



MINISTERIO DE SALUD  
 DIRECCION GENERAL DE SALUD P  
 DEPARTAMENTO DE INSTALACIONES Y SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACION  
 ESTANDARES DE CALIDAD PARA HOSPITALES DE AREA

Región de Salud: \_\_\_\_\_ Hospital: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Medición No. \_\_\_\_\_

Responsable de la Medición: \_\_\_\_\_

**Instrumento: Urgencia, Hospitalización Gineco-Obstetricia/Sala o Area de labor y partos**

**ATENCIÓN DE URGENCIAS GINECO-OBSTÉTRICAS**

| Estándares de desempeño  | Criterios de verificación |   | Observación |    |    | Comentarios |
|--|---------------------------|---|-------------|----|----|-------------|
|  |                           |   | SI          | NO | NA |             |
| 1.El/la Proveedor/a de salud efectua evaluación o indagación de signos y señales de peligro. | 1.1                       | Hemorragia vaginal  |             |    |    |             |
|  | 1.2                       | Fiebre  |             |    |    |             |
|  | 1.3                       | Visión borrosa o escotomas  |             |    |    |             |
|  | 1.4                       | Convulsiones  |             |    |    |             |
|  | 1.5                       | Dificultad para respirar  |             |    |    |             |
|  | 1.6                       | Ausencia de movimientos fetales despues de la semana 20                         |             |    |    |             |
|  | 1.7                       | Dolor severo de cabeza  |             |    |    |             |
|  | 1.8                       | Dolor severo de abdomen   |             |    |    |             |
|  | 1.9                       | Salida de líquido por vagina  |             |    |    |             |
|  | 1.10                      | Prolapso de cordón umbilical o miembros fetales por vagina                      |             |    |    |             |
|  | 1.11                      | Si existiera al menos 1 signo de peligro, efectúa manejo básico según protocolo |             |    |    |             |
|  | <b>TOTAL</b>              |   |             |    |    |             |
| 2.El/la proveedor/a salud revisa y registra la historia clínica del usuario/a.               | 2.1                       | Nombre, edad y CIP  |             |    |    |             |
|  | 2.2                       | Fecha de último parto   |             |    |    |             |
|  | 2.3                       | Usó métodos anticonceptivos   |             |    |    |             |
|  | 2.4                       | Fecha de última regla   |             |    |    |             |
|  | 2.5                       | Características de los ciclos menstruales                                       |             |    |    |             |
|  | 2.6                       | Otros problemas médicos   |             |    |    |             |
|  | 2.7                       | Uso de medicamentos   |             |    |    |             |
|  | 2.8                       | Antecedentes de la mujer y pareja sobre ITS/VIH-Sida                            |             |    |    |             |
|  | 2.9                       | Edad gestacional  |             |    |    |             |
|  | 2.10                      | Fecha probable de parto   |             |    |    |             |
|  | 2.11                      | Cuándo inició las contracciones   |             |    |    |             |
|  | 2.12                      | Movimientos fetales   |             |    |    |             |
|  | 2.13                      | Se registra en expediente clínico   |             |    |    |             |
|  | <b>TOTAL</b>              |   |             |    |    |             |
|  |                           |   |             |    |    |             |
|  |                           |   |             |    |    |             |
|  |                           |   |             |    |    |             |
|  |                           |   |             |    |    |             |





| Estándares de desempeño  | Criterios de verificación |   | Observación |    |    | Comentarios                                 |
|--|---------------------------|---|-------------|----|----|---|
|  |                           |   | SI          | NO | NA |   |
| 12. Si la usuaria es VIH se verifica el cumplimiento de la administración de antirretrovirales, bajo el esquema normado. | 12.1                      | Si la usuaria llega a Emergencia en fase activa de parto, se administra antirretroviral endovenoso en la dosis recomendada según protocolo                    |             |    |    |   |
|  | 12.2                      | Si no se dispone de antirretroviral endovenoso se utilizara antirretroviral por vía oral en la dosis recomendada según protocolo.                             |             |    |    |   |
|  | <b>TOTAL</b>              |   |             |    |    |   |
| 13. Se cumplen con las indicaciones pertinentes para la atención del parto de las mujeres con VIH                        | 13.1                      | Si el parto vaginal es inminente se hace lo posible para evitar la episiotomía.   |             |    |    |   |
|  | 13.2                      | Si el parto vaginal es inminente se hace lo posible para evitar ruptura de membranas.   |             |    |    |   |
|  | 13.3                      | Se monitorea el trabajo de parto utilizando el partograma.  |             |    |    | De no utilizar partograma colocar No Aplica |
| <b>TOTAL</b>   |                           |   |             |    |    |   |
| 14. El/la proveedor/a de salud realiza la atención del parto en una forma limpia y segura.                               | 14.1                      | Inmediatamente después del nacimiento del recién nacido, verifica hora  |             |    |    |   |
|  | 14.2                      | Palpa el abdomen de la madre para excluir la presencia de un segundo feto   |             |    |    |   |
|  | 14.3                      | La enfermera/o administra 10 U.I de oxitocina intravenosa a la madre después del nacimiento   |             |    |    |   |
|  | 14.4                      | Pinza el cordón cerca del perineo   |             |    |    |   |
|  | 14.5                      | Efectua tracción del cordón umbilical, con ambas manos ayuda la salida de la placenta rotándola sobre si misma, sin traccionar, y verifica si esta completa   |             |    |    |   |
|  | 14.6                      | Verifica que el utero esté contraído y si no realiza masaje uterino   |             |    |    |   |
|  | 14.7                      | Desecha placenta en recipiente con bolsa plástica de color rojo   |             |    |    |   |
|  | 14.8                      | Responde inmediatamente a cualquier complicación identificada durante la atención del parto   |             |    |    |   |
| <b>TOTAL</b>   |                           |   |             |    |    |   |
| 15. El/la proveedor/a salud realiza una evaluación inicial y atención inmediata al recién nacido en forma adecuada.      | 15.1                      | Seca al bebé estimulando con una sabana limpia y seca desde la cabeza a los pies, limpia los ojos, administra profilaxis oftálmica y liga el cordón umbilical |             |    |    |   |
|  | 15.2                      | Elimina la sabana húmeda y cubre al bebé con una limpia y seca, incluyendo  |             |    |    |   |
|  | 15.3                      | Si no inicia la respiración pide ayuda, liga y corta el cordón rápidamente e inicia la reanimación  |             |    |    |   |
|  | 15.4                      | Informa a la madre como está el/la recién nacido/a  |             |    |    |   |
| <b>TOTAL</b>   |                           |   |             |    |    |   |
|  |                           |   |             |    |    |   |
|  |                           |   |             |    |    |   |
|  |                           |   |             |    |    |   |
|  |                           |   |             |    |    |   |

| Estándares de desempeño   | Criterios de verificación |  | Observación |    |    | Comentarios                                 |
|---|---------------------------|--|-------------|----|----|---|
|   |                           |  | SI          | NO | NA |   |
| 16. Los/las recién nacidos/as, son atendidos/as de acuerdo a la norma.  | 16.1                      | Se baña a recién nacido con agua tibia y se seca con toalla limpia y seca                  |             |    |    |   |
|   | 16.2                      | Aplican vitamina K al nacimiento   |             |    |    |   |
|   | 16.3                      | Vacuna con BCG   |             |    |    |   |
|   | 16.4                      | Vacuna con Hepatitis B   |             |    |    |   |
|   | 16.5                      | En recién nacidos de madre con VIH se inicia administración de antirretroviral según norma |             |    |    |   |
|   | 16.6                      | Se atienden complicaciones neonatales según protocolos de atención                         |             |    |    |   |
|   | <b>TOTAL</b>              |  |             |    |    |   |
| 17. En sala de partos se dispone de formularios normados.               | 17.1                      | Expediente clínico   |             |    |    |   |
|   | 17.2                      | Podograma  |             |    |    |   |
|   | 17.3                      | Partograma   |             |    |    | De no utilizar partograma colocar No Aplica |
|   | 17.4                      | Libro de registro de nacimientos   |             |    |    |   |
|   | <b>TOTAL</b>              |  |             |    |    |   |
| 18. El servicio cuenta con los muebles y equipo para su funcionamiento. | 18.1                      | Hay una cama para cada paciente en la sala de trabajo de parto.                            |             |    |    |   |
|   | 18.2                      | Equipo de parto.   |             |    |    |   |
|   | 18.3                      | Armario para guardar los materiales.   |             |    |    |   |
|   | 18.4                      | Básculas.  |             |    |    |   |
|   | 18.5                      | Termómetros digitales y conos para reposición.   |             |    |    |   |
|   | 18.6                      | Estetoscopios.   |             |    |    |   |
|   | 18.7                      | Esfigmomanómetros.   |             |    |    |   |
|   | 18.8                      | Carro de paro (tabla, desfibrilador, ambú, laringoscopio con hojas rectas y curvas)        |             |    |    |   |
|   | 18.9                      | Ambú y laringoscopio neonatal con sus respectivas hojas                                    |             |    |    |   |
|   | 18.10                     | Succión nasofaringe  |             |    |    |   |
|   | 18.11                     | Monitor fetal  |             |    |    |   |
|   | 18.12                     | Fetoscopio/doppler   |             |    |    |   |
|   | 18.13                     | Lámparas cuello de ganso funcionando.  |             |    |    |   |
|   | 18.14                     | Silla de ruedas  |             |    |    |   |
|   | 18.15                     | Camilla de transporte con barandales   |             |    |    |   |
|   | 18.16                     | Recipiente con bolsa plástica para desechos comunes.                                       |             |    |    |   |
|   | 18.17                     | Recipiente con bolsa plástica para desechos contaminados.                                  |             |    |    |   |
|   | 18.18                     | Lavamanos con agua y grifo que funcione.   |             |    |    |   |
| <b>TOTAL</b>  |                           |  |             |    |    |   |
|   |                           |  |             |    |    |   |
|   |                           |  |             |    |    |   |
|   |                           |  |             |    |    |   |
|   |                           |  |             |    |    |   |



| Estándares de desempeño   | Criterios de verificación |   | Observación |    |    | Comentarios |
|---|---------------------------|---|-------------|----|----|-------------|
|   |                           |   | SI          | NO | NA |             |
| <b>BIOSEGURIDAD</b>   |                           |   |             |    |    |             |
| 23. El /la proveedor/a cumple con las normas de Bioseguridad  | 23.1                      | Se lava las manos con agua y jabón y se seca con toalla desechable y/o usa gel con alcohol antes y después de examinar a todo paciente                    |             |    |    |             |
|   | 23.2                      | El lavado de manos se hace en los 5 momentos recomendados.  |             |    |    |             |
|   | 23.4                      | Utiliza guantes si existe riesgo de exposición a sangre y fluidos corporales.   |             |    |    |             |
|   | 23.5                      | Utiliza bata desechable si existe riesgo de exposición a sangre y fluidos corporales.   |             |    |    |             |
|   | 23.6                      | Utiliza guantes estériles en caso de examinar piel abierta, membranas, mucosas o al realizar procedimientos invasivos.                                    |             |    |    |             |
|   | 23.7                      | El personal de salud utiliza adicionalmente bata desechable, lentes protectores y mascarilla al atender a la paciente. ( Si el procedimiento lo requiere) |             |    |    |             |
|   | 23.8                      | Descarta material punzocortante contaminado en recipiente rígido imperforable.  |             |    |    |             |
|   | 23.9                      | Limpia y descontamina termómetros y cambia conos entre cada paciente  |             |    |    |             |
|   | 23.10                     | Si el proveedor utiliza instrumental, lo somete a limpieza y desinfección.  |             |    |    |             |
|   | 23.11                     | Descarta los guantes y material contaminado en un recipiente específico para desechos contaminados con bolsa roja.  |             |    |    |             |
|   | <b>TOTAL</b>              |   |             |    |    |             |
| 24. El Personal de enfermería y/o de aseo (trabajador manual) cumplen con las normas de Bioseguridad. | 24.1                      | El instrumental utilizado se limpia y descontamina (según la norma)   |             |    |    |             |
|   | 24.2                      | El instrumental se envía a la Central de equipos para completar el proceso de desinfección y esterilización.  |             |    |    |             |
|   | 24.3                      | Se cambia el recipiente para eliminación de punzocortantes al estar llena las 3/4 partes de su capacidad.   |             |    |    |             |
|   | 24.4                      | Se deposita la ropa sucia o contaminada en bolsas plásticas rotuladas que la identifiquen como potencialmente infectante.                                 |             |    |    |             |
|   | 24.5                      | Se utilizan guantes gruesos de caucho que cubran hasta el antebrazo al manipular instrumental y ropa contaminada como medida de protección universal      |             |    |    |             |
|   | 24.6                      | Se limpian y descontaminan diariamente baños y superficies con desinfectante recomendado en dilución adecuada.  |             |    |    |             |
|   | 24.7                      | Se limpian y descontaminan diariamente pisos con desinfectante en dilución adecuada.  |             |    |    |             |
|   | 24.8                      | El personal responsable, utiliza guantes gruesos de caucho que cubran hasta el antebrazo para realizar las tareas de limpieza y descontaminación.         |             |    |    |             |

| Estándares de desempeño   | Criterios de verificación |  | Observación |    |               | Comentarios |
|---|---------------------------|--|-------------|----|---------------|-------------|
|   |                           |  | SI          | NO | NA            |             |
|   | 0.1                       | El personal responsable coloca diariamente los recipientes para eliminación de desechos comunes y contaminados con su respectiva bolsa en cada área de atención. |             |    |               |             |
|   | <b>TOTAL</b>              |  |             |    |               |             |
| 25. Existe baño y servicio sanitario en funcionamiento, y con facilidades para personas con discapacidades. | 25.1                      | Disponen de servicio sanitario en funcionamiento por separado para hombres, mujeres y están rotulados  |             |    |               |             |
|   | 25.2                      | Puerta con seguridad   |             |    |               |             |
|   | 25.3                      | Lavamanos con agua y grifo que funcione  |             |    |               |             |
|   | 25.4                      | Inodoro con agua y depósito que funcione   |             |    |               |             |
|   | 25.5                      | Ducha con agua que funcione  |             |    |               |             |
|   | 25.6                      | Cuentan con accesorios de seguridad (pasamanos)  |             |    |               |             |
|   | 25.7                      | Cuentan con pisos antideslizantes  |             |    |               |             |
|   | 25.8                      | Jabón líquido para manos   |             |    |               |             |
|   | 25.9                      | Papel toalla   |             |    |               |             |
|   | 25.10                     | Papel higiénico  |             |    |               |             |
|   | 25.11                     | Las puertas, espacios y facilidades son adecuadas para personas con discapacidad   |             |    |               |             |
|   | 25.12                     | Recipiente con bolsa plástica para desechos  |             |    |               |             |
|   |                           | <b>TOTAL</b>   |             |    |               |             |
|   |                           |  | Estándares  |    |               |             |
|   |                           |  | Total       |    | 25            |             |
| Para darle validez a este documento sírvase firmar donde corresponda:                                       |                           |  |             |    | Observados    |             |
| Firma de la persona que acompaña esta medición  | Puesto : _____            |  |             |    | No aplican    |             |
| Firma y sello de la autoridad que da fe de la realización de  | Puesto : _____            |  |             |    | Alcanzados    |             |
| Firma de la persona que realiza esta medición   | Puesto : _____            |  |             |    | No Alcanzados |             |