	10 expedientes.	Trimestral.

Fuente: Modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Cuadro No. 5.
Porcentaje mujeres post evento obstétrico que recibieron consejería de PF y egresaron con algún método de PF.

Estándar No. 5	Indicador	Fórmula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método Recolección	Muestra	Periodo
Toda mujer post evento obstétrico (post parto o post aborto) que reciben consejería en PF y egresaron con algún método de PF.	Porcentaje de mujeres post evento obstétrico que recibieron consejería de PF y egresaron con algún método de PF.	Número mujeres con diagnóstico de post evento obstétrico que recibieron consejería de PF y egresaron con algún método de PF ---------- X 100 Total expedientes revisados de mujeres con diagnóstico de post evento obstétrico	Expediente clínico: HCP Plantilla post-aborto.	SIP Libro de registro de partos o de sala de operaciones.	Indirecta (revisión de expedientes)	10 expedientes.	Trimestral.

Fuente: Modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Aspectos específicos que el personal debe cumplir para el registro:

1. Frecuencia de evaluación: trimestral.
2. La enfermera o médico encargado del programa de PF debe realizar la medición de estos estándares.
3. Para la muestra debe revisar en el tabulador diario de consultas (Inscripción y control subsecuente de PF), para el caso de las esterilizaciones quirúrgicas / vasectomías y post-evento obstétrico se debe usar los registros del libro de sala de operaciones o partos.
4. Fuente de verificación:

Estándar N° 2: la hoja de inscripción de PF.
Estándar N° 3: la hoja de control subsecuente de PF.
Estándar N° 4: la hoja de consentimiento informado.
Estándar N° 5: la hoja de historia clínica perinatal y solapa post-aborto.

Documento Derogado

Tabla n.° 2
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTÁNDAR n.° 2

MINISTERIO DE SALUD													
Región:													
Establecimiento de salud:													
Período evaluado:													
Fecha de la evaluación:													
Responsables de la evaluación:													
Estándar 2. Toda usuaria de PF en inscripción es evaluada con los parámetros esenciales.													
Criterios	Expedientes										(a) Total cumplido	(b) Total aplicables	Porcentaje de cumplimiento del criterio (a/b*100)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
No. de Expediente clínico													
1. Datos generales y personales.											0	0	#¡DIV/0!
2. Antecedentes obstétricos .											0	0	#¡DIV/0!
3. Antecedentes ginecológicos .											0	0	#¡DIV/0!
4. Verificación de PAP y/o resultado.											0	0	#¡DIV/0!
5. Uso previo de métodos de planificación familiar, incluyendo lactancia materna (MELA).											0	0	#¡DIV/0!
6. Registro de signos vitales: temperatura, pulso, TA y peso.											0	0	#¡DIV/0!
7. Examen físico completo, que incluya el ginecológico y de mamas.											0	0	#¡DIV/0!
8. Histerometría para el caso de inserción de DIU.											0	0	#¡DIV/0!
9. Tamizaje según criterios de elegibilidad médica de OMS, de acuerdo al método elegido.											0	0	#¡DIV/0!
10. Consejería sobre mecanismo de acción, uso correcto, tasa de efectividad, efectos secundarios y signos de alarma según el método elegido.											0	0	#¡DIV/0!

Documento Derogado

11. Registro del método entregado.											0	0	#¡DIV/0!
12. Registro de próxima cita .											0	0	#¡DIV/0!
13. Consignación del responsable de inscripción.											0	0	#¡DIV/0!
											Total Estándar en el establecimiento		
N=Total de criterios cumplidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	∑ Criterios cumplidos		0
D= Total criterios aplicables	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	∑ Criterios aplicables		0
Porcentaje	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Porcentaje de cumplimiento del estándar en el establecimiento		#¡DIV/0!

Fuente: Modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Documento Delegado

Tabla n.° 3
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTÁNDAR n.° 3

MINISTERIO DE SALUD Región:													
Establecimiento de salud:													
Período evaluado:													
Fecha de la evaluación:													
Responsables de la evaluación:													
Estándar 3. Toda usuaria de PF en su control subsecuente es evaluada con los parámetros esenciales.													
Criterios	Expedientes										(a) Total Cumplido	(b) Total aplicables	Porcentaje de cumplimiento del criterio (a/b*100)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
No. de Expediente clínico													
1. Datos generales.											0	0	#¡DIV/0!
2. Signos vitales: peso, TA.											0	0	#¡DIV/0!
3. Evaluación de signos y síntomas de alarma.											0	0	#¡DIV/0!
4. En presencia de signos de alarma, se procede a realizar examen físico completo.											0	0	#¡DIV/0!
5. En caso de cambio de método se registra el motivo.											0	0	#¡DIV/0!
6. Se realiza toma de PAP según norma.											0	0	#¡DIV/0!
7. Tipo de consulta.											0	0	#¡DIV/0!
8. Registro de próxima visita.											0	0	#¡DIV/0!
9. Consignación del responsable de la atención.											0	0	#¡DIV/0!
											Total estándar en el Establecimiento:		
N=Total de criterios cumplidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	∑ Criterios Cumplidos		0
D= Total criterios aplicables	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	∑ Criterios aplicables		90
Porcentaje	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Porcentaje de cumplimiento del estándar en el establecimiento		#¡DIV/0!
Indicador: Porcentaje usuarias PF con controles subsecuentes que fueron evaluadas.													

Fuente: Modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Documento Derogado

Tabla n.° 4
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTÁNDAR n.° 4

MINISTERIO DE SALUD Región:													
Establecimiento de salud:													
Período evaluado:													
Fecha de la evaluación:													
Responsables de la evaluación:											N/A	1	0
Estándar 4. Toda usuaria/o de PF que decide por una esterilización quirúrgica/vasectomía deberá tener el consentimiento informado correctamente registrado.													
Criterios	Expedientes										(a) Total cumplido	(b) Total aplicables	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO (a/b*100)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
No. de Expediente clínico													
1. Datos generales.											0	0	#¡DIV/0!
2. Antecedentes obstétricos contributorios.											0	0	#¡DIV/0!
3. Indagar sobre uso previo de métodos de planificación familiar.											0	0	#¡DIV/0!
4. Motivo de esterilización.											0	0	#¡DIV/0!
5. Consentimiento informado firmado por usuaria/o y por proveedor que brinda consejería.											0	0	#¡DIV/0!
6. Registro del tipo de esterilización realizada o vasectomía.											0	0	#¡DIV/0!
7. Responsable de realizar la esterilización o vasectomía.											0	0	#¡DIV/0!
											Total estándar en el establecimiento		
N=Total de criterios cumplidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	∑ Criterios cumplidos		0
D= Total criterios aplicables	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	∑ Criterios aplicables		70
Porcentaje	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Porcentaje de cumplimiento del estándar en el establecimiento		#¡DIV/0!
Indicador: Porcentaje de usuaria/o PF que deciden por una esterilización quirúrgica/ vasectomía y que tengan correctamente registrado la hoja de consentimiento informado.												0%	

Fuente: Modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Documento Delegado

Tabla n.° 5
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTÁNDAR n.° 5

MINISTERIO DE SALUD Región:													
Establecimiento de salud:													
Período evaluado:													
Fecha de la evaluación:													
Responsables de la evaluación:													
Estándar 5: Toda mujer post evento obstétrico (post parto o post aborto) que reciben consejería en PF y egresaron con algún método de PF:													
Criterios	Expedientes										(a) Total cumplido	(b) Total aplicables	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO (a/b*100)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
No. de Expediente clínico.													
1. Registro de diagnóstico de post aborto o de postparto.											0	0	#¡DIV/0!
2. Registro de consejería consignada en el expediente clínico.											0	0	#¡DIV/0!
3. Entrega de método elegido o referencia consignada en expediente clínico.											0	0	#¡DIV/0!
4. El método adoptado por usuaria es con base a su situación clínica.											0	0	#¡DIV/0!
											Total estándar en el establecimiento		
N= Total de criterios cumplidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	∑ Criterios cumplidos		0
D= Total de criterios aplicables	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	∑ Criterios aplicables		0
Porcentaje	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Porcentaje de cumplimiento del estándar en el establecimiento		#¡DIV/0!
Indicador: Porcentaje de mujeres post evento obstétrico que recibieron consejería de PF y egresaron con algún método de PF												0%	

Fuente: Base de datos modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Documento Depurado

B. Estándar e indicador de atención prenatal.

Cuadro No. 6.

PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS EN CUYO CONTROL PRENATAL SE LES REGISTRÓ EN LA HCP LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y BRINDO LA CONSEJERÍA DE ACUERDO A SU CONDICIÓN.

Estándar No. 6	Indicador	Fórmula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método Recolección	Muestra	Período
Toda embarazada que recibe la atención prenatal en el establecimiento tendrá registro correcto de su HCP y se le brinda consejería prenatal según condición clínica.	Porcentaje de mujeres embarazadas en cuyo control prenatal se les registró en la HCP las actividades realizadas y se le brindo consejería de acuerdo a su condición.	N° de embarazadas que cumplen con los parámetros esenciales de la HCP y consejería. ----------x 100 Total de expedientes revisados.	Expedientes clínicos de mujeres que tuvieron control prenatal en el establecimiento.	Tabulador diario de registro de consultas prenatales SIP.	Indirecto (Revisión de expedientes de embarazadas).	10 expedientes.	Mensual.

Fuente: Modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Aspectos específicos que el personal debe cumplir para el registro:

1. Frecuencia de medición: mensual.
2. Debe ser realizado por el médico jefe de ginecología, médico asignado o encargado de la consulta externa del prenatal.
3. Para la muestra debe utilizar el tabulador diario de registro de consultas médicas y Sistema informático perinatal (SIP) que forma parte del Sistema Único de Información, en adelante SUIS.
4. Fuente de verificación: revisar que en los expedientes clínicos seleccionados, se encuentre la hoja de control prenatal (HCP) y el sello de consejería respectivo

Documento Derogado

Tabla n.° 6
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTÁNDAR n.° 6

MINISTERIO DE SALUD Región:													
Establecimiento de salud:													
Período evaluado:													
Fecha de la evaluación:													
Responsables de la evaluación:													
Estándar 6.Toda embarazada que recibe la atención prenatal en el establecimiento tendrá registro correcto de la HCP y se le brinda consejería prenatal según condición clínica.													
Criterios	Expedientes										(a) Total cumplido	(b) Total aplicables	Porcentaje de cumplimiento del criterio (a/b*100)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
No. de Expediente clínico													
1.Antecedentes personales y obstétricos.											0	0	#¡DIV/0!
2.Medición de la talla.											0	0	#¡DIV/0!
3.Medición del peso.											0	0	#¡DIV/0!
4.Semanas de amenorrea.											0	0	#¡DIV/0!
5. Determinación de la TA.											0	0	#¡DIV/0!
6. Medición de la altura uterina.											0	0	#¡DIV/0!
7. Auscultación de FCF a partir de las 20 semanas.											0	0	#¡DIV/0!
8. Movimientos fetales después de 18 sem.											0	0	#¡DIV/0!
9. Aplicación de la vacuna antitetánica (Dt) y H1N1, según norma.											0	0	#¡DIV/0!
10. Registro de exámenes prenatales realizados (Hb, Ht, Tipeo, Rh, VDRL, PAP, glicemia general de orina).											0	0	#¡DIV/0!
11. Consignación de IMC.											0	0	#¡DIV/0!
12. Examen odontológico.											0	0	#¡DIV/0!
13. Examen de mamas.											0	0	#¡DIV/0!
14. Prescripción de Fe y Ac. Fólico.											0	0	#¡DIV/0!
15. Registro, solicitud y toma de VIH.											0	0	#¡DIV/0!

Documento Derogado

Consejería Prenatal:													
16. Lactancia materna.											0	0	#¡DIV/0!
17. Planificación familiar.											0	0	#¡DIV/0!
18. Signos de complicaciones.											0	0	#¡DIV/0!
19. Violencia.											0	0	#¡DIV/0!
											Total estándar en el establecimiento:		
N= Total de criterios cumplidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	∑ Criterios cumplidos		0
D= Total de criterios aplicables	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	∑ Criterios aplicables		190
Porcentaje	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Porcentaje de cumplimiento del estándar en el establecimiento		0%
Indicador: Porcentaje de mujeres embarazadas en cuyo control prenatal se les registró en la HCP las actividades realizadas y brindo la consejería de acuerdo a su condición													

Fuente: Base de datos modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

C. Estándar e indicador de la vigilancia de trabajo del parto.

Cuadro No. 7
Porcentaje de mujeres que verificaron partos que tienen el partograma llenado, interpretado y aplicado según lineamientos.

Estándar No. 7	Indicador	Fórmula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método Recolección	Muestra	Período
Toda mujer en trabajo de parto tendrá su partograma llenado, interpretado y aplicado según condición obstétrica.	Porcentaje de mujeres que verificaron parto institucional que tienen el partograma llenado, interpretado y aplicado correctamente.	No. de mujeres que verificaron parto institucional que tienen el partograma llenado, interpretado y aplicado adecuadamente _____ x 100 Total de expedientes revisados en el período	Expedientes clínicos que verificaron parto con Hoja de partograma.	Expediente clínico Libro de partos.	Indirecto (revisión de expedientes).	10 expedientes.	Mensual

Fuente: Modificado por el Comité Nacional de Calidad de Hospitales, noviembre 2011.

Documento Delegado

Cuadro No. 8.
Porcentaje de mujeres que verificaron parto institucional y se les administró 10 UI de Oxitocina, como parte del manejo activo del tercer período del parto (MATEP)

Estándar No. 8	Indicador	Formula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método Recolección	Muestra	Período
Toda mujer con parto institucional recibirá oxitocina como parte del MATEP a fin de reducir la hemorragia post-parto.	Porcentaje de mujeres que verificaron parto institucional que recibieron oxitocina como parte del MATEP según criterios establecidos.	No. mujeres que verificaron parto institucionales en los que se le aplicó el MATEP _____ x 100 Total expedientes revisados en el mes	Expediente clínico de mujeres con parto institucional con hoja HCP.	SIP Libro de sala de partos.	Indirecto (revisión de expediente de mujeres con parto institucional).	10 expedientes.	Mensual

Fuente: Modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Aspectos específicos que el personal debe cumplir para el registro:

1. Frecuencia de medición: mensual.
2. El jefe de partos debe realizar la medición.
3. Muestra: deben ser revisados del libro de sala de partos o SIP.
4. Fuente de verificación:

Estándar N° 7: se debe utilizar la hoja de partograma.

Estándar N° 8: obtener el dato de la HCP.

Documento Derogado

Tabla n.° 7
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTÁNDAR n.° 7

MINISTERIO DE SALUD Región:													
Establecimiento de salud:													
Fecha de la evaluación:													
Responsables de la evaluación:													
Estándar 7. Toda mujer en trabajo de parto tendrá su partograma llenado e interpretado correctamente y aplicado según condición obstétrica.													
Criterios	Expedientes										(a) Total Cumplido	(b) Total Aplicables	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO (a/b*100)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
No. de Expediente Clínico													
1. Existe partograma con registro completo de los datos generales para identificación de la paciente.											0	0	#¡DIV/0!
CONTROLÓ Y REGISTRÓ													
2. Llenado correcto de las casillas: tensión arterial, pulso materno, posición materna, intensidad, frecuencia y duración de contracciones uterinas.											0	0	#¡DIV/0!
3. Registro del uso de medicamentos.											0	0	#¡DIV/0!
4. Determinó el estado de las membranas.											0	0	#¡DIV/0!
5. Si hubo ruptura de membranas, describió las características del líquido amniótico.											0	0	#¡DIV/0!
6. Seleccionó adecuadamente el patrón de construcción de la curva de alerta (columnas con casillas que contienen los tiempos máximos normales del progreso de la dilatación que se encuentran a lado izquierdo del partograma).											0	0	#¡DIV/0!

Documento Derogado

7. Graficó adecuadamente la curva real de la embarazada desde su inicio de fase activa hasta el parto.											0	0	#¡DIV/0!
8. Identificó correctamente el punto de partida 0 punto "0" de la línea de alerta (4 cms o más de dilatación al ingreso).											0	0	#¡DIV/0!
9. Graficó adecuadamente el descenso de la presentación.													
10. Graficó adecuadamente la variedad de la posición de la presentación.											0	0	#¡DIV/0!
11. Registra e interpreta adecuadamente la FCF (deberán de registrarse las variaciones de la FCF entre contracciones uterinas).											0	0	#¡DIV/0!
DECISIÓN DE ACUERDO AL CASO													
12. Caso valorado a los 60 minutos del cambio en la curva a la derecha de la curva de alerta.											0	0	#¡DIV/0!
13. En caso de desviación de la curva real a la derecha de la curva de alerta se realizaron las siguientes intervenciones (manejo activo del trabajo de parto): a) Posición materna en decúbito lateral. b) Hidratación. c) Vaciamiento vesical (si fue necesario, si no lo fue será N/A). d) Conducción (si hay menos de 3 a 4 contracciones de 40 a 50 segundos de duración). e) Amniotomía (si fue necesario si no lo fue será N/A). f) Si la paciente esta agitada: indicó sedación y/o analgesia.											0	0	#¡DIV/0!

Documento Derogado

14. Revaloró el caso 2 horas después del manejo terapéutico e indicó cesárea en caso que no haya progreso del parto o signos clínicos de DCP.											0	0	#¡DIV/0!
15. Evidenció desproporción cefalopélvica (edema de cuello cervical, moldeamiento de la cabeza fetal, falta del descenso de la cabeza fetal) e indicó cesárea expedita.											0	0	#¡DIV/0!
											Total estándar en el establecimiento:		
N= Total de criterios cumplidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	∑ Criterios cumplidos		0
D= Total de criterios aplicables	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	∑ Criterios aplicables		150
Porcentaje	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Porcentaje de cumplimiento del estándar en el establecimiento		0%
Indicador: Porcentaje de mujeres que verificaron parto institucional que tienen el partograma llenado, interpretado y aplicado correctamente.													

Fuente: Base de datos modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Documento Derogado

Tabla n.° 8
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTÁNDAR n.° 8

MINISTERIO DE SALUD Región:													
Establecimiento de salud:													
Período evaluado:													
Fecha de la evaluación:													
Responsables de la evaluación:													
Estándar 8. Toda mujer con parto institucional debe recibir oxitocina como parte del manejo activo del tercer período (MATEP) a fin de reducir la hemorragia post-parto													
Criterios	Expedientes										(a) Total cumplido	(b) Total aplicables	Porcentaje de cumplimiento del criterio (a/b*100)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
No. de Expediente Clínico.													
1. Se aplicó Oxitocina 10 UI IM entre 1 a 2 minutos después del nacimiento del RN, habiendo descartado la presencia de otro bebé y antes del nacimiento de la placenta.											0	0	#¡DIV/0!
2. Tracción controlada del cordón umbilical (aprovechando la contracción uterina) con contra-tracción(rechazando fondo uterino para evitar la inversión uterina).											0	0	#¡DIV/0!
3. Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento.											0	0	#¡DIV/0!
4. Registro correcto en HCP en la casilla oxitócico prealumbra-miento.											0	0	#¡DIV/0!
											Total estándar en el establecimiento:		
N= Total de criterios cumplidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	∑ Criterios cumplidos		0
D=Total de criterios aplicables	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	∑ Criterios aplicables		50
Porcentaje											Porcentaje de cumplimiento del estándar en el establecimiento		0%
Indicador: Porcentaje de expedientes de mujeres que verificaron parto institucional que recibieron oxitocina como parte del MATEP según criterios establecidos.													

Fuente: Base de datos modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Documento Derogado

D. Estándar e indicador del post-parto.

Cuadro No. 9
PORCENTAJE DE MUJERES EN EL POSTPARTO INMEDIATO QUE FUERON CONTROLADAS EN SUS PRIMERAS 2 HORAS.

Estándar No. 9	Indicador	Fórmula	Fuente del Numerador	Fuente del Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
Toda mujer en post parto es controlada en las primeras 2 horas.	Porcentaje de mujeres en el postparto inmediato que fueron controladas en sus primeras 2 horas.	N° de puérperas controladas en las 2 primeras horas _____ x 100 Total expedientes de puérperas revisados en el periodo	Expediente clínico con hoja de SV post-parto inmediato.	SIP Libros de sala de partos.	Indirecto (Revisión de expediente de puérperas).	10 expedientes.	Mensual

Fuente: Elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Cuadro No. 10
PORCENTAJE DE PUÉRPERAS QUE RECIBEN UNA EVALUACIÓN CLÍNICA PREVIO AL ALTA.

Estándar No. 10	Indicador	Fórmula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método Recolección	Muestra	Período
Toda mujer en su postparto previo al alta, recibe una evaluación clínica.	Porcentaje de puérperas que fueron evaluadas previo al alta.	N° de expedientes de puérperas que fueron evaluadas previo al alta _____ x 100 Total expediente de puérperas revisados en el mes	Expediente clínico de puérperas.	SIP Libro de egreso del servicio de puerperio.	Indirecto (revisión de expediente).	10 expedientes.	Mensual

Fuente: Elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Aspectos específicos que el personal debe cumplir para el registro:

1. Frecuencia de medición: mensual.
2. El médico ginecólogo del servicio de puerperio debe realizar la medición.
3. Muestra: del libro de sala de partos, de egreso hospitalario o SIP, que forma parte del SUIS.
4. Fuente de verificación:

Estándar N° 9: se debe utilizar la hoja de signos vitales del puerperio inmediato.

Estándar N° 10: se debe utilizar la hoja de nota de evolución del expediente clínico o la hoja de evaluación al alta del puerperio.

Documento Derogado

Tabla n.° 9
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTÁNDAR n.° 9

MINISTERIO DE SALUD													
Región:													
Establecimiento de salud:													
Período evaluado:													
Fecha de la evaluación:													
Responsables de la evaluación:													
Estándar 9. Toda mujer en post parto es controlada en las primeras 2 horas.													
Criterios	Expedientes										(a) Total cumplido	(b) Total aplicables	Porcentaje de cumplimiento del criterio (a/b*100)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
No. de Expediente clínico.													
1. Registro de la hora.											0	0	#¡DIV/0!
2. Tensión arterial, pulso cada 15 minutos (N°4) y cada 30 minutos (N°2).											0	0	#¡DIV/0!
3. Sangramiento cada 15 min.											0	0	#¡DIV/0!
4. Contractibilidad uterina cada 15 min.											0	0	#¡DIV/0!
5. Estado de herida operatoria/episiotomía cada hora (N°2).											0	0	#¡DIV/0!
6. Estado de mamas.											0	0	#¡DIV/0!
											Total estándar en el Establecimiento:		
N = Total de criterios cumplidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	∑ Criterios cumplidos		0
D= Total de criterios aplicables por expediente	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	∑ Criterios aplicables		60
Porcentaje	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Porcentaje de cumplimiento del estándar en el establecimiento		0%
Indicador: Porcentaje de mujeres en el postparto inmediato que fueron controladas en sus primeras 2 horas.													

Fuente: Base de datos modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Documento Derogado

Tabla n.° 10
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTÁNDAR n.° 10

MINISTERIO DE SALUD													
Región:													
Establecimiento de salud:													
Período evaluado:													
Fecha de la evaluación:													
Responsables de la evaluación:													
Estándar 10. Toda mujer en post parto previo al alta recibe una evaluación clínica.													
Criterios	Expedientes										(a) Total cumplido	(b) Total aplicables	Porcentaje de cumplimiento del criterio (a/b*100)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
No. de Expediente clínico													
1. Frecuencia cardíaca.											0	0	#¡DIV/0!
2. Tensión arterial.											0	0	#¡DIV/0!
3. Temperatura.											0	0	#¡DIV/0!
4. Frecuencia respiratoria.											0	0	#¡DIV/0!
5. Involución uterina.											0	0	#¡DIV/0!
6. Sangrado/loquios.											0	0	#¡DIV/0!
7. Estado de mamas.											0	0	#¡DIV/0!
8. Estado de la herida (cesárea o episiotomía).											0	0	#¡DIV/0!
9. Condición física de la paciente.											0	0	#¡DIV/0!
10. Referencia a control postparto.											0	0	#¡DIV/0!
											Total estándar en el Establecimiento:		
N= Total de criterios cumplidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	∑ Criterios cumplidos	0	
D= Total de criterios medidos	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	∑ Criterios aplicables	0	
Porcentaje	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Porcentaje de cumplimiento del estándar en el establecimiento	0%	
Indicador: Porcentaje puérperas que fueron evaluadas previo al alta.													

Fuente: Base de datos modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Documento Derogado

E. Estándar e indicador de complicación obstétrica.

Cuadro No. 11.
Porcentaje de embarazadas entre 24 y 34 semanas de gestación con amenaza de parto perinatal en los que se administró a la madre corticosteroides y se registró en la historia clínica perinatal, para la inducción de maduración fetal pulmonar.

Estándar No. 11	Indicador	Formula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método Recolección	Muestra	Período
Toda mujer con riesgo de parto (vaginal o cesárea) entre las 24 y 34 semana de gestación recibe Dexametasona 6 mg. IM cada 12 horas #4, o Betametasona 12 mg IM cada 24 horas #2.	Porcentaje embarazadas entre 24 y 34 semanas de gestación (amenaza de parto prematuro, trabajo de parto Pretérmino, ruptura prematura de membranas y hemorragia anteparto que justifiquen un nacimiento Pretérmino), a quienes se les aplicó corticosteroides.	N°de embarazadas entre las 24 y 34 semanas de gestación en las que se les realizó y registro en la HCP la administración de corticoides antenatales _____ x 100 Total de embarazadas con riesgo de parto entre las 24 y 34 semanas de gestación revisadas en el periodo a evaluar.	Expedientes clínicos de embarazadas con riesgo de parto entre las 24 y 34 semanas de gestación con hoja de historia clínica perinatal (HCP).	Libro de referencias Libro de egreso del servicio de obstetricia SIP.	Indirecto (revisión de expediente).	10 expedientes.	Mensual

Fuente: Fuente: Base de datos modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Cuadro. No. 12.
Porcentaje usuarias con infección/fiebre puerperal por causa obstétrica que fueron manejadas según guías clínicas

Estándar No. 12	Indicador	Fórmula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método Recolección	Muestra	Período
Toda mujer con diagnóstico de infección/ Fiebre de causa obstétrica (aborto séptico, absceso mamario, endometritis, infección de herida operatoria o episiorrafia, absceso pélvico, y shock séptico entre otros) son manejadas según guías clínicas.	Porcentaje de mujeres con diagnóstico de infección/ fiebre de causa obstétrica que fueron manejadas según guías clínicas.	N° mujeres con diagnóstico de Infección/ Fiebre de causa obstétrica _____ x 100 Total paciente atendidas por Infecciones/ Fiebre de causa obstétrica	Expedientes clínicos de mujeres con diagnóstico de infección/Fiebre de causa obstétrica.	SIP Libro de egreso de obstetricia.	Revisión de expedientes.	10 expedien-tes.	Mensual

Fuente: Elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Documento Derogado

Cuadro No. 13
Porcentaje de usuarias con hemorragia obstétrica que fueron manejadas

Estándar No. 13	Indicador	Formula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
Toda usuaria con hemorragia obstétrica deberá ser manejada según guías clínicas.	Porcentaje de pacientes con diagnóstico de hemorragia obstétricas que fueron manejadas según guías clínicas.	N° expedientes con diagnóstico de Hemorragia obstétrica que fueron manejadas según guías clínicas. ---------- x 100 Total expediente con diagnóstico de hemorrragias obstétricas que se revisaron en el mes a evaluar	Expedientes clínicos de usuarias con diagnóstico de hemorragia obstétrica.	SIP Libro de partos de sala de operaciones Libro de egreso del servicio de obstetricia.	Indirecto (revisión de expedientes).	10 expedientes.	Mensual

Fuente: Elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Cuadro. No. 14
Porcentaje usuarias con Preeclampsia/ Eclampsia que fueron manejadas según guías clínicas

Estándar No. 14	Indicador	Formula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
Toda mujer con trastorno hipertensivo del embarazo (preeclampsia grave/eclampsia) debe ser manejada según guías clínicas.	Porcentaje de embarazadas con diagnóstico de preeclampsia grave/eclampsia que fueron manejadas según guías clínicas.	N° pacientes con diagnóstico de Preclampsia grave/ Eclampsia que fueron manejadas según guías clínicas _____ x 100 Total expedientes con diagnóstico de Preeclampsia grave/ Eclampsia revisados en el mes a evaluar.	Expedientes clínicos de mujeres con diagnóstico preeclampsia grave/ eclampsia	SIP Libro de referencia Libro de partos Libro de egreso del servicio de obstetricia.	Indirecto (Revisión de expedientes).	10 expedientes.	Mensual

Fuente: Elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Aspectos específicos que el personal debe cumplir para el registro:

1. Frecuencia de medición: mensual.
2. La medición debe ser realizado por el médico ginecólogo de parto o médico asignado al servicio de alto riesgo o perinatología.
3. Muestra: total de mujeres egresadas del servicio de alto riesgo o perinatología o del SIP con diagnóstico de amenaza de parto prematuro o que hayan verificado parto prematuro y se les haya administrado corticosteroides. Para los casos con diagnóstico de infección o fiebre de causa obstétrica, hemorragia obstétrica y trastorno hipertensivo (preeclapmsia grave o eclampsia) del embarazo debe utilizar los casos registrados en el mes que se encuentran ya sea en: el libro de egresos del servicio de obstetricia, libro de partos, de sala de operaciones o SIP.
4. Fuente de verificación:
   Estándar N° 11: debe utilizar la HCP en la casilla de corticosteroides antenatales) e indicaciones médicas.
   Estándar N° 12: debe utilizar la hoja de historia clínica, nota de evolución del expediente y la hoja de reporte de exámenes de laboratorio.
   Estándar N° 13: debe utilizar la hoja de historia clínica, nota de la atención del parto o reporte de procedimiento quirúrgico (caso de cesáreas), la hoja de indicaciones médicas y de reporte de exámenes de laboratorio.
   Estándar N° 14: debe utilizar la hoja de historia clínica, nota de evolución del expediente y la hoja de reporte de exámenes de laboratorio.
5. Para el criterio de la frecuencia cardiaca fetal: se debe registrar 1 si el producto está vivo, si es una muerte fetal intrauterina se anotará N/A y o cuando no se cumpla con el criterio.
6. Para el caso de los criterios "mejoró o falleció" se debe anotar 1 si la paciente fue dada de alta viva, pero si fue referida, el hospital que la refiere debe dar seguimiento al caso y se debe anotar 1 si la paciente fue egresada en buenas condiciones, o sea viva y cero si la paciente fallece.

Documento Derogado

Tabla n.° 11
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTÁNDAR n.° 11

MINISTERIO DE SALUD													
Región:													
Establecimiento de salud:													
Período evaluado:													
Fecha de la evaluación:													
Responsables de la evaluación:													
Estándar 11. Toda mujer con riesgo de parto (vaginal o cesárea) entre las 24 y 34 semanas de gestación (amenaza de parto prematuro, trabajo de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y hemorragia anteparto que justifiquen un nacimiento pretérmino) recibe Dexametasona 6 mg. IM cada 12 horas #4, o Betametasona 12 mg IM cada 24 horas #2.													
Criterios	Expedientes										(a) Total cumplido	(b) Total aplicables	Porcentaje de cumplimiento del criterio (a/b*100)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
No. de Expediente clínico													
1. Cumplimiento de 1a dosis de esteroides.											0	0	#¡DIV/0!
2. Cumplimiento de dosis subsecuentes de esteroides.											0	0	#¡DIV/0!
3. Registró en HCP en corticoides antenatales.											0	0	#¡DIV/0!
											Total estándar en el establecimiento		
N= Total de criterios cumplidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	∑ Criterios cumplidos		0
D= Total de criterios aplicables	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	∑ Criterios aplicables		30
Porcentaje	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Porcentaje de cumplimiento del estándar en el establecimiento		0%
Indicador: Porcentaje de expedientes de embarazadas con riesgo de parto (vaginal o cesárea) entre las 24 y 34 semanas de gestación, que recibieron corticoides.													

Fuente: Base de datos modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Documento Borrador

Tabla n.° 12
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTÁNDAR n.° 12

MINISTERIO DE SALUD Región:													
Establecimiento de salud:													
Período evaluado:													
Fecha de la evaluación:													
Responsables de la evaluación:													
Estándar 12: Toda mujer con diagnóstico de infección/ Fiebre de causa obstétrica (aborto séptico, absceso mamario, endometritis, infección de herida operatoria o episiorrafia, absceso pélvico, y shock séptico entre otros) son manejadas según guías clínicas.													
Criterios	Expedientes										(a) Total cumplido	(b) Total aplicables	Porcentaje de cumplimiento del criterio (a/b*100)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
No. de Expediente clínico													
1. Determinó y registró el diagnóstico específico (origen de la Infección Puerperal).													
AL INICIO DE DETECTADA LA MORBILIDAD; EN TODA PATOLOGIA DEBERA DE EVALUAR LOS SIGUIENTES CRITERIOS :													
2. Días post parto o post aborto en que presenta la infección/fiebre.											0	0	#¡DIV/0!
3. Tensión Arterial.											0	0	#¡DIV/0!
4. Pulso.											0	0	#¡DIV/0!
5. Estado de conciencia.											0	0	#¡DIV/0!
6. Frecuencia respiratoria.											0	0	#¡DIV/0!
7. Temperatura.											0	0	#¡DIV/0!
8. Evaluación por especialista o médico de mayor jerarquía al ingreso.											0	0	#¡DIV/0!
ABSCESO MAMARIO: Criterios	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
9. Registró la presencia de fiebre.											0	0	#¡DIV/0!
10. Registró al examen físico: mama indurada, ingurgitada, dolorosa a la palpación y eritema.											0	0	#¡DIV/0!
11. Indicó antibióticos.											0	0	#¡DIV/0!
12. Indicó antipiréticos según lineamientos y utilizó lienzos fríos.											0	0	#¡DIV/0!
13. Registró la indicación de vaciamiento mamario.											0	0	#¡DIV/0!

Documento Derogado

14. Realizó control clínico en 48-72 hrs; si no hay mejoríaclínica sospechó absceso mamario y valoró el cambio de antibióticossegún lineamientos.											o	o	#¡DIV/o!
15. Realizó drenaje del absceso.											o	o	#¡DIV/o!
16. Indicó y consignó resultados de los siguientes exámenes: Leucograma. Proteína Creactiva.											o	o	#¡DIV/o!
17. Tomó y consigno resultado de cultivo de secreción (si cuenta con bacteriología).											o	o	#¡DIV/o!
ENDOMETRITIS, PARAMETRITIS, SALPINGITIS, OOFORITIS, SALPINGOOFORITIS (ANEXITIS): Criterios													
18. Registró la presencia de fiebre y tomó signos vitales cada 8 hrs.											o	o	#¡DIV/o!
19. Al examen ginecológico verificó y registró: Características de los loquios: fétidos o purulentos. Tamaño del útero (SUB-INVOLUCIÓN), sensibilidad dolorosa o no a la palpación. Descripción de anexos: dolor o no a la palpación, presencia de una masa o normales.											o	o	#¡DIV/o!
20. Indicó el médico líquidos endovenosos, y se canalizó vena con catéter Nº 16 o 18 (si la condición clínica de la paciente lo amerita).													
21. Indicó antibioticoterapia y lo mantuvo por vía parenteral hasta que la paciente estuvo afebril por 48 hrs.											o	o	#¡DIV/o!
22. Indicó antipiréticos.											o	o	#¡DIV/o!
23. Indicó y consigno los resultados de los siguientes exámenes: Hemograma. Proteína C reactiva. TP, TPT.											o	o	#¡DIV/o!
24. Tomó cultivo de secreciones: (si cuenta con bacteriología). a) secreción endocervical b) exudado del foco séptico.											o	o	#¡DIV/o!
25. Solicitó ultrasonografía pélvica: en busca de hallazgos de colecciones pélvicas, absceso tubo-ováricos o retención de restos ovulares.											o	o	#¡DIV/o!

Documento Derogado

26. Si no existió mejoría clínica o hay signos de peritonitis, sospecha de un absceso pélvico o choque séptico, estabilizó a la paciente e indicó una laparotomía exploradora.											o	o	#¡DIV/o!
27. Realización de algún procedimiento quirúrgico incluyendo histerectomía según el caso: legrado instrumental, desbridamiento de herida operatoria o resutura de herida.													
28. En caso de no tener capacidad resolutiva el médico tratante refirió oportunamente a la paciente a un nivel de mayor resolución.											o	o	#¡DIV/o!
ABORTO SÉPTICO:													
29. Registró la presencia de fiebre.											o	o	#¡DIV/o!
30. El medico tratante clasificó el aborto séptico según hallazgos clínicos.											o	o	#¡DIV/o!
31. El medico indicó y se registró monitoreo de signos vitales cada hora.											o	o	#¡DIV/o!
32. Se indicó y realizó la canalización de 1 ó 2 venas con catéter # 16 ó 18 (según condición clínica de la paciente) y uso líquidos cristaloides (Solución Salina Normal o Hartman).											o	o	#¡DIV/o!
33. Se indicó y colocó cateterismo vesical y realizó balance hídrico y diuresis cada hora.											o	o	#¡DIV/o!
34. Indicó y consignó los resultados de los siguientes exámenes: Hemograma completo. Tipeo Rh y Prueba cruzada. Proteína C reactiva. Fibrinógeno. TP, TPT. Prueba del tubo. Velocidad de eritrosedimentación. Examen general de orina. Creatinina sérica.											o	o	#¡DIV/o!
35. Indicó antibiótico terapia de acuerdo al grado de severidad del aborto séptico.													
36. Indicó/ realizó AMEU (aspirado manual endouterino) o LUI (legrado uterino instrumental) después 4 a 6 horas de cumplir la antibiótico terapia y con la paciente estabilizada hemodinámicamente.													

Documento Derogado

37. Si se diagnosticó aborto séptico grado III o IV, fue referida a un nivel de mayor complejidad (Hospital de III nivel) previa estabilización del paciente.													
38. Cumplimiento de 1a. dosis de anti-bióticos previa referencia.													
39. Coordinación de referencia con establecimiento de mayor complejidad.													
40. Traslado acompañado por personal de salud según condición.													
INFECCIÒN DE HERIDA OPERATORIA: Criterios LEVE:													
41. Registró la presencia de fiebre y tomó signos vitales por turno (según condición clínica de la paciente).													
42. Registró los signos de infección de herida operatoria (secreción sero-purulenta, hemática, hemato-purulenta y/o fétida) con signos de inflamación.													
43. Registró la presencia de dehiscencia parcial o total de la herida operatoria.													
44. Realizó evaluación con espéculo vaginal describiendo: características de los loquios: normales, purulentos y/o fétidos.													
45. Al examen bimanual se describe: a) Tamaño uterino, presencia o no de sensibilidad dolorosa a la palpación. b) Anexos: normales o la presencia de una masa, dolorosa o no a la palpación.													
46. Indicó y consignó el resultado del hemograma.													
47. Indicó y consignó el resultado del cultivo de secreción de herida operatoria (es aplicable si cuentan con bacteriología).													
48. Indicó antibiótico terapia y analgé-sicos.													
49. Re-evaluó a la paciente en 48 hrs: si cuadro clínico no ha mejorado conside-ró el cambio de antibiótico.													
50. Solicitó ultrasonografía pélvica para descartar colección a nivel de herida operatoria o pélvica, evaluar estado de útero y anexos.													
Criterios SEVERA:													

Documento Derogado

51. Registró la presencia de fiebre.													
52. Tomo signos vitales cada 8 horas (según condición clínica de la paciente).													
53. Indicó líquidos endovenosos y canalizo vena con catéter Nº 16 o 18.													
54. Registró los signos de infección en herida operatoria (sero-purulenta, hemática, hemato-purulenta , purulenta, fétida) con signos de inflamación.													
55. Indicó y consignó resultados de los siguientes exámenes: Hemograma. Proteína C reactiva. TP, TPT, prueba del tubo. Tipeo RH y prueba cruzada.													
56. Indicó y consigno el resultado del cultivo de secreción de herida operatoria (es aplicable si cuentan con bacteriología).													
57. Indicó antibioticoterapia y mantuvo la antibioticoterapia por vía parenteral hasta que la pacientes estuvo afebril por 48 hrs.													
58. Indicó antipiréticos.													
59. Solicitó ultrasonografía pélvica: en busca de colecciones pélvicas.													
60. Si se sospecha de una infección profunda se indicó laparotomía exploradora.													
61. Realizó laparotomía exploradora con previa estabilización del paciente y cumplimiento de la primera dosis de antibióticos.													
CHOQUE SEPTICO: Criterios													
62. Al Examen físico: Verificó los siguientes signos: TA media ≤90 mmhg. Pulso débil y rápido (≥ 100 lpm). Fiebre o hipotermia. Taquipnea. Diuresis (≤30 cc/hr). Alteración del estado de conciencia.													
63. Identificó y trató el foco infeccioso.													
64. Colocó sonda vesical. e indicó balance hídrico y cuantificó la diuresis horaria.													

Documento Derogado

65. Indicó y registró el monitoreo continuo de los signos vitales.													
66. Toma de 2 venas con catéter Nº 18 con Hartman o Solución Salina Normal.													
Indicó y consignó los resultados de los siguientes exámenes:													
67. Hemograma.													
68. Proteína C reactiva.													
69. TP, TPT, TT y prueba del tubo.													
70. Pruebas de función renal (Nitrógeno Ureico, Ácido Úrico y Creatinina).													
71. Pruebas hepáticas (bilirrubinas, transaminasas).													
72. Glicemia.													
73. Electrólitos.													
74. Gases arteriales.													
75. Rayos X de tórax.													
Se consignó los resultados de:													
76. Hemocultivo.													
77. Urocultivo.													
78. Cultivo de secreción de endocervix o secreciones de herida operatoria.													
79. Solicitó ultrasonografía pélvica: en busca de hallazgos sugestivos de colecciones pélvicas, absceso tubo-ováricos, útero sub-involucionado o retención de restos ovulares.													
80. Trató la hipotensión con carga de 1000 cc de líquidos IV (Hartman o Solución Salina Normal).													
Si no mejoró la TA con dosis de carga, prescribió Inotrópicos:													
81. Digitálicos: Digoxina 0.5 - 1 mg IV, luego 0.25 mg IV c/6hrs.													
82. Dopamina: 1.3 ug/kg/min IV en BI continua (Si TA es ≤ de 60 mmhg).													

Documento Derogado

83. Indicó y aplicó esquema de antibioticoterapia y mantuvo la antibioticoterapia por vía parenteral hasta que la paciente estuvo clínicamente estable y afebril por 48 hrs.													
84. Indicó y consignó el cumplimiento del uso de antipiréticos y medios físicos.													
85. Indicó y aplicó anticoagulación profiláctica: HEPARINA SÒDICA Dosis: 5,000 U vía SC c/12hrs.													
86. Indicó transfusión de derivados hematínicos si Hb es ≤ 7gr% o hay signos o síntomas de inestabilidad hemodinámica (en caso que paciente necesitó procedimiento quirúrgico se transfundió si Hb es menor de 10gr%).													
87. Indicó / realizó laparotomía exploradora previa estabilización del paciente.													
88. Refirió oportunamente a un nivel de mayo resolución previa estabilización del paciente.													
89. Cumplimiento de 1a. dosis de antibióticos previa referencia.													
90. Coordinación de referencia con establecimiento de mayor complejidad.													
91. Traslado acompañado por personal de salud según condición.													
RESULTADO DEL MANEJO:													
92. Mejoró (Aplica 1).													
93. Falleció (Aplica 0) (agregar en el instructivo como se aplicara este criterio para los hospitales que refieran).													
											Total estándar en el Establecimiento:		
N=Total de criterios cumplidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	∑ Criterios cumplidos		0
D= Total criterios aplicables	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	∑ Criterios aplicables		920
Porcentaje	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Porcentaje de cumplimiento del estándar en el establecimiento		0%
Indicador: Porcentaje de puérperas con Infección puerperal que recibieron tratamiento según clínicas.													

Fuente: Base de datos modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Documento Derogado

Tabla n.° 13
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTÁNDAR n.° 13

MINISTERIO DE SALUD Región:													
Establecimiento de salud:													
Período evaluado:													
Fecha de la evaluación:													
Responsables de la evaluación:													
Estándar 13. Toda usuaria con hemorragia obstétrica debe ser manejada según guías clínicas													
Criterios	Expedientes										(a) Total cumplido	(b) Total aplicables	Porcentaje de cumplimiento del criterio (a/b*100)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
No. de Expediente clínico.													
1. Determinó y registró el diagnóstico específico (origen de la hemorragia obstétrica).											0	0	#¡DIV/0!
AL INICIO DE DETECTADA LA MORBILIDAD; EN TODO PATOLOGIA DEBERA DE EVALUAR LOS SIGUIENTES CRITERIOS :													
2. Edad gestacional/parto.											0	0	#¡DIV/0!
3. Tensión arterial.											0	0	#¡DIV/0!
4. Pulso.											0	0	#¡DIV/0!
5. Estado de conciencia.											0	0	#¡DIV/0!
6. Auscultó la Frecuencia Cardiaca Fetal.													
7. Frecuencia respiratoria.											0	0	#¡DIV/0!
8. Determinó la existencia de shock hipovolémico y lo trató.											0	0	#¡DIV/0!
9. Evaluación inmediata por médico obstetra o médico de mayor jerarquía.											0	0	#¡DIV/0!
10. Toma de 2 venas con catéter Nº 16 o 18 con Hartman o Solución Salina Normal.											0	0	#¡DIV/0!
11. Indicó/colocó de sonda vesical y se consignó balance hídrico y diuresis horaria .											0	0	#¡DIV/0!
PRUEBAS DE LABORATORIO PARA TODAS LAS HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS:													
12. Hemograma.											0	0	#¡DIV/0!
13. Plaquetas.											0	0	#¡DIV/0!
14. Tipeo y Rh.											0	0	#¡DIV/0!
15. Prueba cruzada.											0	0	#¡DIV/0!
16. Prueba del tubo.											0	0	#¡DIV/0!
17. Fibrinógeno.											0	0	#¡DIV/0!

Documento Derogado

18. TP, TPT.											0	0	#¡DIV/0!
PLACENTA PREVIA: Criterios													
19. Describió características del sangrado (rutilante, indoloro y cantidad).											0	0	#¡DIV/0!
20. En la primera evaluación de la paciente no realizó tacto vaginal, ni examen con espéculo vaginal.											0	0	#¡DIV/0!
21. Indicó la toma de dos venas y administró líquidos con Solución Salina Normal o Hartman con catéter N° 16 o 18.											0	0	#¡DIV/0!
22.Si el embarazo era entre las 24 y 34 sem. de gestación, aplicó dexametasona 6 mg IM c/12 hrs. # 4 dosis.											0	0	#¡DIV/0!
De acuerdo a la cantidad de sangrado:													
23.Si era profuso y continuo, con o sin compromiso materno fetal: indicó, realizó o refirió para cesárea.											0	0	#¡DIV/0!
24.Si era leve o se detuvo; sin compromiso materno-fetal consideró manejo expectante.											0	0	#¡DIV/0!
25. La mantuvo hospitalizada al menos por 48 hrs. vigiló el sangramiento y descartó la presencia de actividad uterina (paciente que pasó a servicio después de tocolisis).											0	0	#¡DIV/0!
26. Si el sangrado se repitió después de valorar riesgo beneficio para la madre y el feto, decidió manejo expectante vs. realización del parto/cesárea.											0	0	#¡DIV/0!
Vía de interrupción del embarazo:													
27. Si la placenta era previa total indicó/ realizó o refirió para cesárea.											0	0	#¡DIV/0!
28. Al dar el alta de paciente embarazada con diagnóstico de placenta previa , fue referida a Perinatología y notificación del caso a 1° nivel para seguimiento (verificar uso de la Hoja de Referencia, retorno e interconsulta).											0	0	#¡DIV/0!
ABRUPCIO DE PLACENTA Criterios:													
29. Inició infusión IV y administró líquidos con Solución Salina Normal o Hartman con catéter N° 16 o 18.											0	0	#¡DIV/0!
30. Si embarazo era entre las 24 y menos de 34 semanas de gestación, aplicó Dexametasona 6 mg IM c/12 hrs. # 4 dosis.											0	0	#¡DIV/0!

Documento Derogado

31. Indicó transfusión sanguínea, si era necesario con: GR empacados, plaquetas, crio precipitados o plasma fresco.											0	0	#¡DIV/0!
VIA DE EVACUACIÓN:													
32. Si el parto no era inminente y hay compromiso materno-fetal, indicó / realizó o refirió para cesárea.											0	0	#¡DIV/0!
33. Si madre no estaba en peligro inmediato y FCF normal o muerte fetal intrauterina, realizó: evaluación de las condiciones cervicales favorables para parto vaginal y tiempo de parto previsto no mayor de 6 Horas; si hubo ruptura artificial de membranas (describió características de líquido).											0	0	#¡DIV/0!
34. Si las contracciones uterinas eran deficientes, con bienestar materno fetal normal o muerte fetal intrauterina, condujo el trabajo de parto con OXITOCINA.											0	0	#¡DIV/0!
35. Refirió oportunamente a un nivel de mayor resolución de ser necesario.											0	0	#¡DIV/0!
36. Cumplió con el MATEP para prevenir una hemorragia post-parto.											0	0	#¡DIV/0!
37. Usó oxitocina durante las primeras 24 horas post-parto.											0	0	#¡DIV/0!
38. Indicó en el post-parto: hemograma y pruebas de coagulación seriadas.											0	0	#¡DIV/0!
39. Indicó transfusión de derivados hematínicos si Hb es ≤ 7gr% o hay signos o síntomas de inestabilidad hemodinámica.											0	0	#¡DIV/0!
ATONIA UTERINA: Criterios													
Acciones Inmediatas:													
40. Cumplió con el MATEP.											0	0	#¡DIV/0!
41. Verificó si la placenta estaba completa.											0	0	#¡DIV/0!
42. Si no estaba completa, extrajo tejido placentario residual (extracción manual o curetaje con Wallish).											0	0	#¡DIV/0!
43. Cumplió con transfusión sanguínea, según la condición de la paciente.											0	0	#¡DIV/0!
44. Indicó hemograma post-parto.											0	0	#¡DIV/0!
Uso de Oxitócicos :													
45. Inició OXITOCINA 20-40 U en 1 litro de líquidos (SNN o Hartman) IV a 60 gotas/min. #1, Luego 20U en 1 litro de líquidos IV a 40 gotas/min # 3.											0	0	#¡DIV/0!

Documento Derogado

46. Si persiste atonía uterina cumplió PROSTAGLANDINAS: Misoprostol 800µgr (4 Tabletas) vía rectal.											0	0	#¡DIV/0!
Maniobras:													
47. Si el sangrado fue continuo, realizó COMPRESIÓN BIMANUAL DEL ÚTERO.											0	0	#¡DIV/0!
48. En caso de cirugía , mantuvo la compresión bimanual del útero hasta llegar a la sala de operaciones y/o entrega en Emergencia del Hospital.											0	0	#¡DIV/0!
49. Indicó / cumplió antibióticos.											0	0	#¡DIV/0!
50. Refirió oportunamente a un nivel de mayor de resolución de ser necesario.											0	0	#¡DIV/0!
ROTURA UTERINA: Consignó en el expediente los siguientes criterios:													
51. Realizó revisión del canal del parto: examinó vulva, periné, vagina y cuello uterino en busca de hemorragias o hematomas.											0	0	#¡DIV/0!
52. En pacientes con cesárea previa, revisó que histerorrafia esté conservada.											0	0	#¡DIV/0!
53. Estabilizó hemodinámicamente con líquidos IV (Solución Salina Normal o Hartman).											0	0	#¡DIV/0!
54. Pasó a la paciente a sala de operaciones en las mejores condiciones posibles (manejo de choque, estabilización hemodinámica, indicación de hemoderivados) para laparotomía.											0	0	#¡DIV/0!
55. Repuso sangre perdida en el momento que identificó la morbilidad y pasó a sala con transfusión.											0	0	#¡DIV/0!
56. Se describió en el reporte operatorio el tipo de lesión y compromisos de órganos adyacentes.											0	0	#¡DIV/0!
57. Si la condición de la paciente es inestable por sangrado profuso o el útero no se pueda reparar, realizó Histerectomía Subtotal.											0	0	#¡DIV/0!
58. Indicó antibióticos.											0	0	#¡DIV/0!
59. Indicó transfusión de derivados hematínicos si Hb es ≤ 7gr% o hay signos o síntomas de inestabilidad hemodinámica.											0	0	#¡DIV/0!
60. Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución de ser necesario.											0	0	#¡DIV/0!

Documento Derogado

DESGARROS: CUELLO, VAGINA Y PERINÉ.													
El diagnóstico de desgarro de cuello, vagina y periné se basó en los siguientes criterios (consignados en el expediente)													
61. Sospechó de desgarro de cuello, vagina o periné al obtener la placenta completa y útero contraído pero con hemorragia vaginal.											o	o	#¡DIV/o!
62. Al revisar el canal del parto, examinó vulva, periné, vagina y cuello uterino en busca de hemorragias o hematomas.											o	o	#¡DIV/o!
Acciones Inmediatas:													
63. Si el desagarro es extenso, solicitó anestesista o anestesiólogo para realizar sutura bajo anestesia.											o	o	#¡DIV/o!
64. Consignó la reparación de los desgarros identificados: cuello del cérvix, vagina y periné.											o	o	#¡DIV/o!
65. Si encontró uno o más hematomas, consignó el drenaje.											o	o	#¡DIV/o!
66. Indicó antibióticos.											o	o	#¡DIV/o!
67. Indicó transfusión de derivados hematínicos si Hb es ≤ 7gr% o hay signos o síntomas de inestabilidad hemodinámica.											o	o	#¡DIV/o!
68. Refirió oportunamente a un nivel de mayor resolución de ser necesario.											o	o	#¡DIV/o!
RETENCIÓN PLACENTARIA: Criterios													
El diagnóstico de Retención Placentaria se basó en los siguientes criterios: (consignado en el expediente)													
69. La placenta no ha sido expulsada 30 minutos después de finalizado el segundo periodo del parto.											o	o	#¡DIV/o!
Acciones Inmediatas:													
70. Solicitó anestesista o anestesiólogo para realizar extracción manual de la placenta + revisión de cavidad uterina + legrado digital.											o	o	#¡DIV/o!
71. Examinó las membranas y la superficie materna de la placenta para determinar si la extrajo en forma completa.											o	o	#¡DIV/o!
72. Indicó antibióticos.											o	o	#¡DIV/o!

Documento Derogado

73. Si la extracción manual de la placenta no fue posible , registró la posibilidad de ACRETISMO PLACENTARIO.											o	o	#¡DIV/o!
74. Si la placenta no se pudo extraer (Acretismo placentario), Indicó/realizó laparotomía exploradora.											o	o	#¡DIV/o!
75. Indicó transfusión de derivados hematínicos si Hb es ≤ 7gr% o hay signos o síntomas de inestabilidad hemodinámica.											o	o	#¡DIV/o!
76. Refirió oportunamente a un nivel de mayor resolución de ser necesario.											o	o	#¡DIV/o!
RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS: Criterios													
El diagnóstico de Retención de Restos placentaria se basó en:													
77. Identificó la falta de una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de las membranas, hay hemorragia y útero esta contraído.											o	o	#¡DIV/o!
Acciones Inmediatas:													
78. Palpó dentro del útero buscando restos placentarios y membranosos.											o	o	#¡DIV/o!
79. Solicitó anestesista o anestesiólogo para realizar revisión de cavidad uterina + legrado digital.											o	o	#¡DIV/o!
80. Indicó antibióticos según lineamientos											o	o	#¡DIV/o!
81. Extrajo fragmentos con pinza de anillos digitalmente o legra Wallish.											o	o	#¡DIV/o!
82. Indicó transfusión de derivados hematínicos si Hb es ≤ 7gr% o hay signos o síntomas de inestabilidad hemodinámica.											o	o	#¡DIV/o!
83. Indico en el post parto: hemograma.											o	o	#¡DIV/o!
84. Refirió oportunamente a un nivel de mayor resolución de ser necesario.											o	o	#¡DIV/o!
INVERSIÓN UTERINA: Criterios													
El diagnóstico de Inversión Uterina se basó en:													
85. Consignó en el expediente, útero protruyendo a través de la vulva o vagina con hemorragia profusa.											o	o	#¡DIV/o!
86. Consignó la ausencia del fondo uterino por vía abdominal.											o	o	#¡DIV/o!
Acciones Inmediatas:													
87. Solicitó inmediatamente anestesista o anestesiólogo para realizar restitución del útero bajo anestesia.											o	o	#¡DIV/o!
88. Indicó antibióticos según lineamientos.											o	o	#¡DIV/o!

Documento Derogado

89. Inició OXITOCINA 20-40 U en 1 litro de líquidos (SNN o Hartman) IV a 60 gotas/min. #1, Luego 20U en 1 litro de líquidos IV a 40 gotas/min # 3.											0	0	#¡DIV/0!
90. Si persiste atonía uterina cumplió PROTAGLANDINAS: Misoprostol 800µgr (4 Tabletas) vía rectal.											0	0	#¡DIV/0!
91. Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución de ser necesario.											0	0	#¡DIV/0!
Aborto													
92. Llenado completo y correcto del formulario de atención de postaborto.											0	0	#¡DIV/0!
RESULTADO DEL MANEJO													
93. Mejoró (Anotar 1).											0	0	#¡DIV/0!
94. Falleció (Anotar cero).											0	0	#¡DIV/0!
											Total estándar en el establecimiento		
N= Total de criterios cumplidos por expediente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	∑ Criterios cumplidos		0
D= Total de criterios aplicables por expediente	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	∑ Criterios aplicables		960
Porcentaje	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Porcentaje de cumplimiento del estándar en el establecimiento		0%
Indicador: Porcentaje de usuarias con diagnóstico de hemorragia obstétrica que fueron manejadas según guías clínicas													

Fuente: Base de datos modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Documento Derogado

Tabla n.° 14
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTÁNDAR n.° 14

MINISTERIO DE SALUD													
Región:													
Establecimiento de salud:													
Período evaluado:													
Fecha de la evaluación:													
Responsables de la evaluación:													
Estándar 14. Toda mujer con trastorno hipertensivo del embarazo (preeclampsia grave/eclampsia) debe ser manejada según guías clínicas													
Criterios	Expedientes										(a) Total cumplido	(b) Total aplicables	Porcentaje de cum-plimiento del criterio (a/b*100)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
No. de Expediente clínico.													
1. Diagnóstico y clasificación según lineamientos.											0	0	#¡DIV/0!
AL INICIO DE DETECTADA LA MORBILIDAD, CONSIGNACIÓN DE :													
2. Edad gestacional o días/hrs del parto.											0	0	#¡DIV/0!
3. Tensión arterial (Identificación de TA diastólica ≥ 110 mmHg y TA sistólica ≥ 160 mmHg después de las 20 semanas gestación).											0	0	#¡DIV/0!
4. Frecuencia respiratoria.											0	0	#¡DIV/0!
5. Convulsiones.											0	0	#¡DIV/0!
6. Describió ROT.											0	0	#¡DIV/0!
7. Estado ce conciencia.													
8. Trastornos visuales.													
9. Auscultó Frecuencia cardiaca fetal.											0	0	#¡DIV/0!
PRUEBAS DE LABORATORIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
10. Hemograma completo.											0	0	#¡DIV/0!
11. Frotis de sangre periférica.													
12. Tipeo Rh.											0	0	#¡DIV/0!
13. Prueba cruzada.													
14. TPT y TP.											0	0	#¡DIV/0!
15. Plaquetas.											0	0	#¡DIV/0!
16. Fibrinógeno.											0	0	#¡DIV/0!
17. Prueba del tubo o Lee White.											0	0	#¡DIV/0!
18. Nitrógeno Ureico.											0	0	#¡DIV/0!

Documento Derogado

19. Ácido Úrico.											0	0	#¡DIV/0!
20. Creatinina.											0	0	#¡DIV/0!
21. Proteinuria ≥ 2-3 gr en orina de 24 horas ó ≥ 3 / 4 + (≥ 5 gr) en tira reactiva con orina al azar.											0	0	#¡DIV/0!
22. Electrólitos.											0	0	#¡DIV/0!
23. Transaminasas.											0	0	#¡DIV/0!
24. Bilirrubinas.											0	0	#¡DIV/0!
25. LDH.											0	0	#¡DIV/0!
26. Proteínas séricas.											0	0	#¡DIV/0!
27. Glicemia.											0	0	#¡DIV/0!
MANEJO CLÍNICO, CONSIGNACIÓN EN EL EXPEDIENTE DE:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
28. Valoración por médico especialista o de mayor experiencia máximo media hora después del ingreso.											0	0	#¡DIV/0!
29. Toma de 2 venas con catéter No. 16 o 18 e infusión de líquidos intravenosos a 100-125 ml/hora.											0	0	#¡DIV/0!
30. Colocación de sonda vesical posterior a impregnación con SO4Mg.											0	0	#¡DIV/0!
LINEAMIENTOS PARA CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO DE SO4Mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
31. Aplicó Dosis de impregnación método Pritchard: 4gr EV al 20 % a pasar en 15 a 20 minutos EV lento (8 cc SO4MG al 50% en 12 cc de agua bidestilada, luego cumplir 5 gr. SO4Mg al 50 % "10 cc" IM en cada glúteo).											0	0	#¡DIV/0!
32. Indicó Dosis de mantenimiento: control en 4 horas y cumplir nueva dosis IM profundo glúteos alternos a intervalos de 4 horas.											0	0	#¡DIV/0!
33. Aplicó Dosis de impregnación método Zuspan: diluir 4 ampollas de SO4Mg al 50 % en 1 litro de dextrosa al 5 % a pasar 200 cc en 15-20 minutos.											0	0	#¡DIV/0!
34. Indicó Dosis de mantenimiento Zuspan: cumplir 1 a 2 gr EV por hora en bomba de infusión.											0	0	#¡DIV/0!
ECLAMPSIA.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			

Documento Derogado

35. Inició la administración de sulfato de magnesio a dosis de impregnación , según esquema: Pritchard o Zuspan.											0	0	#¡DIV/0!
36. Si la paciente continuó convulsionando administró sulfato de magnesio al 20% (2gr) por vía endovenosa en 5-10 min. Máximo 2 dosis e indicó dosis de mantenimiento de 2 -3 gr cada hora IV.											0	0	#¡DIV/0!
ESTATUS CONVULSIVO													
37. Indicó dosis de impregnación: Difenilhidantoina 1gr IV # 1.											0	0	#¡DIV/0!
38. Indicó dosis de mantenimiento: Difenilhidantoina 250 mg IV c/8hr por 24 hrs. Luego 125 mg. IV c/8hr por 48 hrs.											0	0	#¡DIV/0!
39. Si a pesar de las medidas anteriores persistió la convulsión, procedió a administrar anestesia general e intubar.											0	0	#¡DIV/0!
CONTROL CLÍNICO MÉDICO PREVIO A APLICACIÓN DE SO4Mg:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
40. ROT cada hora.											0	0	#¡DIV/0!
41. Diuresis mínimo 30 cc x hora.											0	0	#¡DIV/0!
42. Estado de conciencia cada hora.											0	0	#¡DIV/0!
43. Frecuencia respiratoria: cada 30 min.≥ 14 respiraciones x minuto.											0	0	#¡DIV/0!
44. Frecuencia Cardiaca Fetal cada 15 minutos (si corresponde).											0	0	#¡DIV/0!
USO DE ANTIHIPERTENSIVOS: Manejo de hipertensión (Si TAS > 200 y TAD > o = 110 mmHg)	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -			
45. Hidralazina 5 a 10 mg. EV en bolo, repetir cada 10 a 20 minutos hasta un máximo de 30-40 mg (DOSIS TOTAL).											0	0	#¡DIV/0!
46. Si después de la tercera dosis de Hidralazina en bolus, paciente persiste con TAD ≥ 110mmHg, inició infusión continua de Hidralazina o Nitroglicerina.											0	0	#¡DIV/0!
MANEJO CLÍNICO DE MADRE Y PRODUCTO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			

Documento Derogado

47. Parto vaginal o cesárea, independientemente de la edad gestacional, estabilizando a la madre en un máximo de 8 hrs, según evaluación: a) Tensión arterial inestable. b) Deterioro materno fetal. c) Presencia de convulsiones.											0	0	#¡DIV/0!
48. Cumplió con Maduración pulmonar fetal: Dexametasona 6mg IM cada 12hrs en #4 (embarazos de 24 y menor de 34 semanas).											0	0	#¡DIV/0!
49. El parto fue atendido por médico de mayor experiencia y personal capacitado.											0	0	#¡DIV/0!
50. Continuar con esquema de sulfato de magnesio 24 hrs. Post-parto (vaginal o cesárea).											0	0	#¡DIV/0!
REFERENCIA A NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
51. Cumplimiento de esquema de impregnación de SO4Mg.											0	0	#¡DIV/0!
52. Traslado acompañado por personal de salud.											0	0	#¡DIV/0!
53. Traslado en ambulancia.											0	0	#¡DIV/0!
ALTA Y SEGUIMIENTO DE CASO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
54. Estabilización de SV (TA: 140/90 o menos).											0	0	#¡DIV/0!
55. Normalización de la función hematológica, renal y hepática.											0	0	#¡DIV/0!
56. Control con ginecólogo e internista en 2 semanas.											0	0	#¡DIV/0!
RESULTADO DEL MANEJO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
57. Mejoró (Anotar 1).											0	0	#¡DIV/0!
58. Falleció (Anotar cero).											0	0	#¡DIV/0!
											Total estándar en el establecimiento		
N= Total de criterios cumplidos por expediente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	∑ Criterios cumplidos		0
D= Total de criterios aplicables por expediente	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	∑ Criterios aplicables		580
Porcentaje	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Porcentaje de cumplimiento del estándar en el establecimiento		0%
Indicador: Porcentaje de expedientes de embarazadas preeclampsia grave/eclampsia que fueron manejadas según clínicas.													

Fuente: Base de datos modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Documento Derogado

Estándar e indicador del recién nacido.

Cuadro No. 15.
Porcentaje de recién nacidos a término que recibieron la atención inmediata y mediata al nacer se registró en la HCP

Estándar No 15	Indicador	Formula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
Todo neonato recibe atención inmediata y mediata al nacer y se registra completa y correctamente los criterios de la HCP.	Porcentaje de recién nacidos (as) de término que recibieron la atención inmediata y mediata al nacer, y se registró en la HCP.	N° de recién nacidos(as) de término recibieron la atención inmediata y mediata al nacer y se registró en la HCP _____ x 100 Total de recién nacidos atendidos en el periodo evaluado	Expediente clínico de madre puérpera con HCP.	SIP Libro de partos.	Indirecto (Revisión de expedientes).	10 expedientes	Mensual

Fuente: Base de datos modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Cuadro No. 16.
Porcentaje de RN sanos que egresan con previa evaluación al alta y de quienes se registran en la hoja de evaluación al alta, el cumplimiento de los criterios establecidos

Estándar No.16	Indicador	Formula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
Todo neonato que egresa, haya nacido por parto vaginal o abdominal, es evaluado con los criterios previo al alta y registrada la información en la hoja de evaluación al alta del neonato.	Porcentaje de neonatos sanos que egresan con previa evaluación al alta y se registra en la hoja de evaluación al alta el cumpliendo de los criterios.	Número de neonatos egresados sanos y evaluados previo al alta que cumplen los criterios _____ x 100 Total de expedientes de puérperas con recién nacidos(as) sanos revisados en el mes a evaluar.	Expedientes de puérperas con Hoja de evaluación del alta del RN.	SIP	Revisión de expedientes con hoja de evaluación precio al alta de RN.	10 Expedientes.	Mensual

Fuente: Base de datos modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Aspectos específicos que el personal debe cumplir para el registro:

1. Frecuencia de medición: mensual.
2. Debe realizar la medición un médico pediatra, neonatólogo o médico asignado al servicio de pediatría.
3. Muestra: libro de egresos de puerperio o SIP, que forma parte del SUIS.
4. Fuente de verificación:
   Estándar N° 15: debe utilizar la HCP y la hoja de historia clínica neonatal al momento de nacimiento.
   Estándar N° 16: debe utilizar la hoja de evaluación al alta del recién nacido.

Documento Derogado

Tabla n.° 15
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTÁNDAR n.° 15

MINISTERIO DE SALUD													
Región:													
Establecimiento de salud:													
Período evaluado:													
Fecha de la evaluación:													
Responsables de la evaluación:													
Estándar 15. Todo neonato recibe atención inmediata y mediata al nacer y se registra completa y correctamente los criterios de la hoja de historia clínica perinatal (HCP).													
Criterios	Expedientes										(a) Total cumplido	(b) Total aplicables	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO (a/b*100)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
No. de Expediente clínico.													
1. Fecha y hora de nacimiento.											0	0	#¡DIV/0!
2. Sexo.											0	0	#¡DIV/0!
3. Peso al nacer.											0	0	#¡DIV/0!
4. Perímetro Cefálico.											0	0	#¡DIV/0!
5. Longitud.											0	0	#¡DIV/0!
6. Edad gestacional al nacer por Ballard.											0	0	#¡DIV/0!
7. Peso para edad gestacional.											0	0	#¡DIV/0!
8. Registró el APGAR.											0	0	#¡DIV/0!
9. Registró si RN fue referido a otro hospital.											0	0	#¡DIV/0!
10. Registró si el RN fue referido a un servicio de hospitalización (neonatos o pediatría).											0	0	#¡DIV/0!
11. Registra defectos congénitos encontrados (mayores o menores).											0	0	#¡DIV/0!
12.Registra enfermedades encontradas en la evaluación clínica.											0	0	#¡DIV/0!

Documento Derogado

13. Profilaxis ocular con Oxitetraciclina al 1% o Eritromicina al 0.5%											0	0	#¡DIV/0!
14. Vitamina K.											0	0	#¡DIV/0!
15. Se evaluó la expulsión de meconio en el primer día de nacido.											0	0	#¡DIV/0!
16. Posición boca arriba.											0	0	#¡DIV/0!
17. Aplicación de BCG previo al alta.											0	0	#¡DIV/0!
18. Se registra el tipo de alimentación al alta.											0	0	#¡DIV/0!
19. Condición del recién nacido al nacer: (marque 1 si nace muerte y N/A si nace vivo).											0	0	#¡DIV/0!
20. Se registra el nombre, firma y sello del responsable de la atención del RN.											0	0	#¡DIV/0!
											Total estándar en el establecimiento		
N= Total de criterios cumplidos por expediente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	∑ Criterios cumplidos		0
D= Total de criterios aplicables por expediente	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	∑ Criterios aplicables		200
Porcentaje	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Porcentaje de cumplimiento del estándar en el establecimiento		0%
Indicador: Porcentaje de neonatos sanos que egresan con previa evaluación al alta y se registra en la hoja de evaluación al alta el cumpliendo de los criterios													

Fuente: Base de datos modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Documento Derogado

Tabla n.° 16
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTÁNDAR n.° 16

MINISTERIO DE SALUD Región:													
Establecimiento de salud:													
Período evaluado:													
Fecha de la evaluación:													
Responsables de la evaluación:													
Estándar 16. Todo neonato que egresa, haya nacido por parto vaginal o abdominal, es evaluado con los criterios previo al alta y registrada la información en la hoja de evaluación al alta del neonato.													
Criterios	Expedientes										(a) Total cumplido	(b) Total aplicables	Porcentaje de cumplimiento del criterio (a/b*100)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
No. de expediente clínico.													
1. Nombre o identificación del recién nacido.											0	0	#¡DIV/0!
2. Fecha y hora de la evaluación al alta.											0	0	#¡DIV/0!
3. Edad del recién nacido al alta.											0	0	#¡DIV/0!
4. Sexo.											0	0	#¡DIV/0!
5. Peso.											0	0	#¡DIV/0!
6. Longitud.											0	0	#¡DIV/0!
7. Perímetro cefálico.											0	0	#¡DIV/0!
8. Frecuencia cardíaca.											0	0	#¡DIV/0!
9. Frecuencia respiratoria.											0	0	#¡DIV/0!
10. Temperatura en el momento del alta.											0	0	#¡DIV/0!
11. Registro de antecedentes maternos de riesgo (si es el caso).											0	0	#¡DIV/0!
12. Presencia de fiebre.											0	0	#¡DIV/0!
13.Presencia de ictericia.											0	0	#¡DIV/0!
14. Presencia de vómito.											0	0	#¡DIV/0!
15. Presencia de succión débil.											0	0	#¡DIV/0!
16. Falta de micción.											0	0	#¡DIV/0!
17. Presencia de ano imperforado.											0	0	#¡DIV/0!
18. Presencia de fractura de clavícula u otros miembros.											0	0	#¡DIV/0!
19. Presencia de cefalohematoma.											0	0	#¡DIV/0!
20. Presencia de soplo cardíaco.											0	0	#¡DIV/0!
21. Registro de la maniobra de Ortolani y Barlow.											0	0	#¡DIV/0!

Documento Derogado

22. Registro de malformaciones congénitas mayores.											0	0	#¡DIV/0!
23. Registro de recomendaciones al alta.											0	0	#¡DIV/0!
24. Firma y sello del responsable del alta.											0	0	#¡DIV/0!
											Total estándar en el establecimiento		
N= Total de criterios cumplidos por expediente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	∑ Criterios cumplidos		0
D= Total de criterios aplicables por expediente	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	∑ Criterios aplicables		240
Porcentaje	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Porcentaje de cumplimiento del estándar en el establecimiento		0%
Indicador: Porcentaje de RN sanos que egresan con previa evaluación al alta y de quienes se registran en la hoja de evaluación al alta el cumpliendo de los criterios establecidos.													

Fuente: Base de datos modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Documento Borrador

G. Estándar e indicador de lactancia materna exclusiva.

Cuadro No. 17.
Porcentaje de puérperas que cumplen con los criterios de la lactancia materna exclusiva y es registrado en el expediente clínico

Estándar No 17	Indicador	Formula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
Todo neonato de parto hospitalario sin complicaciones se le cumple y fomenta la lactancia materna exclusiva.	Porcentaje de de puérperas que cumplen con los criterios de la lactancia materna exclusiva y es registrado en el expediente clínico.	Número de puérperas que cumplen con los criterios de la lactancia materna exclusiva _____ x 100 Total de expediente clínicos de mujeres con parto institucional revisados en mes a evaluar	Expedientes de puérperas con HCP y hoja historia clínica neonatal al momento del nacimiento.	SIP Libro de partos o egreso del servicio de puerperio.	Indirecto (Revisión de expediente).	10 expedientes.	Mensual

Fuente: Base de datos modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Aspectos específicos que el personal debe cumplir para el registro:

1. Frecuencia de medición: mensual.
2. Debe realizar la medición un médico pediatra / neonatólogo o médico asignado al servicio de pediatría.
3. Muestra: libro de egreso de puerperio, partos o SIP, que forma parte del SUIS.
4. Fuente de verificación: debe utilizar la HCP, historia clínica neonatal al momento del nacimiento y la hoja de evaluación al alta del recién nacido.

Documento Derogado

Tabla n.° 17
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTÁNDAR n.° 17

MINISTERIO DE SALUD Región:													
Establecimiento de salud:													
Período evaluado:													
Fecha de la evaluación:													
Responsables de la evaluación:													
Estándar 17. Todo neonato de parto hospitalario sin complicaciones cumple los 4 criterios de la lactancia materna exclusiva.													
Criterios	Expedientes										(a) Total cumplido	(b) Total aplicables	Porcentaje de cumplimiento del criterio (a/b*100)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
No. de Expediente clínico.													
1. Apego precoz (en la primera media hora). No aplica para cesáreas.											0	0	#¡DIV/0!
2. Alojamiento conjunto.											0	0	#¡DIV/0!
3. Lactancia materna exclusiva al alta.											0	0	#¡DIV/0!
4. Consejería en lactancia materna (prenatal).											0	0	#¡DIV/0!
N= Total de criterios cumplidos por expediente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	∑ Criterios cumplidos		0
D= Total de criterios aplicables por expediente	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	∑ Criterios aplicables		0
Porcentaje	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Porcentaje de cumplimiento del estándar en el establecimiento		#¡DIV/0!
Indicador: Porcentaje de expedientes clínicos que cumplen con los criterios de lactancia materna exclusiva.													

Fuente: Base de datos modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Documento Derogado

H. Estándar e indicador de complicaciones neonatales.

Cuadro No. 18
Porcentaje de recién nacidos con diagnóstico de sepsis que cumplieron con los criterios esenciales de atención

Estándar No. 18	Indicador	Formula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
Todo recién nacido con sospecha o diagnóstico de sepsis neonatal recibe atención médica según guía neonatal.	Porcentaje de recién nacidos con diagnóstico de sepsis que cumplieron con los criterios esenciales de atención.	Número de neonatos con diagnóstico de sepsis que cumplieron con los criterios esenciales de atención/total de expedientes revisados x 100	Expedientes de neonatos con diagnóstico de sepsis.	SIMMOW	Indirecto (Revisión de expedientes).	10 Expedientes	Mensual.

Fuente: Elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, enero 2012.

Cuadro No. 19
Porcentaje de recién nacidos con diagnóstico de depresión neonatal o asfixia neonatal que cumplieron con los criterios de manejo del flujograma de reanimación neonatal

Estándar No. 19	Indicador	Fórmula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
Todo recién nacido que egresa con diagnóstico de depresión neonatal o asfixia neonatal en el momento del nacimiento fue atendido de acuerdo al flujograma de reanimación neonatal y se deja constancia en el expediente.	Porcentaje de recién nacidos con diagnóstico de depresión neonatal o asfixia neonatal que cumplieron con los criterios de manejo del flujograma de reanimación neonatal.	Número de neonatos con diagnóstico de depresión neonatal o asfixia neonatal que fueron atendidos de acuerdo al flujograma de reanimación. _____ x 100 Total de expedientes de neonatos con diagnóstico de depresión neonatal o asfixia neonatal, revisados en el mes a evaluar.	Expedientes de neonatos con diagnóstico de depresión neonatal o asfixia neonatal.	SIP o SIMMOW	Indirecto (Revisión de expedientes).	10 expedientes	Mensual.

Fuente: Elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, enero 2012.

Documento Derogado

Cuadro No. 20.
Porcentaje de prematuros que fueron atendidos con calidad técnica

Estándar No. 20	Indicador	Formula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
Todo neonato prematuro recibe atención hospitalaria con calidad técnica.	Porcentaje de prematuros que fueron atendidos con calidad técnica.	Número de neonatos prematuros que recibieron atención con calidad técnica y que ha sido registrado en el expediente clínico _____ x 100 Total de expedientes de neonatos prematuros revisados en el mes a evaluar.	Expedientes de neonatos prematuros.	SIP	Indirecto (Revisión de expedientes).	10 Expedientes.	Mensual.

Fuente: Elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, enero 2012.

Cuadro No. 21.
Porcentaje de recién nacidos que nacieron en condiciones críticas y que cumplen los criterios de estabilización y transporte.

Estándar No. 21	Indicador	Formula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
Todo recién nacido en condiciones críticas es trasladado cumpliendo con los criterios de estabilización y transporte del recién nacido crítico.	Porcentaje de recién nacidos que nacieron en condiciones críticas y que cumplen los criterios de estabilización y transporte.	Número de recién nacidos en condiciones críticas que cumplen los criterios para la estabilización y transporte neonatal del estándar _____ x 100 Total de neonatos en condiciones críticas que fueron transportados	Expedientes clínicos de recién nacidos con hoja de transporte neonatal.	Libro de referencia.	Indirecto (Revisión de expedientes con hoja de transporte neonatal).	10 Expedientes	Mensual.

Fuente: Elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, enero 2012.

Aspectos específicos que el personal debe cumplir para el registro:

1. Frecuencia de medición: mensual.
2. Debe realizar la medición el médico pediatra / neonatólogo o médico asignado al servicio de neonatología.
3. Muestra:
   Para el estándar 18 : del Sistema de morbimortalidad (SIMMOW), que forma parte del SUIS.
   Para el estándar No. 19: se debe tomar el total de neonatos egresados con diagnóstico de depresión neonatal o asfixia del SIP o SIMMOW, que forman parte del SUIS. Siempre se debe revisar 10 expedientes, los primeros casos a revisar serán los de asfixia; si no se completa con estos, debe completarse con los de depresión neonatal.
   Para el estándar No. 20: se debe tomar el total de neonatos prematuros egresados en el SIP, que forma parte del SUIS.
   Para el estándar 21: se debe tomar el total de neonatos que nacieron en condiciones críticas a quienes se les estabilizó y transportó al nivel de atención según su complejidad, registrados en el libro de referencia.
4. Fuente de verificación: se debe tomar la hoja de transporte neonatal y los expedientes clínicos revisados.

Documento Derogado

Tabla n.° 18
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTÁNDAR n.° 18

MINISTERIO DE SALUD													
Región:													
Establecimiento de salud:													
Período evaluado:													
Fecha de la evaluación:													
Responsables de la evaluación:													
Estándar 18. Todo recién nacido con diagnóstico de sepsis neonatal recibe atención médica según guía neonatal vigente													
Criterios	Expedientes										(a)	(b)	Porcentaje de cumplimiento del criterio (a/b*100)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total cumplido	Total aplicables	
No de expediente clínico.													
1. Se registro en la historia clínica los antecedentes perinatales, así como las condiciones en que fue atendido el parto.											0	0	#¡DIV/0!
En el examen físico del ingreso del neonato se evidenció:											0	0	#¡DIV/0!
2. Medidas antropométricas.													
3. Temperatura.													
4. Frecuencia cardiaca.													
5. Frecuencia respiratoria.													
6. En el expediente existe al menos una nota de evolución al día, por medico y enfermería.											0	0	#¡DIV/0!
7. En el expediente se evidencia que las indicaciones médicas, han sido revisadas, firmadas y selladas por medico de Staff o de mayor jerarquía.											0	0	#¡DIV/0!
Se tomaron las siguientes Pruebas de laboratorio											0	0	#¡DIV/0!
8. Hemograma Completo que incluya neutrófilos en banda.											0	0	#¡DIV/0!
9. Proteína C reactiva.											0	0	#¡DIV/0!
10. Recuento de plaquetas											0	0	#¡DIV/0!
11. Eritrosedimentación.													
12. Hemocultivo.											0	0	#¡DIV/0!
13. Punción lumbar (según estado clínico y pruebas de laboratorio).													
14. Urocultivo.													

Documento Depurado

15. Cumplió el Manejo de soporte y tratamiento con antibióticos según condición clínica.													
Si el hemocultivo es negativo a las 72 horas, con:													
16. Antecedente perinatales infecciosos + pruebas de laboratorio no concluyentes, paciente asintomático: tratamiento empírico de antibiótico por 3 días.													
17. Antecedentes perinatales + pruebas de laboratorio sugerentes + paciente asintomático: tratamiento antibiótico empírico por 5-7 días.													
18. Con o sin antecedentes + pruebas de laboratorio sugerente, con clínica de sepsis: tratamiento empírico de antibiótico por 7-10 días.													
Si el hemocultivo positivo a las 72 horas:													
19. Sin sintomatología clínica, aplicó tratamiento antibiótico por 7 -10 días													
20. Con sintomatología clínica, aplicó tratamiento con antibiótico por 10 -14 días													
21. Paciente con compromiso meníngeo, trató con antibiótico por 14-21 días.													
22. Al ser dado de alta el neonato, hay constancia en el expediente que fue referido para su seguimiento en consulta externa del Hospital o en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar que le corresponde.													
											Total estándar en el establecimiento		
N= Total de criterios cumplidos por expediente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	∑ Criterios cumplidos		0
D= Total de criterios aplicables por expediente	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	∑ Criterios aplicables		230
Porcentaje	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Porcentaje de cumplimiento del estándar.		0%
Indicador: Todo recién nacido con diagnóstico de sepsis neonatal recibe atención médica según guía neonatal vigente.													

Fuente: Base de datos elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, enero 2012.

Documento Derogado

Tabla n.° 19
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTÁNDAR n.° 19

MINISTERIO DE SALUD
Este estándar servirá para evaluar la calidad de atención del todo recién nacido con diagnóstico de depresión neonatal o de asfixia al nacimiento.
Región:
Establecimiento de salud:
Período evaluado:
Fecha de la evaluación:
Responsables de la evaluación:
Estándar 19.Todo recién nacido que egresa con diagnóstico de depresión neonatal o asfixia neonatal en el momento del nacimiento fue atendido de acuerdo a los lineamientos del programa (flujograma) de reanimación neonatal y se deja constancia en el expediente.

Criterios	Expedientes										(a) Total Cumplido	(b) Total aplicables	Porcentaje de cumplimiento del criterio (a/b*100)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
No. de Expediente clínico.													
1. En la historia clínica del nacimiento o en el reporte del nacimiento en sala de partos, se documentó factores de riesgo materno anteparto e intraparto para asfixia.											0	0	#¡DIV/0!
Se le brindaron y registraron los cuidados de la atención inmediata del recién nacido:											0	0	#¡DIV/0!
2. Calor: atención del RN bajo lámpara de calor radiante.													
3. Se secó y estimuló.													
4. Despejó vías aéreas si fue necesario y aspiró la tráquea si RN no era vigoroso y evidenció restos de meconio.													
5. Si es prematuro: colocó gorro y bolsa de polietileno.													
6. Aplicó ventilación a presión positiva si recién nacido presentaba: una frecuencia cardíaca menor de 100 x minuto, bloqueo o apnea.											0	0	#¡DIV/0!
7. Documentó la FiO_2 y la saturación de O_2, con la que se inició la ventilación.													

Documento Derogado

8. Se documentó la aplicación de masaje cardíaco durante 45 a 60 segundos, si la FC es menor de 60 latidos x minuto.											0	0	#¡DIV/0!
9. Se estableció y documentó el acceso intravenoso umbilical durante la reanimación después de 45 a 60 seg. de masaje cardíaco, asistido con ventilación a presión positiva.											0	0	#¡DIV/0!
10. Se documentó la administración de adrenalina a dosis indicada cuando la FC fue menor de 60 latidos por minuto, a pesar del masaje cardiaco y de la ventilación a presión positiva.											0	0	#¡DIV/0!
11. Se cumplieron e indicaron expansores de volumen a la dosis indicada , considerando la posibilidad de hipovolemia.											0	0	#¡DIV/0!
12. Se ingresó para cuidados post-reanimación.											0	0	#¡DIV/0!
13. Se indicó ayuno según condición clínica.											0	0	#¡DIV/0!
14. El médico tratante explicó a los padres la condición clínica del recién nacido y lo documentó en el expediente.											0	0	#¡DIV/0!
15. Ingresó estable a UCIN u otro servicio del hospital, y/o refirió estable a otro hospital de mayor complejidad para cuidados post reanimación.											0	0	#¡DIV/0!
											Total estándar en el Establecimiento:		
N=Total de criterios cumplidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	∑ Criterios Cumplidos		0
D= Total criterios aplicables	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	∑ Criterios aplicables		150
Porcentaje	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Porcentaje de cumplimiento del estándar.		0%
Indicador: Porcentaje de recién nacidos con diagnóstico de depresión neonatal o asfixia neonatal que cumplieron con los criterios de manejo de reanimación neonatal.													

Fuente: Base de datos elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, enero 2012

Documento Derogado

Tabla n.° 20
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESTÁNDAR N° 20

MINISTERIO DE SALUD													
Este estándar servirá para medir la calidad de atención del recién nacido prematuro													
Región:													
Establecimiento de salud:													
Período evaluado:													
Fecha de la evaluación:													
Responsables de la evaluación:													
Estandar 20. Todo neonato prematuro en condiciones estables posteriores al nacimiento, recibe atención de acuerdo a guía de atención hospitalaria con calidad técnica.													
Criterios	Expedientes										(a)	(b)	Porcentaje de cumplimiento del criterio (a/b*100)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total cumplido	Total aplicables	
No de Expediente clínico.											0	0	#¡DIV/0!
1. En la atención del prematuro al nacimiento, previno la hipotermia colocándole gorro y sábana plástica; tomando en cuenta la guía de NRP para la prevención de la hipotermia para el prematuro, según su condición.											0	0	#¡DIV/0!
Al examen físico se registró:											0	0	#¡DIV/0!
2. Medidas antropométricas.													
3. Patrón respiratorio de acuerdo a la escala de "Silverman Anderson".													
4. Se evaluó niveles de glucosa.													
5.Se consigna que se evaluó temperatura.													
6. Se le realizó evaluación de la edad gestacional por el método de Ballard y se clasificó según curvas.													
7. Existe evidencia de la lectura de rayos X si fue indicada.											0	0	#¡DIV/0!
8. Existe evidencia de notas de evolución clínica diaria por el médico y nota enfermería. Debidamente firmada y sellada.											0	0	#¡DIV/0!

Documento Derogado

9. Existe evidencia de revisión de indicaciones por médico de Staff durante los días hábiles y los demás días por médico de mayor jerarquía (firmadas y selladas).											0	0	#¡DIV/0!
10. Durante su hospitalización documentaron el crecimiento , tomándole peso por lo menos cada 2 días, perímetro cefálico y longitud cada semana.											0	0	#¡DIV/0!
11. El día del alta le documentaron la temperatura corporal en límites de normotermia.											0	0	#¡DIV/0!
12.El día del alta le documentaron el peso.													
13. Hay evidencia de que al darle el alta le entregaron carnet de prematurez para su control infantil (para el menor de 2000 gr).											0	0	#¡DIV/0!
14. Si el prematuro nació con peso menor de 2,000 gr. al nacer, al alta le entregaron referencia para seguimiento en el hospital de 2do. nivel de atención, para UCSF, CRINA/CRIO/CRIOR, consulta de oftalmología, ultrasonografía transfontanelar, Audición y Lenguaje para emisiones otoacústicas.											0	0	#¡DIV/0!
15. Hay evidencia si el prematuro nació con peso menor de 1,500 gr. al nacer, al alta le completaron el llenado de la Hoja Perinatal para el menor de 1,500 gr.											0	0	#¡DIV/0!
16. Se informó a los padres de la condición clínica del recién nacido prematuro al alta. Se leinstruyó que al momento de presentarse en el lugar de seguimiento lleve el resumen de alta, carnet de prematuro, lo cual se evidenció en el expediente clínico (en observaciones de la hoja del resumen del alta).											0	0	#¡DIV/0!

Documento Derogado

											Total estándar en el establecimiento	
N= Total de criterios cumplidos por expediente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	∑ Criterios cumplidos	0
D= Total de criterios aplicables por expediente	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	∑ Criterios aplicables	160
Porcentaje	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Porcentaje de cumplimiento del estándar.	0%
Indicador: Porcentaje de prematuros que fueron atendidos con calidad técnica.												

Fuente: Base de datos elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, enero 2012.

Documento Derogado

Tabla n.° 21
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESTÁNDAR N° 21

MINISTERIO DE SALUD													
Este estándar servirá para evaluar la calidad de cuidados brindados a un recién nacido crítico durante su traslado al nivel de atención según su complejidad a nivel hospitalario.													
Región:													
Establecimiento de salud:													
Período evaluado:													
Fecha de la evaluación:													
Responsables de la evaluación:													
Estándar 21. Todo recién nacido en condiciones críticas es trasladado cumpliendo con los criterios de estabilización y transporte del recién nacido crítico.													
Criterios	Expedientes										(a) Total Cumplido	(b) Total aplicables	Porcentaje de cumplimiento del criterio (a/b*100)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
No. de Expediente clínico.													
1. Se realizó la coordinación con la unidad receptora del traslado (evidencia en nota en el expediente).													
2. Tomó prueba rápida de glucosa, si tiene disponible, antes del traslado.													
3. Si la prueba de glucosa presenta alguna alteración se procedió de acuerdo al manual STABLE (evidenciado en el expediente).													
4. Indicó los LIV de inicio, con dextrosa al 10%, de acuerdo al manual de STABLE (80 cc/kg/día).													
5. Tomó la temperatura central (rectal) del niño (a) antes del traslado (consta en la hoja de traslado y expediente).													
6. Se documentó en el expediente y hoja de traslado que la vía aérea este permeable.													
7. Si se tomó muestra para gases arteriales procede de acuerdo a los resultados.													
8. Se documentó el valor de tensión arterial que tiene el niño (a) antes del traslado.													

Documento Derogado

9. Hay constancia de haber monitoreado signos vitales previo al traslado, signos de choque como: frialdad distal, piel marmórea, llenado capilar prolongado y calidad de pulsos periféricos.													
10. Si el niño (a) tiene factores de riesgo maternos, neonatales o sospecha de sepsis, inició primera dosis de antibióticos, antes de trasladarlo.													
11.Hay constancia que informaron a los padres el motivo del traslado del niño (a). Evidenciado en la hoja de traslado.													
12. Hay constancia de la hoja de referencia.													
13. Si el motivo del traslado es por una enfermedad quirúrgica que amerita procedimiento quirúrgico, se envió el consentimiento informado de autorización de padres o cuidadores.													
14. Se documentó llenado completo de la hoja de control de transporte neonatal.													
15. Existe evidencia de firma de recibido por parte del médico receptor, en la hoja de condiciones de transporte.													
N=Total de criterios cumplidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	∑ Criterios Cumplidos		0
D= Total criterios aplicables	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	∑ Criterios Aplicables		150
Porcentaje	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Porcentaje de cumplimiento del estándar.		0%
Indicador: Porcentaje de recién nacidos que nacieron en condiciones críticas y que cumplen los criterios de estabilización y transporte													

Fuente: Base de datos elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, enero 2012.

Documento Derogado

Cuadro No. 22.
Porcentaje de usuarios en riesgo de IAAS en que se cumplen las medidas preventivas.

Estándar No. 22	Indicador	Formula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
A todo paciente hospitalizado en riesgo prevenible de desarrollar IAAS, se le cumplen las medidas de prevención.	Porcentaje de usuarios/as hospitalizado en riesgo de desarrollar IAAS en los/as que se cumplen las medidas preventivas.	No de usuarios/as hospitalizado en riesgo de desarrollar IAAS en los/as que se cumplen las medidas preventivas _____ x 100 No de usuarios/as hospitalizados en riesgo de desarrollar IAAS en servicio y período evaluado	Expediente clínico y hoja de notificación de caso IAAS.	Hoja de censo del Sistema de Vigilancia del Comité de prevención y control de IAAS.	Indirecto (Revisión de expedientes).	10 expedientes.	Mensual

Fuente: Elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, 2012.

Aspectos específicos que el personal debe cumplir para el registro:

1. Los responsables son el médico y la enfermera del Comité de prevención y control de infecciones en coordinación con la UOC.
2. Frecuencia de medición: mensual.
3. La selección de expedientes debe ser aleatoria para una muestra de 10 expedientes:
   a) Para la prevención de infección de sitio quirúrgico: debe seleccionar únicamente pacientes operados de manera electiva, incluidas en el listado de los Lineamientos de IAAS, obtener en Estadística o del libro de Sala de Operaciones el total de cirugías realizadas y definir el intervalo de selección de expediente similar a los anteriores.
   b) Para la prevención de infección materna y onfalitis: incluir los partos por vía vaginal y abdominal.
4. Fuente de verificación: el expediente clínico, para el criterio 27 incluir además la hoja de estudio de caso de infecciones del Comité de prevención y control de IAAS.
5. Como antiséptico apropiado se debe considerar el jabón yodado al 1% de yodo libre o clorhexidina al 4%.
6. Verificar los criterios en el periodo comprendido desde la exposición al riesgo hasta el periodo establecido según definición de IAAS.
7. Para la calificación de los criterios revisar:
   a. Si está documentado todo el enunciado del criterio: indicado, anotado de cumplido, consignado en la parte correspondiente del expediente (nota de evolución, de enfermería, cuadrícula, reporte operatorio, entre otros), debe anotar uno.
   b. Si no está documentado o escrita la evidencia del enunciado completo del criterio o solo se documenta parte de éste, o la información es contradictoria (Indicado y no cumplido o no hay nota, no corresponde a la fecha y tiempo, es más de lo requerido o menos, o se contradice la información de las fuentes de verificación, etc.), debe anotar cero.
   c. Si el criterio es condición específica y el paciente no la cumple o no se requería en él, anotar "NA" no aplica.
8. En un solo expediente pueden evaluarse varias infecciones si el paciente las ha presentado.
9. El listado de riesgos e infecciones a vigilar se basan en los Lineamientos de IAAS.

Documento Derogado

Tabla n.° 22
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESTÁNDAR N° 22

MINISTERIO DE SALUD													
Este Estándar sirve para evaluar el cumplimiento de medidas de prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria.													
Región:													
Establecimiento de salud:													
Período evaluado:													
Fecha de la evaluación:													
Responsables de la evaluación:													
Estándar 22. A todo paciente hospitalizado en riesgo prevenible de desarrollar IAAS, se le cumplen las medidas de prevención.													
Criterios	Expedientes										(a) Total cumplido	(b) Total aplicables	Porcentaje de cumplimiento del criterio (a/b*100)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
No. de Expediente clínico.													
DATOS GENERALES	-		-	-	-	-	-	-	-	-			
1. Edad.											0	0	#¡DIV/0!
2. Sexo.											0	0	#¡DIV/0!
3. Registro de la temperatura.											0	0	#¡DIV/0!
4. Signos vitales (TA, pulso, frecuencia cardíaca y respiración).											0	0	#¡DIV/0!
Prevención de Infección de sitio quirúrgico	-		-	-	-	-	-	-	-	-			
5. Identificó y trató focos infecciosos previos a la cirugía.											0	0	#¡DIV/0!
6. No rasuró, si fue necesario eliminar vello, depiló o recortó; y solo en caso absolutamente necesario rasuró inmediatamente antes de la cirugía a más tardar, una hora antes.											0	0	#¡DIV/0!
7. Indicó y administró profilaxis antibiótica según el riesgo de infección, 30 - 60 minutos antes de la incisión; en caso de cesárea inmediatamente después de pinzado el cordón umbilical.											0	0	#¡DIV/0!7
8. Utilizó el antiséptico apropiado de efecto residual, para la preparación de la piel del paciente.											0	0	#¡DIV/0!

Documento Derogado

9. Si colocó drenaje lo hizo a través de otra incisión.											0	0	#¡DIV/0!
Prevención de la infección del torrente sanguíneo asociada a catéter central	-		-	-	-	-	-	-	-	-			
10. El médico registró la colocación del CVC, cumpliendo una indicación precisa según condición clínica del paciente.											0	0	#¡DIV/0!
11. Utilizó el antiséptico apropiado con efecto residual para preparación de la piel del paciente.											0	0	#¡DIV/0!
12. Seleccionó y registró la región anatómica ideal para la inserción del catéter, según condición clínica del paciente.											0	0	#¡DIV/0!
13. Remoción del catéter dentro de las 24 posterior a la indicación de retiro.											0	0	#¡DIV/0!
Prevención de infección de vías urinarias asociado a catéter urinario permanente.	-		-	-	-	-	-	-	-	-			
14. Colocó el catéter vesical solo cuando fue necesario y cumpliendo indicación médica y necesidad clínica.											0	0	#¡DIV/0!
15. Utilizó el antiséptico apropiado de efecto residual para la preparación de la piel del paciente.											0	0	#¡DIV/0!
16. Retiro el catéter vesical dentro de las 24 posterior a la indicación .											0	0	#¡DIV/0!
Prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica	-		-	-	-	-	-	-	-	-			
17. Indicó y mantuvo al paciente en semicúbito con respaldo a 30-45°, si no estaba contraindicado.											0	0	#¡DIV/0!
18. Revisión y registro diario de la sedación.											0	0	#¡DIV/0!
19. Destete del ventilador y extubación en forma oportuna de acuerdo a condición clínica del paciente.											0	0	#¡DIV/0!
20. Se registra en el expediente la realización de higiene de cavidad oral.													

Documento Derogado

21. Permanencia de la sonda orogástrica o nasogástrica durante ventilación mecánica.											0	0	#¡DIV/0!
22. Se verifica la presión del manguito del tubo traqueal, dos veces al día y que los valores sean entre 20 y 25 cm de agua.											0	0	#¡DIV/0!
Prevención de infección materna- neonatal	-		-	-	-	-	-	-	-	-			
23. Registró en el expediente el procedimiento de aseo vulvar con jabón antiséptico y agua estéril para la atención del parto vaginal.											0	0	#¡DIV/0!
24. Si hay diagnóstico de ruptura prolongada de membrana o de corioamnionitis, el medicó aisló la cavidad abdominal con campos estériles previo a histerotomía y lavó la cavidad abdominal con SSN si hay corioamnionitis o si hay derrame de meconio.											0	0	#¡DIV/0!
25. Constata en el expediente clínico que se le enseñó a la puérpera, como lavar el área vulvar posterior a la defecación para evitar infección de la episiotomía.											0	0	#¡DIV/0!
26. Se realizó curación diaria de muñón del cordón umbilical con alcohol al 70% en el servicio de puerperio y consta en el expediente clínico.											0	0	#¡DIV/0!
27. Se registra en el expediente clínico la restricción de tactos vaginales en caso de RPM o corioamnionitis.											0	0	#¡DIV/0!
Condición del o la paciente después de 72 horas del procedimiento.	-		-	-	-	-	-	-	-	-			
28. El paciente no desarrolló IAAS después de 72 hrs. del procedimiento .											0	0	#¡DIV/0!
29. El medicó tratante diagnostica, registra en el expediente clínico y notifica pacientes con infección de manera oportuna al Comité.											0	0	#¡DIV/0!
											Total estándar en el establecimiento		
N= Total de criterios cumplidos por expediente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	∑ Criterios cumplidos		0
D= Total de criterios aplicables por expediente	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	∑ Criterios aplicables		29
Porcentaje											Porcentaje de cumplimiento del estándar en el establecimiento		0%
Indicador: % de usuarios en riesgo de IAAS en que se cumplen las medidas preventivas													

Fuente: Base de datos elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, 2012.

Documento Derogado

Cuadro No. 23
Porcentaje de hospitales que cumplen con los criterios esenciales para el manejo de los desechos peligrosos bioinfecciosos

Estándar No. 23	Indicador	Fórmula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
Todo hospital debe manejar los desechos peligrosos bioinfecciosos intrahospitalarios (infecciosos y punzocortantes).	Porcentaje de hospitales que cumplen con los criterios esenciales para el manejo de los desechos peligrosos bioinfecciosos.	N° criterios cumplidos en el manejo de desechos peligrosos bioinfecciosos ----------x 100 Total de criterios evaluados en el manejo de desechos peligrosos bioinfecciosos.	Informes de monitoreo.	Informes de monitoreo.	Observación directa.	Uno	Mensual

Fuente: Elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, 2011.

Aspectos específicos que el personal debe cumplir para el registro:

1. El responsable es el encargado de Saneamiento ambiental en coordinación con la UOC.
2. Frecuencia de medición: mensual.
3. Fuente de verificación:
   - Observación directa para los criterios N° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 13 y 14.
   - Para el criterio N° 8: la programación de recolección.
   - Para el N° 9: la ruta crítica señalizada en un plano o en las instalaciones físicas hospitalarias y en el N° 12: tarjeta de vacunación del personal de recolección y transporte.
4. Momentos para la verificación de los criterios:
   - Segregación y envasado: debe registrar el área hospitalaria donde realizará la inspección de la segregación y envasado; mensualmente se irán rotando las diferentes áreas hospitalarias, priorizando las que generan mayor volumen de estos desechos, se debe realizar antes del horario de recolección de los desechos del área generadora.
   - Acumulación en áreas hospitalarias: la evaluación de los criterios de este proceso se debe realizar antes del horario de recolección de los desechos del área generadora.
   - Recolección intrahospitalario: la evaluación de los criterios por inspección se debe realizar en el momento en que el personal encargado efectúe sus funciones.
   - Transporte interno: por inspección, se debe realizar en el momento en que el personal encargado efectúe sus funciones.
   - Almacenamiento temporal (caseta de almacenamiento): se debe realizar antes de la recolección de los desechos bioinfecciosos para el traslado a su disposición final.

Documento Derogado

Tabla n.° 23
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESTÁNDAR N° 23

MINISTERIO DE SALUD															
Región:															
Establecimiento de salud:															
Fecha de la evaluación:															
Periodo evaluado:															
Responsables de la evaluación:															
Estándar 23. Todo hospital debe manejar los desechos peligrosos bioinfecciosos intrahospitalarios (infecciosos y punzocortantes) con base a la Norma.															
Criterios	Chequeo Mensuales												(a) Total Cumplido	(b) Total Aplicables	Porcentaje de cumplimiento del criterio (a/b*100)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
Proceso de segregación y envasado. Área monitoreada:															
1. Los desechos sólidos comunes se separan de los peligrosos bioinfecciosos y éstos se clasifican en infecciosos y punzocortantes.													0	12	0%
2. Los envases para los desechos infecciosos cumplen con las siguientes características: a) Bolsas plásticas color rojo. b) Depósitos de color rojo, material rígido, impermeable, resistente y con tapadera hermética. c) Las bolsas se llenan hasta 2/3 de capacidad.													0	12	0%
3. Los depósitos para los desechos punzocortantes cumplen con las siguientes características: a) Depósito de material rígido, impermeable, resistente, descartable, con tapadera hermética y con la leyenda "Punzocortantes". b) Los depósitos se llenan hasta 2/3 de capacidad.													0	12	0%

Documento Derogado

4. Las camisas y émbolos de las jeringas: a) Contaminadas con sangre o vacunas de origen viral o bacteriana se encuentran en bolsas rojas o envases rígidos. b) Las no contaminadas se encuentran en depósitos para desechos sólidos comunes.													0	12	0%
5. Los punzocortantes que estén o no contaminados se encuentran en envase rígido, impermeable y resistente.													0	12	0%
Proceso de acumulación en áreas hospitalarias															
6. Las áreas de generación de desechos bioinfecciosos cuentan con: a) Envases y bolsas para desechos bioinfecciosos y sólidos comunes, accesibles al personal. b) Los envases y bolsas para desechos bioinfecciosos se encuentran en cajas de embalaje fuera de las áreas generadoras (consultorios, servicios, quirófanos, entre otros).													0	0	#¡DIV/0!
7. Los desechos punzocortantes son tratados con hipoclorito de sodio mayor del 1% CUANDO NO EXISTA TRATAMIENTO FINAL FUERA DEL HOSPITAL.													0	0	#¡DIV/0!
Proceso de recolección intrahospitalario															
8. Existe una programación para la recolección con base a volumen de producción de las áreas generadoras (mínimo 2 veces al día).													0	12	0%
9. Existe ruta crítica señalizada (de áreas generadoras al centro temporal de almacenaje).													0	12	0%

Documento Derogado

Proceso de transporte interno															
10. Cumplen las carretillas manuales para el transporte de desechos bioinfecciosos: a) Uso exclusivo para cajas rojas de embalaje. b) Con sujetadores. c) Ruedas de hule. d) No excede la capacidad máxima.													0	12	0%
11. El personal que transporta, utiliza el equipo de protección: a) Guantes anticorte. b) Delantal impermeable. c) Botas de hule. d) Gorro. e) Lentes. f) Mascarilla.													0	12	0%
12. El personal que transporta cuenta con el esquema de vacunación que establece el MINSAL (Hepatitis B, toxoide tetánico, Influenza estacional entre otras).													0	12	0%
Proceso de almacenamiento temporal (caseta de almacenamiento).															
13. Las cajas de embalaje se encuentran en el espacio específico, tapadas, estibadas, externamente limpias e identificadas.													0	12	0%
14. El sitio de almacenamiento temporal cumple con: a) Los desechos sólidos comunes y bioinfecciosos se encuentran en áreas separadas. b) Identificación con el símbolo internacional de desechos bioinfecciosos. c) Acceso restringido con puerta asegurada con candado. d) Aseado y desinfectado.													0	12	0%

Documento Derogado

													Total estándar en el establecimiento:	
N= Total de criterios cumplidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	∑ Criterios cumplidos	0
D= Total de criterios aplicables	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	∑ Criterios aplicables	140
Porcentaje	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Porcentaje de cumplimiento del estándar en el establecimiento por año.	0%
Indicador: Porcentaje de hospitales que cumplen con los criterios esenciales para el manejo de los desechos peligrosos bioinfecciosos														

Fuente: Base de datos elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, 2011.

Cuadro No. 24
Porcentaje de monitoreos realizados de la calidad de agua de consumo

Estándar No. 24	indicador	Formula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método recolección	Muestra	Periodo
Todo hospital cumple con los criterios de calidad del agua potable para el consumo de los usuarios.	Porcentaje hospitales que cumplen con los criterios del agua potable para el consumo.	Nº de criterios cumplidos del agua potable para el consumo _____ x 100 Total de criterios evaluados del estándar	Informes de monitoreo.	Informes de monitoreo.	Observación directa.	Uno	Mensual

Fuente: Elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, 2012.

Aspectos específicos que el personal debe cumplir para el registro:

1. Responsable: el encargado o coordinador del área de saneamiento ambiental en coordinación con la UOC.
2. Frecuencia de medición: mensual.
3. La fuente de verificación:
   Observación directa los criterios N°. 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12 y 13.
   Documentación: los criterios N°. 1, 2, 7, 14, 15 y 16.
4. Momentos para la verificación de los criterios:
   Fuente de abastecimiento: todas las fuentes de abastecimiento.
   Almacenamiento: todas las cisternas y tanques de almacenamiento.
   Distribución: en los puntos más cercanos y lejanos de la red de distribución.

Documento Derogado

Tabla n.° 24
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESTÁNDAR N° 24

MINISTERIO DE SALUD Región:															
Establecimiento de salud:															
Fecha de la evaluación:															
Periodo evaluado:															
Responsables de la evaluación:															
Estándar 24. Todo hospital cumple con los criterios de calidad del agua potable para el consumo de los usuarios.															
Criterios	Chequeo Mensuales												(a) Total Cumplido en el mes	(b) Total Aplicables	Porcentaje de cumplimiento del criterio (a/b*100)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
1. Registro de la fecha de la hoja de lectura de cloro residual. Para los criterios 6, 13 y 16.													0	0	#¡DIV/0!
2. Tiene el personal constancia y conocimiento del procedimiento de la toma y lectura del Cloro.													0	0	#¡DIV/0!
3. Conoce el personal que hace la lectura del cloro el flujo de información e identifica a quien reportar en caso que las concentraciones o resultados del cloro no cumplan la norma. Lo cual está consignado en un libro para ese fin.													0	0	#¡DIV/0!
FUENTE DE ABASTECIMIENTO (Pozo de hospital, si se utiliza cotidianamente o en caso de emergencia)															
4. Tiene cercado el terreno.													0	0	#¡DIV/0!
5. Entrada restringida a personal NO autorizado.													0	0	#¡DIV/0!
6. Hay personal responsable del mantenimiento del pozo.													0	0	#¡DIV/0!

Documento Derogado

7. Tiene registros de mantenimiento dado al pozo.													0	0	#¡DIV/0!
8. Tiene un canal de derivación de aguas superficiales.													0	0	#¡DIV/0!
9. No tiene fuga el sistema de bombeo de agua en el pozo.													0	0	#¡DIV/0!
10. Existe equipo para desinfección del agua.													0	0	#¡DIV/0!
11. Funciona el equipo de desinfección.													0	0	#¡DIV/0!
ALMACENAMIENTO (Cisterna y/o tanque)															
12. Existe cercado del terreno donde está ubicada la cisterna o tanque. (No aplicara para cisternas subterráneas no visibles).													0	0	#¡DIV/0!
13. Entrada restringida a personal no autorizado.													0	0	#¡DIV/0!
14. Existe un canal de derivación de aguas superficiales.													0	0	#¡DIV/0!
15. Existe tapadera para inspección con pasador y candado.													0	0	#¡DIV/0!
16. Existe hermeticidad en las paredes de cisternas y/o tanques.													0	0	#¡DIV/0!
17. Existen respiradores con malla o cedazo.													0	0	#¡DIV/0!
18. Las lecturas diarias de cloro cumplen la norma de agua potable (0.3mg/lt valor mínimo, se tomara en el inicio, en el punto medio y al final de la red de distribución).													0	0	#¡DIV/0!
19. Existe registro de limpieza de las cisternas y tanques cada tres meses como mínimo o seis meses como máximo.													0	0	#¡DIV/0!
DISTRIBUCIÓN.															
20. La presión del agua es la necesaria para que llegue a las partes más altas del hospital.													0	0	#¡DIV/0!

Documento Deregado

21. El sistema de distribución carece de rotura o filtraciones a través de las tuberías y accesorios del sistema; y no expone al personal o usuarios a riesgos.													0	0	#¡DIV/0!
													Total estándar en el establecimiento:		
N= N° de criterios cumplidos del agua potable para el consumo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	∑ Criterios cumplidos		0
D= Total de criterios aplicables	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	∑ Criterios aplicables		210
Porcentaje	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Porcentaje de cumplimiento del estándar en el establecimiento en el año.		0%
Indicador: Porcentaje hospitales que cumplen con los criterios del agua potable para el consumo.															

Fuente: Base de datos modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, noviembre 2011.

Documento Demostrado

K. Estándar e indicadores de Unidad de Urgencias.

Cuadro No. 25

Enunciado del Estándar No. 25: Proporcionar atención médica a todos los pacientes con prioridad II que presente una urgencia, con calidad técnica y satisfacción al usuario

Estándar No. 25	Indicadores	Fórmula (según muestra y período determinado en indicador que aplique)	Fuente Numerador	Fuente del Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
Proporcionar atención médica a todos los pacientes con prioridad II que presente una urgencia, con calidad técnica y satisfacción al usuario	Razón del tiempo de espera en la atención en la consulta de urgencia.	Total de tiempo de espera medido en minutos desde que el paciente solicita la consulta de urgencia a la selección o triage _____ x 100 Total de pacientes de que consultaron y se expresa en minutos por paciente	Instrumento de registro de tiempo.	Tabulador de registro diario de pacientes.	Revisión del instrumento de registro de tiempos y de los Tabuladores de registro diario de pacientes.	Según los días señalados en la muestra.	Mensual
	Razón de tiempo de espera en atención médica de urgencia: Tiempo de espera medido en minutos desde que el paciente prioridad II es atendido en la selección de triage hasta la consulta médica.	Total de tiempo de espera medido en minutos desde que el paciente prioridad II es atendido en selección por triage hasta la atención medica. _____ x 100 Total de pacientes de que consultaron y se expresa en minutos por paciente.	Instrumento de registro de tiempo.	Tabulador de registro diario de pacientes.	Revisión del instrumento de registro de tiempos y de los Tabuladores de registro diario de pacientes.	Según los días señalados en la muestra.	Mensual
	Razón del tiempo de ingreso: Tiempo desde que el médico indica el ingreso hasta la llegada a la cama hospitalización.	Total de tiempo de espera medido en minutos desde que el médico indica el ingreso en la consulta de urgencia hasta su llegada a la cama de hospitalización _____ x 100 Total de pacientes de que ingresaron y se expresa en minutos por paciente	Instrumento de registro de tiempo.	Tabulador de registro diario de pacientes.	Revisión del instrumento de registro de tiempos y de los Tabuladores de registro diario de pacientes.	Según los días señalados en la muestra.	Mensual

Documento Derogado

Estándar No. 25	Indicadores	Fórmula (según muestra y período determinado en indicador que aplique)	Fuente Numerador	Fuente del Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
	Porcentaje de ocupación de la urgencia: evalúa el grado de ocupación de las camillas ocupadas en las Unidades urgencias.	Número de camillas o unidades de evaluación clínica ocupadas en urgencia _____ x 100 Total de la dotación de camillas o unidades de evaluación clínica en urgencia	Número camillas o unidades de evaluación clínica en urgencia ocupadas.	Dotación de camillas o unidades de evaluación clínica en urgencia.	Observación directa.	Según los días señalados en la muestra.	Mensual
	Porcentaje de pacientes que consulta nuevamente en menos de 48 horas por el mismo problema clínico.	No. de pacientes que consulta nuevamente en la Unidad de urgencias en menos de 48 horas _____ x 100 Total de pacientes registrados en la Unidad de urgencias	Censo de la selección de pacientes Libro de ingresos.	Tabulador de registro diario de pacientes.	Indirecta (revisión de censo de la selección de pacientes, Libro de ingresos).	100 %	Mensual
	Porcentaje de las caídas en los pacientes.	El número de caídas _____ x100 Total de pacientes atendidos en urgencias en el periodo evaluado	Instrumento de registro de caídas.	Tabulador de registro diario de pacientes.	Indirecta (Revisión del Instrumento de registro de caídas. Tabuladores de registro diario de pacientes).	100 %	Mensual
	Porcentaje de quejas resultas antes de 15 días.	Número de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días _____ x 100 Total de quejas recibidas	Instrumento de registro de quejas resueltas.	Instrumento de registro de quejas.	Indirecta (Revisión del Libro de quejas resueltas).	100 %	Mensual

Fuente: Elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, enero 2012.

Documento Derogado

Tabla n.° 25
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESTÁNDAR N° 25

MINISTERIO DE SALUD									
Instrumento para evaluar la calidad de la atención en las Unidades de Urgencias en los Hospitales de II y III nivel del MINSAL.									
Región:									
Nombre del Hospital									
Fecha de la evaluación:									
Periodo evaluado:									
Responsables de la evaluación:									
Estándar 25. Proporcionar atención médica a todos los pacientes con prioridad II que presente una urgencia, con calidad técnica y satisfacción al usuario									
Nombre indicadores	Clasificación estructura, proceso, resultado	Unidad de medida	límites de desempeño						Fuente de verificación
			Sobresaliente		Aceptable		Crítico		
Tiempo de espera (solicitud-triage).	Oportunidad	minutos	0	10	11	20	21	30	Instrumento de registros de tiempos
Tiempo intermedio de espera (Triage-atención médica).	Oportunidad	minutos	0	60	61	80	81	180	Expediente clínico, libro de ingresos
Tiempo ingreso (indicación de ingreso-cama hospitalización)	Oportunidad	minutos	0	120	121	180	181	360	Expediente clínico, libro de ingresos
Porcentaje ocupación de la Unidad de urgencias	Eficiencia	%	70	75	76	89	90	100	Ronda diaria
Porcentaje de caídas	Gestión de riesgo	%	0	0					Instrumento de registro de caídas
Porcentaje de consulta en menos de 48 horas por el mismo problema clínico.	Efectividad	%	0	1	2	3	4	10	Censo de selección y libro de ingresos donde se registra el retorno del paciente
Porcentaje de quejas resueltas antes de 15 días.	Satisfacción	Unidad	100	80	79	60	59	0	Instrumentos de registro de quejas del usuario de urgencias y entrevista con el jefe de urgencias y presentación de evidencia como actas

Fuente: Base de datos elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, enero 2012.

Documento Derogado

Cuadro No. 26.
Enunciado del estándar 26: Los pacientes hospitalizados en los establecimientos de II y III nivel del MINSAL recibirán atención con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción.

Estándar No. 26	Indicadores	Formula (Según muestra y período determinado en indicador que aplique)	Fuente Numerador	Fuente del Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
Los pacientes hospitalizados en los establecimientos de II y III nivel del MINSAL recibirán atención con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción..							
Servicio 1: UCI Neonatal y Pediátrica.	a) Porcentaje de pacientes que reingresan a UCI en menos de 72 horas por el mismo problema clínico.	No. de pacientes que reingresan a UCI en menos de 72 horas _____ x 100 Total de los egresos de UCI	Libro de ingresos y egresos.	Libro de egresos.	Indirecta (revisión de libro de ingresos y egresos).	100 %	Mensual
	b) Porcentaje de omplicaciones asociadas a procedimientos.	Número de complicaciones asociadas a procedimientos _____ x 100 Total de pacientes a los cuales se les realizo procedimientos en el servicio en el periodo evaluado	Instrumento de registro de complicaciones	Instrumento de reporte	Indirecto (revisión del Instrumento de registro de complicaciones)	100 %	Mensual
	c) Porcentaje de expedientes clínicos en el cual se registra la firma del especialista en las indicaciones médicas.	El número de expedientes clínicos en el cual se registra la firma del especialista en las indicaciones médicas	Expediente clínico.	Libro de egresos del servicio.	Indirecto (revisión de los expedientes clínicos).	Según los días señalados en la muestra.	Mensual

Documento Derogado

Estándar No. 26	Indicadores	Formula (Según muestra y período determinado en indicador que aplique)	Fuente Numerador	Fuente del Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
		_____ x 100 Total de egresos en el servicio en el periodo evaluado					
	d) Porcentaje de expedientes clínicos en el cual se registra la firma del especialista en la nota de evolución y en la indicación del alta según condición del paciente.	El número de expedientes clínicos en el cual se registra la firma del especialista en la nota de evolución e indicación del alta _____ x 100 Total de egresos en el servicio en el periodo evaluado	Expediente clínico.	Libro de egresos.	Indirecto (Revisión de los expedientes clínicos).	Según los días señalados en la muestra.	Mensual
	e) Porcentaje de quejas resultas antes de 15 días.	Número de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días _____ x100 Total de quejas recibidas	Instrumento de registro de quejas resueltas.	Instrumento de registro de quejas.	Indirecta (Revisión intrumento de registro de quejas).	100 %	Mensual
	f) Tasa de neumonía asociada al ventilador.	Casos de neumonía asociada a ventilador _____x 100 Total días ventilador X1000	Sistema de vigilancia de IAAS. Hoja de reporte mensual.	Hoja de reporte mensual de IAAS	Indirecta (Revisión de reporte de notificación de caso)	Se debe anotar el aparecimiento de la infección según el día calendario	Mensual
	g) Tasa de infecciones asociada catéter venoso central.	Casos de infecciones asociada catéter venoso central/ total días de catéter venoso central X1000	Sistema de vigilancia de IAAS. Hoja de reporte mensual.	Hoja de reporte mensual de IAAS.	Indirecta (revisión de reporte de notificación de caso).	Se debe anotar el aparecimiento de la infección según el día calendario.	Mensual
Servicio 2. UCI Adultos	h) Tasa de IVU asociado a	Casos de infecciones asociada	Sistema de vigilancia de	Hoja de reporte	Indirecta (revisión de	Se debe anotar el	Mensua

Documento Derogado

Estándar No. 26	Indicadores	Formula (Según muestra y período determinado en indicador que aplique)	Fuente Numerador	Fuente del Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
Se deben medir los mismos indicadores: a, b, c, d, e y f de UCI Neonatal y pediátrica.	catéter urinario	catéter urinario/ total días de catéter urinario _____ X1000	infeccione socomiales. Hoja de reporte mensual.	mensual de IAAS.	reporte de notificación de caso).	aparecimiento de la infección según el día calendario.	
Servicio 3. Ginecología y obstetricia: post parto vaginal. Se deben medir los indicadores: c, d y e.	i) Porcentaje de reingresos en menos de 7 días al servicio.	No. de pacientes que reingresan en menos de 7 días al servicio _____ x 100 Total de los egresos del servicio	Libro de ingreso.	Libro de egreso.	Indirecto (revisión del libro de ingreso y egreso del servicio).	100 %	Mensual
	j) Porcentaje de caídas.	N° de pacientes que presentaron caídas de su propia altura o de la camilla/ cama _____x 100 Total de pacientes egresados.	Instrumento de registro de caídas.	Libreo de egreso.	Indirecto (revisión del libro egreso y del Instrumento de registro de caídas del servicio).	100 %	Mensual
	k) Porcentaje de eventos adversos relacionados a la atención de parto.	Número de eventos adversos relacionados a la atención de parto _____ x 100 Total de partos atendidos en el periodo evaluado	Instrumento de registro de eventos adversos.	Libro de partos.	Indirecto (revisión del Instrumento de registro de eventos adversos de partos).	Según los días señalados en la muestra.	Mensual
Servicio 4: Ginecología y obstetricia: post cesárea. Se deben medir los mismos indicadores: c, d, e ,h, i, j.	l) Tasa de infección de sitio quirúrgico post cesárea	Tasa de infección de sitio quirúrgico _____ x 100 Total de cesáreas realizadas en el período	Sistema de vigilancia de IAAS. Hoja de reporte mensual.	Hoja de reporte mensual de IAAS.	Indirecta (revisión de reporte de notificación de caso).	Se debe anotar el aparecimiento de la infección según el día calendario.	Mensual

Documento Derogado

Estándar No. 26	Indicadores	Formula (Según muestra y período determinado en indicador que aplique)	Fuente Numerador	Fuente del Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
Servicio 5: Medicina Interna y pediatría Se deben medir los mismos indicadores: b, c, d, e , g, h, j	Porcentaje de reingresos en menos de 30 días al servicio	No. de pacientes que reingresan en menos de 30 días al servicio _____ x100 Total de los egresos en el período evaluado.	Libro de ingreso.	Libro de egreso.	Indirecto (revisión del libro de ingreso y egreso del servicio).	100 %	Mensual
Servicio 6: Cirugía General Se deben medir los mismos indicadores: b, c, d, e , g y j.	Tasa de infección de sitio quirúrgico en cirugía de herniorrafia	ISQ post herniorrafia _____ x 100 Total de herniorrafia realizadas en el periodo evaluado	Sistema de vigilancia de IAAS. Hoja de reporte mensual.	Hoja de reporte mensual de IAAS.	Indirecta (revisión de reporte de notificación de caso).	Se debe anotar el aparecimiento de la infección según el día calendario.	Mensual
	Tasa de infección de sitio quirúrgico en cirugía de osteosíntesis.	SQ post osteosíntesis _____ x 100 Total de osteosíntesis	Sistema de vigilancia de IAAS. Hoja de reporte mensual.	Hoja de reporte mensual de IAAS.	Indirecta (revisión de reporte de notificación de caso).	Se debe anotar el aparecimiento de la infección según el día calendario.	Mensual
	Tasa de infección de sitio quirúrgico en cirugía de colecistectomía.	ISQ post colecistectomías _____ X 100 Total de colecistectomías X100	Sistema de vigilancia de IAAS. Hoja de reporte mensual.	Hoja de reporte mensual de IAAS.	Indirecta (revisión de reporte de notificación de caso).	Se debe anotar el aparecimiento de la infección según el día calendario.	Mensual

Documento Derogado

Tabla n.° 26
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESTÁNDAR N° 26

1. HOSPITALIZACIÓN UCI NEONATAL Y PEDIATRIA

MINISTERIO DE SALUD
Instrumento para evaluar la calidad de la atención en los servicios de Hospitalización de los Hospitales de II y III nivel del MINSAL.

Región:

Establecimiento de salud:

Fecha de la evaluación:

Periodo de evaluado:

Responsables de la evaluación:

Estándar 26: Los pacientes hospitalizados en los establecimientos de II y III nivel del MINSAL recibirán atención con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción.

	Nombre indicadores	Clasificación (estructura, proceso, resultado)	Unidad de medida	Estándar de respuesta						Fuente de verificación
				SOBRESALIENTE		ACEPTABLE		CRÍTICO		
UCI NEONATAL Y PEDIATRICA	Reingresos en menos de 72 horas.	Efectividad	%							Libro de ingresos y egresos.
	% Complicaciones asociadas a procedimientos.	Gestión del riesgo	%	0	1	2	3	4	10	Instrumento de reporte.
	Se documenta en el expediente clínico la evaluación por parte del médico especialista a través de nota evolución, y se verifica la presencia de la evaluación al alta del especialista, por medio de nota o firma en la indicación. Según condición del paciente.	Gestión del riesgo	%	100	95	94	90	89	85	Expediente clínico.
	En el expediente clínico se evidencia que el médico especialista, avala a través de su firma las indicaciones médicas de los pacientes ingresados.	Gestión del riesgo	%	100	95	90	94	89	85	Expediente clínico.
	Tasa de neumonía asociada al ventilador.	Gestión del riesgo	Tasa							Sistema de vigilancia de prevención de IAAS.
	Tasa de infecciones asociada catéter venoso central.	Gestión del riesgo	Tasa							Sistema de vigilancia de prevención de IAAS.
	Proporción de quejas resueltas antes de 15 días.	Satisfacción	%	100	95	90	94	89	85	Instrumento de registro de quejas.

Documento Derogado

2. HOSPITALIZACIÓN UCI ADULTOS

	Nombre indicadores	Clasificación (estructura, proceso, resultado	Unidad de medida	Estándar de respuesta						Fuente de verificación
				Sobresaliente		Aceptable		Crítico		
UCI ADULTOS	Reingresos en menos de 72 horas.	Eficiencia	%							Libro de ingresos y egresos.
	Se documenta en el expediente clínico la evaluación por parte del médico especialista a través de nota evolución, y se verifica la presencia de la evaluación al alta del especialista, por medio de nota o firma en la indicación. Según condición del paciente.	Gestión del riesgo	%	100	95	90	94	89	85	Expediente clínico.
	En el expediente clínico se evidencia que el médico especialista, avala a través de su firma las indicaciones médicas de los pacientes ingresados.	Gestión del riesgo	%	100	95	90	94	89	85	Expediente clínico.
	Porcentaje complicaciones asociadas a procedimientos.	Gestión del riesgo	%	0	1	2	3	4	10	Instrumento de registro de evento adverso.
	Proporción de quejas resueltas antes de 15 días.	Satisfacción	%	100	95	90	94	89	85	Instrumento de registro de quejas.
	Tasa neumonía asociada al ventilador.	Gestión del riesgo	Tasa							Sistema de vigilancia de prevención de IAAS.
	Tasa de infecciones asociada catéter venoso.	Gestión del riesgo	Tasa							Sistema de vigilancia de prevención de IAAS.
	Tasa de IVU asociado a catéter urinario.	Gestión del riesgo	Tasa							Sistema de vigilancia de prevención de IAAS.

Documento Derogado

3. HOSPITALIZACIÓN DE OBSTETRICIA (POST-PARTO VAGINAL)

Hospitalización obstetricia (post parto vaginal)	Nombre indicadores	Clasificación (estructura, proceso, resultado)	Unidad de medida	Estándar de respuesta						Fuente de verificación
				Sobresaliente		Aceptable		Crítico		
	Reingresos en menos de 7 días.	Efectividad	Razón sobre egreso							Libro de ingresos y egresos.
	Porcentaje de caídas.	Gestión del riesgo	%	0	0					Intrumento de registro de caídas.
	Se documenta en el expediente clínico la evaluación por parte del médico especialista a través de nota evolución, y se verifica la presencia de la evaluación al alta del especialista, por medio de nota o firma en la indicación. Según condición del paciente.	Gestión del riesgo	%	100	95	90	94	89	85	Expediente clínico.
	En el expediente clínico se evidencia que el médico especialista, avala a través de su firma las indicaciones médicas.	Gestión del riesgo	%	100	95	90	94	89	85	Expediente clínico.
	Porcentaje de complicaciones asociadas a la atención del parto.	Gestión del riesgo	%	0	1	2	3	4	10	Instrumento de registro de evento adverso.
	Proporción de quejas resueltas antes de 15 días.	Satisfacción	%	100	95	90	94	89	85	Instrumento de registro de quejas.

Documento Derogado

4. HOSPITALIZACIÓN OBSTETRICIA (POST-CESÁREAS)

Nombre indicadores	Clasificación (estructura, proceso, resultado)	Unidad de medida	Estándar de respuesta						Fuente de verificación
			Sobresaliente		Aceptable		Crítico		
Reingresos por complicaciones no relacionadas a infección en menos de 7 días.	Efectividad	Razón sobre egreso							Libro de ingresos y egresos.
Porcentaje de caídas.	Gestión del riesgo	%	0	0					Instrumento de registro de caídas.
En el expediente clínico se evidencia que el médico especialista avala a través de su firma las indicaciones médicas.	Gestión del riesgo	%	100	95	90	94	89	85	Expediente clínico.
Se documenta en el expediente clínico la evaluación por parte del médico especialista a través de nota evolución, y se verifica la presencia de la evaluación al alta del especialista, por medio de nota o firma en la indicación. Según condición del paciente.	Gestión del riesgo	%	100	95	90	94	89	85	Expediente clínico.
Proporción de quejas resueltas antes de 15 días.	Satisfacción	%	100	95	90	94	89	85	Instrumento de registro de quejas.
Tasa de infección de sitio quirúrgico post cesárea.	Gestión del riesgo	Tasa							Sistema de vigilancia de prevención de IAAS.
Tasa de IVU asociado a catéter urinario permanente.	Gestión del riesgo	Tasa							Sistema de vigilancia de prevención de IAAS.

Documento Derogado

5. HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA

	Nombre indicadores	Clasificación (estructura, proceso, resultado	Unidad de medida	Estándar de respuesta						Fuente de verificación
				Sobresaliente		Aceptable		Crítico		
HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA	Reingresos no programados en menos de 30 días.	Efectividad	Razón sobre egreso							Libro de ingresos y egresos.
	Se documenta en el expediente clínico la evaluación por parte del médico especialista a través de nota evolución, y se verifica la presencia de la evaluación al alta del especialista, por medio de nota o firma en la indicación. Según condición del paciente.	Gestión del riesgo	%	100	95	90	94	89	85	Expediente clínico.
	En el expediente clínico se evidencia que el médico especialista avala a través de su firma las indicaciones medicas.	Gestión del riesgo	%	100	95	90	94	89	85	Expediente clínico.
	Porcentaje de caídas.	Gestión del riesgo	%	0	0					Instrumento de registro de caídas
	Porcentaje de complicaciones asociadas a procedimientos.	Gestión del riesgo	%	0	1	2	3	4	10	Instrumento de reporte de eventos adversos.
	Tasa de infecciones intrahospitalarios del tracto urinario por sonda.	Gestión del riesgo	Tasa							Sistema de vigilancia de prevención de IAAS.
	Tasa de infecciones asociada catéter venoso central.	Gestión del riesgo	Tasa							Sistema de vigilancia de prevención de IAAS.
	Porcentaje de quejas resueltas antes de 15 días.	Satisfacción	%	100	95	90	94	89	85	Instrumento de registro de de quejas.

Documento Derogado

6. HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA GENERAL (POST-QUIRÚRGICO)

	Nombre indicadores	Clasificación (estructura, proceso, resultado	Unidad de medida	Estándar de respuesta						Fuente de verificación
				Sobresaliente		Aceptable		Crítico		
Hospitalización de cirugía general post quirúrgicos	Reingresos en menos de 30 días.	Gestión del riesgo	Razón sobre egreso							Libro de ingresos y egresos.
	Porcentaje de caídas.	Gestión del riesgo	%	0	0					Instrumento de registro de caídas y eventos adversos.
	Se documenta en el expediente clínico la evaluación por parte del médico especialista a través de nota evolución, y se verifica la presencia de la evaluación al alta del especialista, por medio de nota o firma en la indicación. Según condición del paciente.	Gestión del riesgo	%	100	95	94	90	89	85	Expediente clínico.
	En el expediente clínico se evidencia que el médico especialista avala a través de su firma las indicaciones medicas.	Gestión del riesgo	%	100	95	94	90	89	85	Expediente clínico.
	Porcentaje complicaciones asociadas al procedimiento invasivo.	Gestión del riesgo	%							Instrumento de registro de complicaciones
	Porcentaje de quejas resueltas antes de 15 días.	Satisfacción	%	100	95	90	94	89	85	Instrumento de registro de quejas.
	Tasa de infección de sitio quirúrgico post herniorrafia.	Gestión del riesgo	Tasa							Sistema de vigilancia de prevención de IAAS.
	Tasa de infección de sitio quirúrgico en cirugía de osteosíntesis.	Gestión del riesgo	Tasa							Sistema de vigilancia de prevención de IAAS.
	Tasa de infección de sitio quirúrgico post colecistectomía (diferencias por Video o Laparotomía).	Gestión del riesgo	Tasa							Sistema de vigilancia de prevención de IAAS.

Fuente: Elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, enero 2012.

Documento Derogado

7. HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA.

	Nombre indicadores	CLASIFICACIÓN ESTRUCTURA, PROCESO, RESULTADO	Unidad de medida	Estándar de respuesta						FUENTE DE VERIFICACIÓN
				SOBRESALIENTE		ACEPTABLE		CRÍTICO		
HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA	Reingresos en menos de 20 días.	Efectividad	%							Libro de ingresos y egresos
	porcentaje de caídas.	Gestion del riesgo	%	0	0					Instrumento de registro de caídas
	Se documenta en el expediente clínico la evaluación por parte del médico especialista a través de nota evolución, y se verifica la presencia de la evaluación del especialista en el alta por medio de nota de alta o firma en la indicación del alta, según condición del paciente.	Gestion del riesgo	%	100	95	94	90	89	85	Expediente clinico
	En el expediente clínico se evidencia que el médico especialista avala a través de su firma las indicaciones médicas.	Gestion del riesgo	%	100	95	94	90	89	85	Expediente clinico
	porcentaje complicaciones asociadas a procedimientos.	Gestion del riesgo	%	0	1	2	3	4	10	Instrumento de registro de complicaciones
	tasa de infecciones asociada catéter venoso central.	Gestion del riesgo	Tasa							Sistema de vigilancia de prevencion de iaas
	porcentaje de quejas resueltas antes de 15 días.	Satisfacción	%	100	95	94	90	89	85	Instrumento de registro de quejas

Fuente: Elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, enero 2012.

Documento Derogado

8. M. Estándar e indicadores de Consulta Externa.

Cuadro No. 27

Enunciado del estándar 27: Proporcionar atención médica oportuna a todos los pacientes que demanden consulta externa de especialidades por primera vez, con calidad técnica y satisfacción, en los hospitales de II y III nivel del MINSAL.

Estándar No. 27	Indicadores	Formula (Según muestra y período determinado en indicador que aplique)	Fuente Numerador	Fuente del Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
Proporcionar atención médica oportuna a todos los pacientes que demanden consulta externa de especialidades por primera vez, con calidad técnica y satisfacción, en los hospitales de II y III nivel del MINSAL.	Tiempo de espera para obtener una consulta externa de medicina interna.	Promedio de la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la consulta externa de medicina interna.	Agenda de la consulta externa.	Agenda de la consulta externa.	Revisión de la agenda de la consulta externa.	Según los días señalados en la muestra.	mensual
	Tiempo de espera de obtener una consulta externa de ginecología.	Promedio de la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la consulta externa de ginecología.	Agenda de la consulta externa.	Agenda de la consulta externa.	Revisión de la agenda de la consulta externa.	Según los días señalados en la muestra.	mensual
	Tiempo de espera de obtener una consulta externa de obstetricia.	Promedio de la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la consulta externa de obstetricia.	Agenda de la consulta externa.	Agenda de la consulta externa.	Revisión de la agenda de la consulta externa.	Según los días señalados en la muestra.	mensual
	Tiempo de espera para obtener una consulta externa de pediatría.	Promedio de la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la consulta externa de pediatría.	Agenda de la consulta externa.	Agenda de la consulta externa.	Revisión de la agenda de la consulta externa.	Según los días señalados en la muestra.	mensual
	Tiempo de espera para	Promedio de la sumatoria	Agenda de la consulta externa.	Agenda de la consulta externa.	Revisión de la agenda de	Según los días seña	mensual

Documento Derogado

Estándar	Indicadores	Formula (Según muestra y período determinado en indicador que aplique)	Fuente Numerador	Fuente del Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
	obtener una consulta externa de cirugía general.	total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la consulta externa de cirugía general.			la consulta externa.	lados en la muestra.	
	Tiempo de espera para obtener una consulta externa de otorrinolaringología	Promedio de la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la consulta externa de otorrinolaringología	Agenda de la consulta externa	Agenda de la consulta externa	Revisión de la agenda de la consulta externa	Según los días señalados en la muestra	mensual
	Tiempo de espera para obtener una consulta externa de nefrología.	Promedio de la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la consulta externa de nefrología.	Agenda de la consulta externa.	Agenda de la consulta externa.	Revisión de la agenda de la consulta externa.	Según los días señalados en la muestra.	mensual
	Tiempo de espera para obtener una consulta externa de cardiología.	Promedio de la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la consulta externa de cardiología.	Agenda de la consulta externa.	Agenda de la consulta externa.	Revisión de la agenda de la consulta externa.	Según los días señalados en la muestra.	mensual
	Tiempo de espera para obtener una consulta externa de neurocirugía.	Promedio de la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la consulta externa de neurocirugía.	Agenda de la consulta externa.	Agenda de la consulta externa.	Revisión de la agenda de la consulta externa.	Según los días señalados en la muestra.	mensual
	Tiempo de espera para obtener una consulta externa de ortopedia.	Promedio de la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la consulta externa de ortopedia.	Agenda de la consulta externa.	Agenda de la consulta externa.	Revisión de la agenda de la consulta externa.	Según los días señalados en la muestra.	mensual

Documento Derogado

Estándar	Indicadores	Formula (Según muestra y período determinado en indicador que aplique)	Fuente Numerador	Fuente del Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
	Tiempo de espera para obtener una consulta externa de oftalmología.	Promedio de la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la consulta externa de oftalmología.	Agenda de la consulta externa.	Agenda de la consulta externa.	Revisión de la agenda de la consulta externa.	Según los días señalados en la muestra.	mensual
	Tiempo de espera para obtener una consulta externa de gastroenterología.	Promedio de la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la consulta externa de gastroenterología.	Agenda de la consulta externa.	Agenda de la consulta externa.	Revisión de la agenda de la consulta externa.	Según los días señalados en la muestra.	mensual
	Tiempo de espera para obtener una consulta externa de urología.	Promedio de la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la consulta externa de urología.	Agenda de la consulta externa.	Agenda de la consulta externa.	Revisión de la agenda de la consulta externa.	Según los días señalados en la muestra.	mensual
	Tiempo de espera para obtener una consulta externa de neonatología.	Promedio de la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la consulta externa de neonatología.	Agenda de la consulta externa.	Agenda de la consulta externa.	Revisión de la agenda de la consulta externa.	Según los días señalados en la muestra.	Mensual
	Tiempo de espera para obtener una consulta externa de neurología.	Promedio de la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la consulta externa de neurología.	Agenda de la consulta externa.	Agenda de la consulta externa.	Revisión de la agenda de la consulta externa.	Según los días señalados en la muestra.	Mensual

Documento Derogado

Estándar	Indicadores	Formula (Según muestra y período determinado en indicador que aplique)	Fuente Numerador	Fuente del Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
	Porcentaje complicaciones por procedimientos diagnósticos: colposcopia.	Número de complicaciones asociadas a procedimientos _____ x 100 Total de pacientes a los cuales se les realizo procedimientos en el periodo Evaluado	Libro de novedades.	Tabulador de registro diario de consulta.	Indirecto (revisión del libro egreso y de novedades del servicio).	Debe anotar el día del evento según calendario.	Mensual
	Porcentaje de complicaciones por procedimientos diagnósticos endoscópicos.	Número de complicaciones asociadas a procedimientos diagnósticos endoscópicos _____ x 100 Total de pacientes a los cuales se les realizo procedimientos en el periodo evaluado	Instrumento de regístro de complicaciones.	Tabulador de registro diario de consulta.	Indirecto (revisión del libro egreso y instrumento de registro de complicaciones del servicio).	Debe anotar el día del evento según calendario.	Mensual
	Porcentaje de quejas resueltas antes de 15 días	Número de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días/ número total de quejas recibidas _____ X100	Instrumento de registro de quejas resueltas	Instrumento de registro de quejas	Indirecta (Revisión del Libro de quejas resueltas)	Debe anotar el día del evento según calendario.	Mensual

Documento Derogado

Tabla n.° 27
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESTÁNDAR N° 27

MINISTERIO DE SALUD									
Instrumento para evaluar la calidad de la atención recibida en la consulta externa en los hospitales de II y III nivel del MINSAL.									
Región:									
Establecimiento de salud:									
Fecha de la evaluación:									
Periodo de evaluado:									
Responsables de la evaluación:									
Estándar 27: Proporcionar atención médica oportuna a todos los pacientes que demanden consulta externa de especialidades por primera vez, con calidad técnica y satisfacción, en los hospitales de II y III nivel del MINSAL.									
Nombre de indicadores	**Clasificación (Estructura, Proceso, Resultado)**	**Unidad de medida**	**Estándar de respuesta**						**Fuente de información**
			Sobresa-liente		**Acepta-ble**		**Crítico**		
Tiempo de espera para obtener una consulta externa de medicina interna.	Oportunidad	Días	0	30	31	60	61	90	Agenda de la consulta.
Oportunidad de obtener una consulta externa de ginecología.	Oportunidad	Días	0	30	31	60	61	90	Agenda de la consulta.
Tiempo de espera para obtener una consulta externa de pediatría.	Oportunidad	Días	0	30	31	60	61	90	Agenda de la consulta.
Tiempo de espera para obtener una consulta externa de cirugía general.	Oportunidad	Días	0	30	31	60	61	90	Agenda de la consulta.
Oportunidad de obtener una consulta externa de ginecología.	Oportunidad	Días	0	30	31	60	61	90	Agenda de la consulta.
Oportunidad de obtener una consulta externa de obstetricia.	Oportunidad	Días	0	5	6	10	11	30	Agenda de la consulta.
AREAS ESPECIALIZADAS									
Tiempo de espera para obtener una consulta externa de otorrinolaringología.	Oportunidad	Días	0	30	31	60	61	90	Agenda de la consulta.
Tiempo de espera para obtener una consulta externa de nefrología.	Oportunidad	Días	0	30	31	60	61	90	Agenda de la consulta.
Tiempo de espera para obtener una consulta externa de cardiología.	Oportunidad	Días	0	30	31	60	61	90	Agenda de la consulta.
Tiempo de espera para obtener una consulta externa de neurocirugía.	Oportunidad	Días	0	30	31	60	61	90	Agenda de la consulta.

Documento Derogado

Tiempo de espera para obtener una consulta externa de ortopedia.	Oportunidad	Días	0	30	31	60	61	90	Agenda de la consulta.
Tiempo de espera para obtener una consulta externa de oftalmología.	Oportunidad	Días	0	30	31	60	61	90	Agenda de la consulta.
Tiempo de espera para obtener una consulta externa de gastroentero-logía.	Oportunidad	Días	0	30	31	60	61	90	Agenda de la consulta.
Tiempo de espera para obtener una consulta externa de urología.	Oportunidad	Días	0	30	31	60	61	90	Agenda de la consulta.
Tiempo de espera para obtener una consulta externa de neonatología.	Oportunidad	Días	0	30	31	60	61	90	Agenda de la consulta.
Tiempo de espera para obtener una consulta externa de neurología.	Oportunidad	Días	0	30	31	60	61	90	Agenda de la consulta.
% de complicaciones por colposcopia.	Gestión de riesgo	%	0	5	6	10	11	15	Instrumento de registro de com-plicaciones de procedimientos
% de complicaciones por procedimientos endos-cópicos tubo digestivo superior e inferior.	Gestión de riesgo	%	0	5	6	10	11	15	Encuesta de satisfacción.
Proporción de quejas resueltas antes de 15 días	Satisfacción	Unidad	100	95	90	94	89	85	Instrumento de registro de quejas

Fuente: Base de datos elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, enero 2012.

Documento Derogado

N. Estándar e indicadores de Servicio de Sala Quirúrgica.

Cuadro No. 28.

Enunciado del estándar 28: Que todo paciente que requiera un proceso quirúrgico mayor o menor, se le efectúe oportunamente, con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción en los hospitales de II y III nivel del MINSAL.

Estándar No. 28	Indicadores	Formula (Según muestra y período determinado en indicador que aplique)	Fuente Numerador	Fuente del Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
Que todo paciente que requiera un proceso quirúrgico mayor o menor, se le efectúe oportunamente, con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción en los hospitales de II y III nivel del MINSAL.	Porcentaje de pacientes en los cuales se aplicó la lista completa de la cirugía segura (ver anexo No.2).	Número de pacientes en los cuales se aplicó _____ x 100 total de pacientes a los cuales se les realizo procedimientos quirúrgico en el en el periodo evaluado	Lista de chequeo.	Libro registro de sala de operaciones.	Indirecto (revisión de la lista de chequeo).	Según los días señalados en la muestra.	Mensual
	Porcentaje de complicaciones quirúrgicas.	Número pacientes que presentaron complicaciones quirúrgicas _____ x 100 total de pacientes a los cuales se les realizo cirugía en el periodo evaluado	Libro de sala.	Libro de sala.	Indirecto (revisión del libro de sala).	Se debe anotar el día del evento según calendario.	Mensual
	Porcentaje de complicaciones anestésicas.	Número de pacientes con complicaciones anestésicas _____ x 100 total de pacientes a los cuales se les realizo cirugía en el periodo evaluado	Libro de sala Libro novedades.	Libro de sala.	Indirecto (revisión del libro de sala).	Se debe anotar el día del evento según calendario.	Mensual

Documento Derogado

Estándar No. 28	Indicadores	Formula (Según muestra y período determinado en indicador que aplique)	Fuente Numerador	Fuente del Denominador	Método de Recolección	Muestra	Período
	Porcentaje de quejas resueltas antes de 15 días.	Número de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días _____ x 100 Total de quejas recibidas	Instrumento de registro de quejas resueltas.	Instrumento de registro de quejas.	Indirecta (revisión del instrumento de registro de quejas resueltas).	100 %	Mensual
	Porcentaje de personal de sala que cumple con el uso racional y adecuado de vestimenta protectora. (Anexo 11 pag. 144 de lineamientos IAAS).	Número del personal de sala que cumple con el uso racional y adecuado de vestimenta protectora _____ x 100 Total del personal de sala que trabajo en sala sobre el día y hora señalado por la muestra	Lista de chequeo.	Plan de turno de enfermería Programación de médicos y anestesistas asignados a sala de operaciones.	Directa (Lista de chequeo).	Según los días señalados en la muestra.	Mensual

Fuente: Elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, enero 2012.

Documento Derogado

Tabla n.° 28
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESTÁNDAR N° 28

MINISTERIO DE SALUD									
Instrumento para evaluar la calidad de la atención recibida en la sala quirúrjica en los hospitales de II y III nivel del MINSAL.									
Región:									
Establecimiento de salud:									
Fecha de la evaluación:									
Periodo de evaluado:									
Responsables de la evaluación:									
Estándar 28: Que todo paciente que requiera un proceso quirúrgico menor y mayor en quirófano, se le efectúe oportunamente, con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción en los hospitales de II y III nivel del MINSAL.									
Nombre de indicadores	**Clasificación (Estructura, Proceso, Resultado)**	**Unidad de medida**	**Estándar de respuesta**						**Fuente de información**
			Sobresaliente		**Aceptable**		**Crítico**		
% De adherencia (aplicación completa) de lista de verificación de la cirugía segura.	**Gestión el riesgo**	**%**	**100**	**85**	**85**	**80**	**79**	**75**	**Lista de chequeo**
% Complicaciones quirúrgicas en quirófano.	Gestión el riesgo	%	0	1	2	3	4	10	Libro registro de sala de operaciones
% De complicaciones anestésicas en quirófano.	Gestión el riesgo	%	0	1	2	3	4	10	Libro registro de sala de operaciones
% De quejas resueltas antes de 15 días.	Satisfacción	%	100	95	90	94	89	85	Instrumento de registro de quejas
% De personal de sala que cumple con el uso racional y adecuado de vestimenta protectora. (Anexo 11 pag 144 de lineamientos IAAS).	Gestión el riesgo	%	100				90		Lista de chequeo

Fuente: Base de datos elaborado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, enero 2012.

Documento Derogado

Aspectos específicos que el personal debe cumplir para el registro de los estándares No. 25 al 28:

1. Frecuencia de medición: según se señala en los días del mes calendario en forma aleatoria.
2. La dirección del hospital debe asignar un recurso para la medición de los indicadores según corresponda al estándar.
3. Fuentes de verificación: el instrumento de registro de tiempos, Formulario de evaluación rápida, de caidas y de complicaciones, libro de novedades, los libros de ingresos, de egresos, libro de actas, libros de sala de operaciones, agendas de consultas externa y expedientes clínicos según sea necesario.
4. Registrar en el formato correspondiente.

VII. Disposiciones generales

Obligatoriedad

Es responsabilidad del personal involucrado dar cumplimiento al presente Lineamiento técnico, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

Revisión y actualización

Los presentes Lineamientos técnicos deben ser revisados y actualizados por el equipo técnico multidisciplinario, cuando se amerite, debido a cambios administrativos, producto de la implementación de la Reforma de la Salud en El Salvador.

Derogatoria

Déjase sin efecto la Guía Técnica de Mejora Continua de la Calidad aprobada en diciembre del 2008.

De lo no previsto

Lo que no esté previsto en el presente Lineamiento técnico, se debe resolver a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto técnica y jurídicamente.

VIII. Anexos

Forma parte de este documento los anexos siguientes:
Anexo 1: ciclos rápidos PEVA y su documentación.
Anexo 2: lista de verificación de la cirugía segura adaptada de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

IX. Abreviaciones

- HCP: hoja de control perinatal.
- MATEP: manejo activo del tercer período del parto.
- SIP: sistema de información perinatal.

Documento Derogado

X.Terminilogía

- **Aceptable:** contiene los límites en los cuales el desempeño del indicador podría llevarse a una medición sobresaliente con intervenciones de mejora y los valores registrados aparecen de color amarillo.
- **Calidez:** complementa a la calidad técnica y es la relación interpersonal de los proveedores hacia los usuarios en el marco de derechos humanos, basados en el respeto y la empatía.
- **Continuidad:** grado en el cual los usuarios reciben la serie completa de servicios que necesitan sin sufrir interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento.
- **Crítico:** contiene los límites en los cuales el desempeño del indicador en el más bajo esperado y requiere de pronta intervenciones de mejora para evitar riesgo en el usuario y los valores registrados son de color rojo.
- **Gestión de Riesgo**: evalúa la seguridad que el paciente está recibiendo en la atención.
- **Seguridad:** grado de relación entre el conjunto de beneficios a brindar y los riesgos a que se somete el usuario. Estos beneficios y riesgos expresados en términos de normas de la provisión de los servicios.
- **Sobresaliente:** contiene los límites en los cuales el desempeño del indicador es el óptimo y los valores registrados aparecen de color verde.

XI. Vigencia

El presente Lineamiento entrará en vigencia a partir de la fecha de oficialización por parte de la Titular.

San Salvador a los 29 días del mes de febrero de 2012.

María Isabel Rodríguez
Ministra de Salud

Documento Derogado

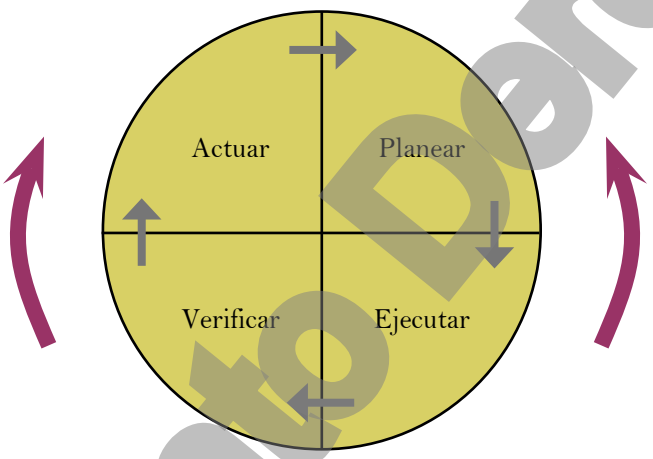
Anexos

Documento Derogado

Anexo N° 1

CICLOS RÁPIDOS PEVA Y SU DOCUMENTACIÓN.

¿Qué estamos tratando de lograr?
¿Cómo sabremos que un cambio realizado produjo una mejora en el proceso?
¿Qué cambios podemos hacer en el proceso para alcanzar el objetivo que queremos lograr? ¿Qué estamos tratando de lograr?



El mejoramiento de la calidad con ciclos rápidos tiene dos componentes:

A) 3 PREGUNTAS FUNDAMENTALES:

- ¿Qué estamos tratando de lograr?
  Debe utilizarse para identificar y documentar una meta de mejora de calidad en el proceso de atención escogido; a ésta meta la llamaremos objetivo, que se refiere al enunciado escrito de los logros esperados en forma numérica, susceptible de medición.

Objetivo de Mejoramiento

- ¿Cómo sabremos que un cambio realizado produjo una mejora en el proceso?

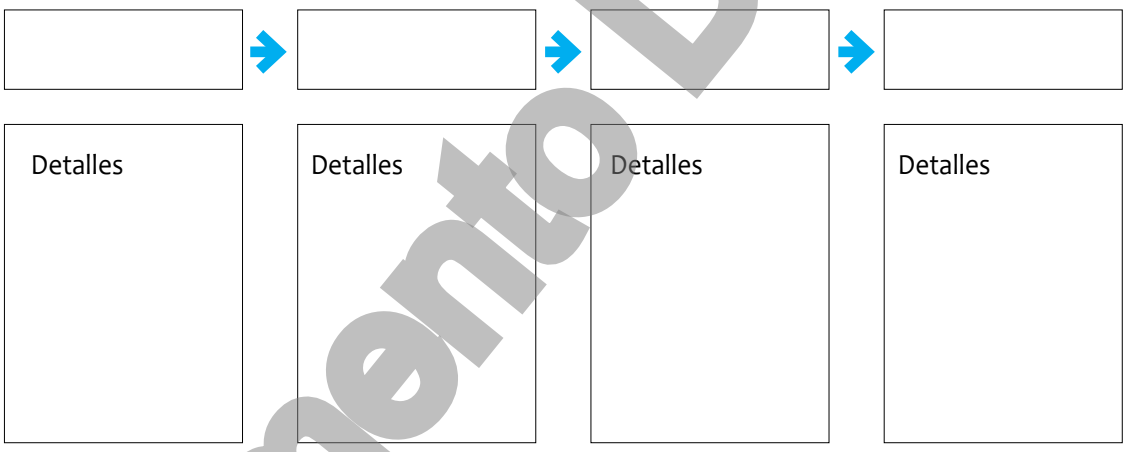
Documento Derogado

Permite la búsqueda de medidas claves o indicadores que determinen el progreso del cumplimiento del objetivo planteado.

Nombre de los indicadores	Formula	Fuente numerador	Fuente denominador	Método de recolección	Umbral	Muestra	Periodicidad

- ¿Qué cambios podemos hacer en el proceso para alcanzar el objetivo que queremos lograr?
  A través de FLUJOGRAMAS se debe de graficar la SITUACIÓN ACTUAL Y REAL del proceso de atención seleccionado, para identificar donde se encuentran las deficiencias, sobre las cuales se deben proponer cambios de mejora.

Debe utilizar un flujograma para hacer análisis del proceso.



Las deficiencias en el proceso de atención, es decir las acciones que no se realizan adecuadamente, los elementos que son incensarios o redundantes, y elementos que deberían estar incluidos en el proceso pero que no lo están; deben ser identificados en forma precisa y planteados de manera adecuada. Por lo tanto se debe elaborar propuestas concretas de cambios en las organizaciones del proceso o en su contenido, lo que llamaremos ideas de cambio.

Fallas del proceso (Descripción del Problema): ¿Qué diferencias hay entre el estándar de atención y en las practicas actuales?	Cambios propuestos (Ideas de cambio)

Documento Derogado

B) CICLO DE MEJORAMIENTO. APLICACIÓN DE LOS CICLOS RÁPIDOS O PEVA.

• **Planear o programar (matríz de apoyo).**

Ciclo rapido de mejora o (PEVA) y su documentación

Hospital: _____
Nombre del Proceso de atención a mejorar: _____
Objetivo de mejoramiento. ¿Qué estamos tratando de lograr?
Nombre del indicador que usará para determinar si hay una mejora.

CICLO DE MEJORA O PEVA (Planificar, Ejecutar, Verificar y Actuar)					
ANALISIS DEL PROBLEMA		**PLANIFICAR**			
FALLOS en la calidad identificados ó (BRECHAS)	Cualés son las CAUSAS probables de los fallos o brechas identificados	Defina las IDEAS DE CAMBIOS ¿Qué vamos a hacer para disminuir los fallos o brechas identificados?	ACTIVIDADES a realizar para disminuir la brecha ¿Cómo vamos a hacer para que los CAMBIOS se cumplan?	Fecha de cumplimiento	Responsables

• **Ejecutar.**
Constituye la puesta en práctica de los cambios y actividades que han sido programadas en el paso anterior. Se debe probar cada cambio de manera separada, permite que se modifique cada intervención antes de implementar los cambios integrados.

En esta fase debe:

- ~ Capacitar al personal que debe desarrollar los cambios propuestos.
- ~ Verificar que el cambio se esté probando conforme al plan.
- ~ Probar el cambio.
- ~ Recopilar los datos sobre el proceso que se está cambiando
- ~ Documentar los cambios que no se incluyeron en el plan original.

Documento Derogado

• **Verificar:**
Resultados Obtenidos:

1ra. Medición	
2ra. Medición	
3ra. Medición	

Resultados de la Medición previo al inicio del ciclo de mejora:

Resultado de la Medición al finalizar el ciclo:

• **Actuar:**
Se debe hacer un resumen y comunicar lo que se aprendió de los pasos realizados para decidir si se debe implementar, modificar o descartar la intervención. Esta decisión se basa en los datos que mide el efecto de la intervención.

De acuerdo a los resultados obtenidos entre el inicio y finalización del ciclo de mejora se debe analizar:
El resultado fue efectivo: _____
Si la intervención genera un mejoramiento y el mejoramiento es suficiente, se debe de implementar la intervención como parte permanente del sistema.

El resultado fue efectivo pero necesita mejoría: _____
Si la intervención genera un mejoramiento, pero ese mejoramiento no es suficiente, debe adaptar la intervención y repetir el ciclo PEVA para probar la intervención revisada.

No fue efectivo, no hubo mejoría: _____
Si la intervención no genera el mejoramiento deseado se debe volver a crear un nuevo ciclo PEVA con intervenciones diferentes que se puedan desarrollar e implementar.

Documento Derogado

Anexo N° 2
LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA SEGURA ADAPTADA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

Nombre del /la paciente: _____
Apellidos: _____
Diagnóstico: _____
Procedimiento: _____
No. Registro: _____
Fecha: _____

Antes de la administración de la anestesia → **Antes de la incisión de la piel** → **Antes que el paciente salga del quirófano**

ENTRADA

☐ **El paciente ha confirmado:**
- Su identidad
- Localización quirúrgica
- La operación
- Consentimiento informado

☐ **Demarcación sitio quirúrgico / no procede.**

☐ **¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?**

☐ **Pulsioxímetro en el paciente en funcionamiento.**

Tiene el paciente: ¿Alergias conocidas?
☐ No ☐ si

¿Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?
☐ No ☐ si, y hay instrumental y equipos / ayuda disponible.

¿Riesgo de hemorragia > 500 ml de sangre (7 ml/kg en niños)?

☐ No ☐ si, y previsto disponibilidad de vía de acceso IV adecuada / líquidos adecuados.

PAUSA

☐ **Confirmar que todos los miembros del quipo se han indentificado por su nombre y función.**

☐ **Cirujano/a, anestesista y enfermera confirman verbalmente identificación del paciente, sitio quirúrgico y el procedimiento**

Anticipación de sucesos críticos:
☐ **El cirujano/a revisa: los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.**

☐ **El/la anestesista revisa: si el paciente presenta algún problema específico.**

☐ **El equipo de enfermería revisa: si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores) y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos.**

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 30/60 minutos?
☐ Si ☐ No procede

¿Se muestran las imágenes dianósticas esenciales?
☐ Si ☐ No procede

SALIDA

La enfermera confirma verbalmente con el equipo:

☐ **Nombre del procedimiento realizado.**

☐ **Conteo de gasas, agujas e instrumental son correctos (o no proceden).**

☐ **Identificación de las muestras biológicas (Incluyendo nombre del paciente) y gestión de las mismas.**

☐ **Si existe algún problema que resolver en relación con el material o los equipos.**

☐ **Cirujano/a, anestesista y enfermera revisan y registran en la historia clínica los principales aspectos en la recuperación y tratamiento del paciente.**

¿Se ha iniciado profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa?
☐ Si ☐ No procede

OBSERVACIONES: _____

Nombre y firma del/la enfermera circular:

FUENTE: Organización Mundial de la Salud. Modificado por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario. 2012.

Documento Derogado

Documento Derogado

Ministerio de Salud