

GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL DE LA REPÚBLICA DOMINICANA



Guía para la evaluación de la adherencia a los protocolos de atención obstétrica y neonatal de la República Dominicana

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

SANTO DOMINGO
REPÚBLICA DOMINICANA
2019

Título original:

Guía metodológica para la evaluación de la adherencia a los protocolos de atención obstétrica y neonatal en establecimientos de salud de la red de hospitales públicos de la República Dominicana

Título de esta edición revisada y modificada:

Guía para la evaluación de la adherencia a los protocolos de atención obstétrica y neonatal de la República Dominicana.

Citar:

República Dominicana, Ministerio de Salud Pública; Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Guía para la evaluación de la adherencia a los protocolos de atención obstétrica y neonatal de la República Dominicana. Santo Domingo, D.N.: MSP; 2019.

ISBN: 978-9945-591-75-0

Ministerio de Salud Pública

Av. Dr. Héctor Homero Hernández, Esq. Av. Tiradentes, Ens. La Fe Santo Domingo, R.D.

© Ministerio de Salud Pública, 2019.

Esta publicación fue elaborada con la cooperación técnica y financiera de la OPS/OMS.

Diseño y diagramación:

Tony Núñez y Asociados

Impresión:

Tony Núñez y Asociados

1000 ejemplares

Impreso en la República Dominicana

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Dr. Rafael Sánchez Cárdenas
Ministro de Salud Pública

Dr. Héctor Maceo Quezada Ariza
Viceministro de Salud Colectiva

Dr. Francisco Neftalí Vásquez Bautista
Viceministro de Garantía de la Calidad

Dr. Juan José Santana Medrano
Viceministro de Planificación y Desarrollo

Revisado por:

Ministerio de Salud Pública

Luz Herrera Brito
Técnico área Materno Infantil

**Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud**

Luis M. Urbina. T
Asesor de Salud Materna y Reducción
de Mortalidad Materna

Participantes de la actualización de las listas de chequeo de la Guía para la evaluación de la adherencia a los protocolos de atención obstétrica y neonatal de la República Dominicana. MSP, 2019.

Ministerio de Salud Pública

- **Dr. Luz Herrera Brito.**
Pediatra, asesora del despacho del Ministro de Salud.
- **Dra. Yudelka Lerebours.**
Gineco obstetra, técnica del área materna, DIMIA.
- **Dr. Juan Carlos de Jesús.**
Encargado de la DIMIA.
- **Dra. Olga Arroyo.**
Pediatra, técnica del área infantil, DIMIA.
- **Dra. Indiana Barinas.**
Asistente del Departamento de Salud y Familia.
- **Dra. Francini Placencia.**
Directora de Monitoreo y Evaluación de la Calidad de los Servicios. VMGC.

Servicio Nacional de Salud

- **Dra. Yuderkis Moreno Ramírez.**
Coordinadora materna.
- **Dr. Donatilo Santos.**
Asesor materno infantil.
- **Dra. Mildred Mercedes Feliz Peguero.**
Coordinadora infantil.
- **Dra. Fátima C. Ventura N.**
Analista clínica.

Servicio Regional de Salud Metropolitano, SNS

- **Dr. Michael Trinidad Batista.**
Gineco obstetra, Coordinación materno infantil.
- **Dra. Johana Gómez.**
Perinatóloga, Coordinación infantil.
- **Dr. Engels Marte J.**
Gineco obstetra, técnico materno infantil.

Hospital de la Mujer Dominicana, SRSMS-SNS

- **Dr. Roberto Rondón.**
Director del hospital.
- **Dr. José C. Olea L.**
Gerente de obstetricia.
- **Dra. Leonora D´Esposito.**
Gerente de Perinatología.
- **Dra. Dalgis Patricia Fernández.**
Jefa de Residentes de Perinatología.

Sociedad Dominicana de Pediatría

- **Dr. Pedro Marte. Perinatólogo.**
Presidente del capítulo de Neonatología.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

- **Dr. Luis M. Urbina T.**
Asesor de Salud Materna y Reducción de Mortalidad Materna.



—

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Lic. Chanel Rosa Chupany

Director Ejecutivo Servicio Nacional de Salud

Elaborado por:**Gloria Milena Gracia Charry**Magíster en Salud Pública, Epidemióloga
Consultora externa de la OPS/OMS
República Dominicana**Revisado por:****Servicio Nacional de Salud****Luz Herrera Brito**

Técnico área Materno Infantil

**Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud****Hernán Rodríguez González**

Asesor Sistemas y Servicios de Salud

Luis. M. Urbina. TAsesor de Salud Materna y Reducción
de Mortalidad Materna**Rosario Guzmán**

Consultora Nacional Gestión del Conocimiento

Participantes**Servicio Nacional de Salud**

Servicio Regional Metropolitano

Hospital Materno Infantil San Lorenzo
de Los Mina

Hospital Reynaldo Almánzar

Hospital Maternidad Nuestra Señora
de la AltagraciaHospital General de Andrés, Boca
Chica

Centro de Primer Nivel «La Isabelita»

Hospital de la Mujer

Hospital Presidente Estrella Ureña

Ministerio de Salud PúblicaViceministerio de Garantía de la
Calidad, Dirección de Monitoreo
y Evaluación de la Calidad de los
ServiciosViceministerio de Garantía de la
Calidad, Dirección de Normas y
Protocolos de SaludViceministerio de Salud Colectiva,
División de Salud Materno Infantil y
Adolescentes**Sociedades científicas**Sociedad Dominicana de Obstetricia
y Ginecología

Sociedad Dominicana de Pediatría

Sociedad Dominicana de
Perinatología**Organismos internacionales**

OPS/OMS

UNFPA

UNICEF

Otras instituciones participantes

Seguro Nacional de Salud

Universidad Autónoma de Santo
Domingo, Facultad de Ciencias de
la Salud, Programa de Residencias
Médicas



—

CONTENIDO

ACRÓNIMOS, SIGLAS Y ABREVIATURAS	9
INTRODUCCIÓN	11
1. ANTECEDENTES	19
2. INDICADORES DE ATENCIÓN MATERNA	23
2.1 Otros indicadores relacionados con la atención materna	23
3. MORTALIDAD MATERNA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA	29
3.1 Caracterización de la Mortalidad Materna	30
4. MORTALIDAD INFANTIL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA	35
5. CONTEXTO NORMATIVO	39
5.1 Sistema Dominicano de Seguridad Social.	39
5.2 Sistema Dominicano para la Calidad.	39
5.3 Contexto normativo en salud materna y neonatal.	40
5.4 Protocolos y guías que se encuentran normados y serán objeto de evaluación:	41
6. ASPECTOS CONCEPTUALES DEL PROCESO DE EVALUACIÓN	45
6.1 Conceptualización del proceso	45
7. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS Y GUÍAS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL	49
8. METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS	61
9. ASPECTOS ESPECÍFICOS A TENER EN CUENTA POR PROTOCOLO	69
10. ANEXOS	105
BIBLIOGRAFÍA	119



—

ACRÓNIMOS, SIGLAS Y ABREVIATURAS

ARL

Administradora de riesgos laborales

ARS

Administradora de riesgos de salud

ASIS

Análisis de situación de salud

CEAS

Centros especializados de atención en salud

CPN

Centro de primer nivel

DGHA

Dirección general de habilitación y acreditación

DNRT

Dirección de normas y reglamentos técnicos

DIGEPI

Dirección general de epidemiología

DIMIA

División materno infantil y adolescentes

ENDESA

Encuesta Nacional de Demografía y Salud

MSP

Ministerio de Salud Pública

OMS

Organización Mundial de la Salud

OPS

Organización Panamericana de la Salud

PEVA

Planificar, Ejecutar, Verificar, Actuar

PSS

Prestadoras de servicios de salud

SNS

Ministerio de Salud Pública

SDSS

Sistema Dominicano de Seguridad Social

SENASA

Seguro Nacional de Salud

SISALRIL

Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales

UGC

Unidad Guías Clínicas y Protocolos de atención

UNAP

Unidad de atención primaria

VMGC

Viceministerio de Garantía de la Calidad

VMSC

Viceministerio de Salud Colectiva



—

INTRODUCCIÓN

La salud materna y de los recién nacidos son una prioridad en la República Dominicana, como garantía de los derechos de toda la ciudadanía y en especial de las poblaciones en condición de mayor vulnerabilidad e inequidad.

El Ministerio de Salud Pública, órgano rector de la salud en la República Dominicana toma este esfuerzo conjunto iniciado por el Servicio Nacional de Salud (SNS) y la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) sobre la evaluación de la adherencia a los protocolos de atención obstétrica y neonatal en establecimientos de salud de la red de hospitales públicos para ampliar su ámbito de aplicación a los servicios y establecimientos de salud privados, patronatos y ONG que oferten servicios materno infantiles y neonatales.

El Ministerio de Salud Pública está altamente comprometido en que la población dominicana reciba atención en salud estandarizada en base a los reglamentos, normas, guías de práctica clínica, protocolos y manuales basados en la mejor evidencia científica disponible al momento para eliminar el flagelo de los inapropiados indicadores de mortalidad materna y neonatal que actualmente tiene el país.

Esta guía responde al Objetivo Estratégico 3 del documento marco Alianza Nacional para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil lanzado por el Ministerio de Salud Pública en mayo del presente año, el que establece «Ampliar el acceso y la cobertura efectiva en salud reproductiva, materna y neonatal enfocada en mejoramiento de la calidad y en las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal». Uno de los indicadores de proceso de ese objetivo estratégico es el «Porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad de la atención materna e infantil, acorde a los protocolos y guías de práctica clínica del Ministerio de Salud».

Esa es la razón para focalizar las acciones en la mejora de los principales procesos de atención y causas de morbimortalidad materna y neonatal que se encuentran en esta guía de acuerdo con el continuo de la atención. Estos son, Maternos: Control prenatal, Atención del parto, Atención de complicaciones obstétricas (hipertensión del embarazo, hemorragia posparto, aborto, embarazo ectópico, desprendimiento prematuro de placenta). Neonatales: Síndrome de dificultad respiratoria y Sepsis neonatal.

En la experiencia obtenida en el Colaborativo de aprendizaje de adherencia a protocolos de atención en hospitales formadores de especialistas en gineco obstetricia y sub especialistas en perinatología de tres maternidades del Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM), una de la Región Nor central y otra de la Región Este, así como en varias maternidades del Servicio Regional de Salud del Cibao Occidental (SRSCO), se han identificado oportunidades de mejora que han permitido el desarrollo de diferentes estrategias para lograr una mayor calidad en la atención de las mujeres en estado grávido puerperal y de sus recién nacidos. En esta guía se aprovechó para mejorar las listas de chequeo de cada proceso o patología, haciéndolas más precisas y reduciendo la variabilidad.

La presente guía contiene los indicadores de atención materna infantil y neonatal en el país, el contexto normativo, los objetivos, los aspectos conceptuales del proceso de evaluación, y la metodología e instrumentos para evaluar la adherencia a los protocolos de atención obstétrica y neonatal, así como el desarrollo de acciones para avanzar en la mejora continua de la calidad.



“Año de la Innovación y la Competitividad”

RESOLUCIÓN NO. _____

00011

25-09-19

QUE PONE EN VIGENCIA LA «GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REPÚBLICA DOMINICANA».

CONSIDERANDO: Que la Rectoría del Sistema Nacional de Salud está a cargo del Ministerio de Salud y sus expresiones territoriales, locales y técnicas. Esta rectoría será entendida como la capacidad política de este Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de máxima autoridad nacional en aspectos de salud, para regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias; concertar intereses; movilizar recursos de toda índole; vigilar la salud y coordinar acciones con las diferentes instituciones públicas y privadas, así como otros actores sociales comprometidos con la producción de la salud, para el cumplimiento de las políticas nacionales de salud.

CONSIDERANDO: Que los Ministros de Estado podrán dictar disposiciones y reglamentaciones sobre los servicios a su cargo, de carácter interno; siempre que no colinden con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

CONSIDERANDO: Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del Sistema Nacional de Salud, establecidas por la Ley General de Salud, es la de formular las políticas, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones, competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector, es el encargado de establecer los lineamientos, estrategias y procedimientos que rigen al Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la salud materna e infantil, fortaleciendo las estructuras que conducen a la realización de acciones para la promoción de la salud, la prevención, la atención integral y la rehabilitación de la misma. Rog

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha puesto en vigencia protocolos de atención para diversos eventos clínicos, ordenando en sus resoluciones a todos los servicios de salud públicos, privados, patronatos y Organizaciones No Gubernamentales, a acatar el uso de protocolos de atención para los principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para la mejoría continua de la calidad en los servicios prestados.

CONSIDERANDO: Que bajo Resolución No.000010 del 30 de marzo del año 2016 el Ministerio de Salud Pública puso en vigencia los Protocolos de Atención para Diversos Eventos Clínicos entre los cuales se encuentran los Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología y los Protocolos de Atención para Pediatría.

,00011

25-09-19

CONSIDERANDO: Que estos protocolos contienen la atención apropiada para los diferentes procesos y patologías que constituyen las principales causas de muertes maternas y neonatales en el país.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública es el órgano rector de la salud en la República Dominicana, siendo el Viceministerio de Garantía de la Calidad el encargado de dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de estos protocolos de atención, entre otros.

CONSIDERANDO: Que conforme al artículo 6 de la Ley No. 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud, es atribución de su Dirección Ejecutiva establecer regulaciones complementarias para la supervisión y el apoyo al desarrollo de los Servicios Regionales de Salud y redes de servicios de atención, de diagnóstico y tratamiento, a la vez que defina los modelos de supervisión, monitoreo y evaluación del cumplimiento de estas regulaciones.

CONSIDERANDO: Que el Servicio Nacional de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) elaboró y lanzó con la DISPOSICIÓN No. SNS-EE-050518 firmada y sellada el 12 de abril de 2018 la "GUÍA METODOLÓGICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE HOSPITALES PÚBLICOS DE LA REPÚBLICA DOMINICANA" en seguimiento al cumplimiento de la Resolución Ministerial 000010 del 30 de marzo de 2016.

CONSIDERANDO: Que es necesario ampliar el ámbito de aplicación de la guía, el cual inició exclusivamente con los establecimientos públicos de salud.

CONSIDERANDO: Que bajo Resolución 000004 del 27 de mayo del año 2019 el Ministerio de Salud Pública puso en vigencia el DOCUMENTO MARCO: ALIANZA NACIONAL PARA ACELERAR LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL, cuyo Objetivo Estratégico 3 establece "Ampliar el acceso y la cobertura efectiva en salud reproductiva, materna y neonatal enfocada en mejoramiento de la calidad y en las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal", teniendo como uno de los indicadores de proceso el Porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad de la atención materna e infantil, acorde a los protocolos y guías de práctica clínica del Ministerio de Salud.

VISTA: La Constitución de la República Dominicana, de fecha 26 de enero del 2010.

VISTA: La Ley General de salud No. 42-01, de fecha 8 de marzo del 2001 y sus Reglamentos de Aplicación.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, No. 87-01

VISTA: La Ley 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud, adscrito al Ministerio de Salud Pública, con una Dirección General y sus respectivas expresiones territoriales regionales de carácter desconcentrado, promulgada en fecha 17 de julio del 2015.

VISTA: La Ley No. 12-01 de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, de fecha 25 de enero del 2012.

00011

25-09-19

VISTA: La Ley Orgánica de Administración Pública No. 247-12, del 14 de agosto del 2012.

VISTO: La Resolución No.000010 del 30 de marzo del año 2016 el Ministerio de Salud Pública puso en vigencia los Protocolos de Atención para Diversos Eventos Clínicos entre los cuales se encuentran los Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología y los Protocolos de Atención para Pediatría.

VISTO: La DISPOSICIÓN No. SNS-EE-050518 firmada y sellada el 12 de abril de 2018 la "GUÍA METODOLÓGICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE HOSPITALES PÚBLICOS DE LA REPÚBLICA DOMINICANA" en seguimiento al cumplimiento de la Resolución Ministerial 000010 del 30 de marzo de 2016.

VISTO: La Resolución No.000004 del 27 de mayo del año 2019 el Ministerio de Salud Pública puso en vigencia el DOCUMENTO MARCO: ALIANZA NACIONAL PARA ACELERAR LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL,

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

PRIMERO: Se pone en vigencia la «GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REPÚBLICA DOMINICANA».

PÁRRAFO: La «GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE HOSPITALES PÚBLICOS DE LA REPÚBLICA DOMINICANA», a partir de esta Resolución Ministerial y en lo sucesivo para reediciones y/o actualizaciones se denominará «GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REPÚBLICA DOMINICANA».

SEGUNDO: Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG que oferten servicios materno-infantiles y neonatales, a que conformen los comités de autoevaluación para la vigilancia del cumplimiento de protocolos, con énfasis en la elaboración y ejecución de planes de mejora, aplicando la «GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REPÚBLICA DOMINICANA».

TERCERO: Instruir a la División Materno Infantil y Adolescencia (DIMIA) junto a la Dirección de Monitoreo y Evaluación de la Calidad de Atención del Viceministerio de Garantía de la Calidad, quienes coordinadamente serán los encargados de organizar, apoyar y acompañar a las Direcciones Provinciales de Salud, quienes serán los responsables directos de la evaluación

*00011

25-09-19

externa de los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG que oferten servicios materno infantiles y neonatales para asegurar la adherencia a los protocolos de atención a través de la aplicación de listas de chequeo a expedientes clínicos en los procesos de atención y patologías seleccionadas contenidos en la presente guía.

CUARTO: Se designa a la Oficina de Acceso a la Información a publicar en el portal WEB Institucional de este Ministerio de Salud, el contenido de la presente Resolución.

DADA, FIRMADA Y SELLADA, en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los VEINTICINCO (25) días del mes de SEPTIEMBRE del año dos mil diecinueve (2019).


DR. RAFAEL AUGUSTO SÁNCHEZ CÁRDENAS
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

1

ANTECEDENTES



1. ANTECEDENTES

La República Dominicana comparte la isla La Española con Haití, ocupando algo más de los dos tercios orientales, con 48,670 km². Para el año 2017, se estima una población de 10,648,791 habitantes, de los cuales el 51.1% son mujeres y el 49.9% hombres, con una densidad de 219 habitantes por km² y una tasa de crecimiento poblacional anual de 1.4%.

Según indicadores del año 2015, la esperanza de vida al nacer es de 73,9 años (77.1 para las mujeres y 70.9 para los hombres). El 79.84% de la población total reside en zonas urbanas. El porcentaje de analfabetismo en mujeres de 15 y más años es del 7.7% y la de desocupación de 7%.

A partir de la implementación del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), la población afiliada al seguro familiar de salud ha aumentado, pasando de 1,039,738 en el año 2003 a 7,449,280 en el año 2017; sin embargo, la afiliación entre los años 2003 y 2017 aumentó en el subsidiado del 5.1% al 34,5%.

Según la ENDESA 2013, el 11% de mujeres casadas o unidas reportaron necesidad no satisfecha de planificación familiar y el 72% de mujeres en edad fértil usaba algún método anti-conceptivo, correspondiendo el 70% a métodos modernos.

PARA TENER EN CUENTA

Para el año 2016, aproximadamente el 70% del total de la población del país se encontraba afiliada al SDSS.



La ENDESA 2013 registró un comportamiento sobresaliente de indicadores relacionados con la atención en salud de mujeres gestantes, en aspectos como controles prenatales por profesional de la salud (enfermera o médico), asistencia a controles prenatales y cobertura de la atención hospitalaria del parto y el posparto.



2

INDICADORES DE ATENCIÓN MATERNA



2. INDICADORES DE ATENCIÓN MATERNA

- ▶ Cobertura de atención prenatal: 98.9%
- ▶ Atención prenatal por gineco obstetra: 75%
- ▶ Embarazos con primer control durante el primer trimestre: 83.1%.
- ▶ Asistencia a 4 o más controles prenatales: 92.9%
- ▶ Atención del parto por profesional: 97.8%
- ▶ Atención institucional del parto: 97.5%; 70% en establecimientos públicos

Fuente: ENDESA 2013

El comportamiento de estos indicadores de cobertura no se corresponde con la razón de mortalidad materna registrada en el país en el año 2016, de 90.1 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos. Esta cifra fue mayor a la establecida en la meta número 6 del Plan Decenal de Salud 2006 – 2015 de reducir este indicador a 57 muertes maternas por cien mil nacidos vivos (reducción en 3/4 partes).

2.1 Otros indicadores relacionados con la atención materna

Para el año 2013, la proporción de cesáreas en el país fue del 56%, casi cuatro veces mayor que el estándar internacional (15%). Las cesáreas se realizaron en un 87% en el sector privado y en un 46% en el público; siendo mayor entre las mujeres más educadas, con edades comprendidas entre 35 y 49 años o en el quintil más alto de riqueza, y menos frecuente en las mujeres con menor nivel de instrucción, con 6 o más nacimientos o las del quintil menor de riqueza. Las regiones con menor proporción de nacimientos por cesárea son la IV-Enriquillo (41%) y la VI-El Valle (37%).

La ENDESA 2013 identificó desigualdades para recibir atención en salud durante el embarazo, principalmente en:

- Mujeres que cursaban su sexto o más embarazo (7%).
- Mujeres sin educación (5%).
- Mujeres pertenecientes al quintil inferior de riqueza (2%).
- Mujeres residentes en la Región VI de Salud (2%).

Solo el 5% de las mujeres sin educación o con 1 a 4 años de educación primaria tuvieron atención del parto en instituciones privadas.

El 92% de las mujeres pertenecientes al quintil inferior de riqueza, tuvieron atención de parto en establecimientos del sector público.

Las regiones de salud con las menores coberturas de atención por gineco obstetras son la IV-Enriquillo (62%), la VI-El Valle (66 %) y la VII-Cibao Occidental (65%).



RECUERDE

La República Dominicana se encuentra dividida en nueve regiones de salud, distribuidas por provincias de la siguiente forma:

Región 0: Santo Domingo Este, Santo Domingo Norte, Distrito Nacional Este, Distrito Nacional Oeste, Santo Domingo Oeste y Monte Plata.

Región I: Peravia, San Cristóbal y San José de Ocoa.

Región II: Espaillat, Puerto Plata y Santiago.

Región III: Duarte, Hermanas Mirabal, María Trinidad Sánchez y Samaná.

Región IV: Bahoruco, Barahona, Independencia y Pedernales.

Región V: El Seibo, Hato Mayor, La Altagracia, La Romana y San Pedro de Macorís.

Región VI: Azua, Elías Piña y San Juan.

Región VII: Dajabón, Montecristi, Santiago Rodríguez y Valverde.

Región VIII: La Vega, Monseñor Nouel y Sánchez Ramírez.



3

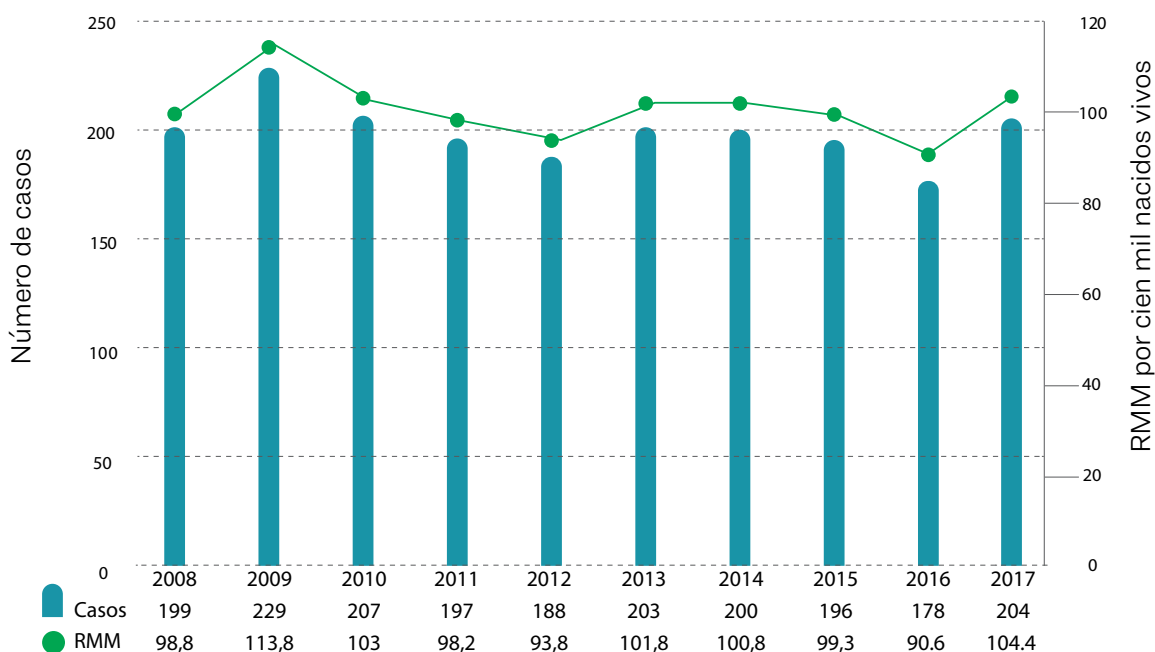
MORTALIDAD MATERNA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA



3. MORTALIDAD MATERNA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

La mortalidad materna en el país no registró mayores variaciones durante el periodo 2008 – 2015. Para el año 2016, se observa una reducción de 18 casos en comparación con lo reportado en el año 2015, con una RMM de 90.6 muertes por cien mil nacidos vivos, cifra que se constituye en la más baja del período analizado para volver a incrementarse a 204 muertes maternas en el año 2017, para una razón de muerte materna de 104.4 por cada cien mil nacidos vivos. (Figura 1).

FIGURA 1. CASOS Y RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA 2008 – 2017



Fuente: 2008-2017 Registro de Estadísticas vitales (certificado médico de defunción) integrando información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud.

PARA TENER EN CUENTA

Según el Ministerio de Salud Pública el aumento en la razón de mortalidad materna en el año 2009 está relacionado con muertes por neumonías asociadas al virus de la influenza H1N1.

3.1 Caracterización de la Mortalidad Materna

En el año 2017, el 71% de los casos de muerte materna ocurrieron en el posparto, el 27% durante el embarazo y el 2% en el momento del parto (vaginal o cesárea).

- ▶ Entre los años 2015 y 2017 se observó una disminución de 23% en el número de muertes maternas ocurridas en mujeres menores de 20 años.
- ▶ Para este mismo período se registró un incremento de 33% en el número de muertes maternas presentadas en mujeres mayores de 40 años sin prácticamente variaciones durante el año 2017.
- ▶ El 57% de las muertes en el 2016, se presentaron en diez hospitales públicos del país, de los cuales cinco se encuentran ubicados en la Región Metropolitana y concentran el 33% de los casos. En la mayoría de los casos, las mujeres fueron referidas a estas instituciones con complicaciones graves.
- ▶ En el 2017, el 75% de las muertes maternas en la República Dominicana estuvieron relacionadas con causas obstétricas directas como trastornos hipertensivos del embarazo (36%), hemorragia (10%), sepsis (5%), embarazo terminado en aborto (9%) y complicaciones del puerperio (7%).

Para el año 2017 siete de las nueve regiones del país tuvieron razón de mortalidad materna superior a 100 por cada cien mil nacidos vivos y 5 de ellas por encima de la RMM nacional de 104 por cada 100,000 nacidos vivos.

Razón de Mortalidad Materna según región de salud de residencia de la fallecida República Dominicana 2016- 2017

Región de Residencia	2016			2017		
	NV	MM	RMM	NV	MM	RMM
0 Metropolitana	77,323	66	85	76,930	83	108
I Valdesia	17,448	19	109	17,359	18	104
II Cibao Norte	28,317	22	78	28,173	30	106
III Cibao Nordeste	11,875	10	84	11,815	5	42
IV Enriquillo	8,286	10	121	8,244	10	121
V Este	22,064	23	104	21,952	26	118
VI El Valle	9,962	10	100	9,912	11	111
VII Cibao Occidental	7,635	7	92	7,596	7	92
VIII Cibao Central	13,500	11	81	13,432	14	104
REPUBLICA DOMINICANA	196,410	178	90	195,412	204	104

TENGA EN CUENTA

El Gobierno dominicano definió dentro de las metas presidenciales la de «Reducir la mortalidad materna para el año 2020 a 70 por cada 100,000 nacidos vivos». En el primer año (2016), se logró una reducción de 9.2 en la Razón de Mortalidad Materna.



4

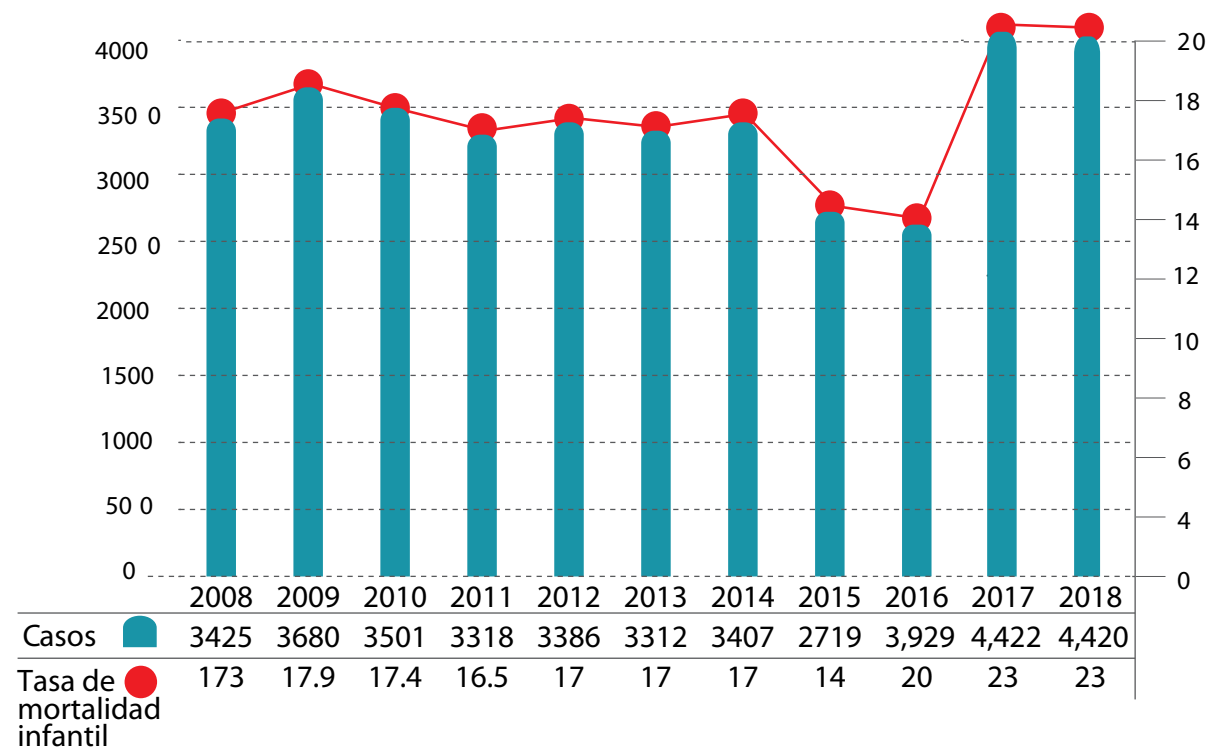
MORTALIDAD INFANTIL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA



4. MORTALIDAD INFANTIL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

La mortalidad infantil pasó de 3,425 muertes en el año 2008 a 4,422 muertes en el año 2017. La tasa de mortalidad infantil tuvo un comportamiento estable hasta el año 2014, con cifras que oscilaron entre las 17.9 y las 16.5 muertes por mil nacidos vivos. Para los años 2016, 2017 y 2018, se observa un incremento en las muertes infantiles (3929, 4422 y 4420, respectivamente) con una Tasa de Mortalidad Infantil en el año 2016 de 20 por 1000 nacidos vivos y que aumenta a 23 por cien mil nacidos vivos en los dos siguientes años.

FIGURA 2. MORTALIDAD INFANTIL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA 2008-2018



Fuente: Registro de Estadísticas vitales (certificado médico de defunción) integrando información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud y del INACIF.

4.1 Las cuatro principales causas de muertes neonatales que suman el 63% durante los años 2010-2018 están conformadas por:

Dificultad respiratoria del recién nacido (21%), Sepsis bacteriana del recién nacido (19%), Otras afecciones respiratoria del recién nacido (12%) y Trastornos relacionados con la duración y el crecimiento fetal (11%).

5

CONTEXTO NORMATIVO



5. CONTEXTO NORMATIVO

El sistema de salud en la República Dominicana ha venido transformándose permanentemente:

- En 1948 se creó el Sistema de Seguros Sociales.
- En 1956, la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, aprobándose ese mismo año el Código de Salud.
- En 1962 ocurrió la transformación de la Caja Dominicana de Seguros Sociales en Instituto Dominicano de Seguro Social.
- En 1995 se creó la Oficina de Coordinación Técnica de la Comisión Nacional de Salud.
- En el 2001 se aprobó la Ley General de Salud y la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).
- En el 2008 se formuló el Plan Decenal de Salud.

PARA TENER EN CUENTA

La Ley General de Salud, aprobada mediante la Ley 42 del 8 de marzo de 2001, define la salud como un derecho y como un medio para el logro del bienestar común y un fin sustantivo para el desarrollo humano.

5.1 Sistema Dominicano de Seguridad Social

Fue establecido mediante la Ley 87 del 9 de mayo de 2001, que define entre otras cosas sus características, los beneficiarios, forma de financiamiento, establece como responsabilidades exclusivas del Estado la dirección, regulación, financiamiento y supervisión, plantea la necesidad de que las instituciones proveedoras de servicios de salud establezcan sistemas de garantía de la calidad y normas de autorregulación.

5.2 Sistema Dominicano para la Calidad

Establecido mediante Ley 166 de 2012 aplicable a la normalización, metrología, inspección y ensayo, certificación y acreditación de las instituciones, así como en la elaboración, adop-

ción, adaptación o armonización de reglamentos técnicos con la participación del Instituto Dominicano para la Calidad, INDOCAL y la vinculación del Ministerio de Salud y Asistencia Social, con el fin de proteger la salud de los seres vivos y el medio ambiente, la salud humana, seguridad humana y la salud pública.

En el año 2014, mediante el Decreto 379 se inicia la separación de funciones de la provisión de servicios, de las de rectoría y de salud colectiva en el Ministerio de Salud Pública.

En el año 2015, mediante la Ley 123, se crea el Ministerio de Salud Pública (SNS), con una Dirección Ejecutiva, Consejo Directivo y Junta Directiva, y sus respectivas expresiones territoriales regionales.

PARA TENER EN CUENTA

El Ministerio de Salud Pública tiene dentro de sus funciones, la de impulsar y gestionar programas de gestión de calidad, equidad y acceso a los servicios de salud, y el desarrollo armónico y proporcional de los Servicios Regionales de Salud.

5.3 Contexto normativo en salud materna y neonatal

REGLAMENTO TÉCNICO DE ATENCIÓN A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO

- ▶ Puesto en vigencia mediante la Resolución 0054 de 2013.
- ▶ De aplicabilidad por todas las instancias del Sistema Nacional de Salud.
- ▶ Tiene como objetivo la atención integral a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, a fin de prevenir complicaciones y promover conductas sexuales y reproductivas saludables.

REGLAMENTO TÉCNICO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS.

- ▶ Formado mediante Resolución 000020 de 2013. Deberá ser aplicada por todas las instancias del Sistema Nacional de Salud.

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PARA OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, Y DE ATENCIÓN PARA PEDIATRÍA

- ▶ Normados mediante Resolución 000010 de 2016
- ▶ De obligatorio cumplimiento por servicios y establecimiento de salud públicos, privados, patronatos y ONG en el proceso asistencial, como herramientas para mejorar la calidad de los servicios prestados.
- ▶ Reglamento técnico para la atención integral de niños y niñas menores de cinco años, Normado mediante Resolución 000020 de 2013. Deberá ser aplicada por todas las instancias del Sistema Nacional de Salud.

5.4 Protocolos y guías que se encuentran normados y serán objeto de evaluación:

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

- ▶ Atención Prenatal
- ▶ Atención Durante el Parto Normal
- ▶ Atención para la Prevención y Tratamiento de la Hipertensión del Embarazo.
- ▶ Prevención y Manejo de la Hemorragia Posparto Primaria (HPPP).
- ▶ Atención de Manejo del Aborto Espontáneo.
- ▶ Atención del Embarazo Ectópico
- ▶ Atención de Diagnóstico y Manejo del Desprendimiento Prematuro de Placenta.

PEDIATRÍA

- ▶ Atención al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria
- ▶ Atención para el tratamiento de la sepsis neonatal.



6

ASPECTOS CONCEPTUALES DEL PROCESO DE EVALUACIÓN



6. ASPECTOS CONCEPTUALES DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

En este capítulo se realiza una conceptualización del proceso de evaluación, así como de aspectos clave para su desarrollo.

6.1 Conceptualización del proceso

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que «la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso».

De igual forma, plantea que el establecimiento de normas que promuevan la calidad de los servicios de salud es un modo de reducir al máximo la variabilidad y garantizar un nivel mínimo de calidad.

Los protocolos de atención se constituyen en una herramienta normativa que resulta de un proceso de validación técnica y científica, en el que se describe en resumen el conjunto de procesos y procedimientos para la atención de usuarios con determinadas situaciones de salud, que pueden formar parte de las guías de práctica clínica; útiles especialmente en aspectos críticos que exigen apego a lo establecido, de conductas, acciones y técnicas, con un enfoque de promoción, detección, prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación.

Al promulgar los protocolos de atención para obstetricia y ginecología, y pediatría, así como el Reglamento Técnico para la Atención del Embarazo, el Parto y el Puerperio, así como el Reglamento técnico para la atención integral de niños y niñas menores de cinco años, la República Dominicana ha dado un importante paso en relación con el mejoramiento de la calidad de la atención de mujeres en estado grávido, puerperal y recién nacidos. La evaluación de estos protocolos permitirá la identificación de todos los procesos que se desarrollan en los establecimientos de salud para su implementación y cumplimiento; así como, la verificación sistemática de la información, la identificación de problemas o fallas en la calidad de la atención y la toma de acciones preventivas o correctivas para el logro de resultados en salud, en beneficio de las usuarias y la comunidad.



7

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS Y GUÍAS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL



7. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS Y GUÍAS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL

A continuación, usted conocerá cuáles son los objetivos y los momentos contenidos en el proceso de evaluación de adherencia a los protocolos de atención para obstetricia-ginecología, pediatría, y de las guías para atención del embarazo, parto y puerperio, sustentados en el Reglamento Técnico de Atención a la Mujer durante el Embarazo, el Parto y el Puerperio, y el Reglamento Técnico de Atención al Menor de 5 Años.

Objetivo general

Asegurar que el personal de salud se adhiera al cumplimiento de los protocolos/guías de atención del Ministerio de Salud Pública seleccionados en este documento, a fin de reducir las principales causas de muerte materna y neonatal.

Objetivos específicos

- ▶ Incrementar el grado de apropiación y uso de los protocolos/guías de atención obstétrica y neonatal por parte del equipo de salud.
- ▶ Identificar oportunidades de mejora desarrollando acciones que permitan el mejoramiento continuo de la calidad de la atención obstétrica y neonatal.

Ámbito de aplicación:

Servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG que oferten servicios materno-infantiles y neonatales en la República Dominicana.

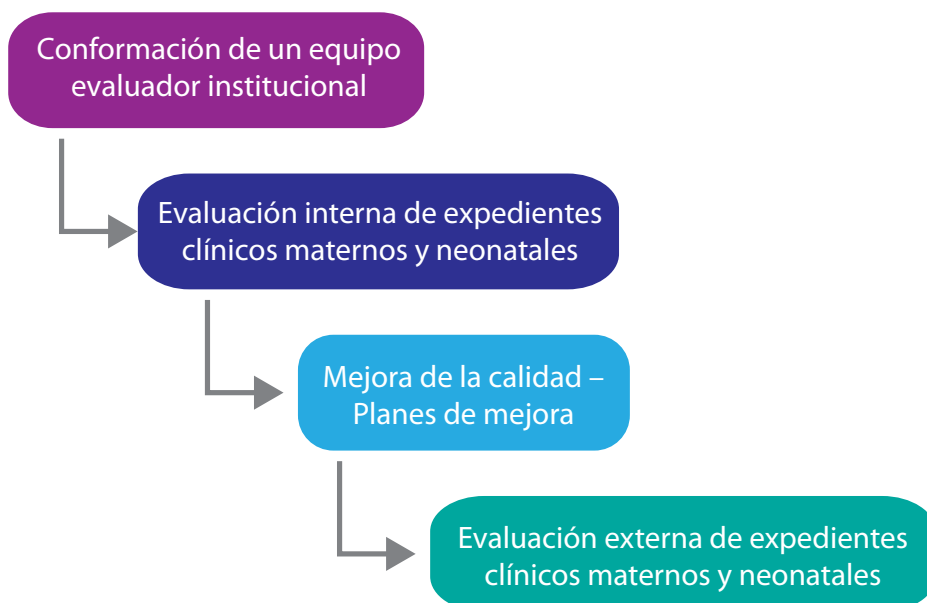
¿Qué se va a evaluar?

Esta guía está destinada exclusivamente a la evaluación de la adherencia a los protocolos y guías de atención obstétrica y neonatal en los procesos y patologías que con mayor frecuencia son causa de mortalidad en el país, como parte del proceso de desarrollo de acciones coordinadas en los diferentes dominios relacionados con una atención en salud de calidad.

Esto en el contexto del Objetivo Estratégico 3 del documento marco Alianza Nacional para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil¹ lanzado por el Ministerio de Salud Pública en mayo del presente año, el que establece «Ampliar el acceso y la cobertura efectiva en salud reproductiva, materna y neonatal enfocada en mejoramiento de la calidad y en las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal». Uno de los indicadores de proceso de ese objetivo estratégico es el «Porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad de la atención materna e infantil, acorde a los protocolos y guías de práctica clínica del Ministerio de Salud».

Momentos de la evaluación

1. Conformación de un equipo evaluador institucional.
2. Evaluación Interna de expedientes clínicos maternos y neonatales.
3. Mejora de la calidad – Planes de mejora.
4. Evaluación externa de expedientes clínicos maternos y neonatales.



¹ República Dominicana, Ministerio de Salud Pública. Alianza Nacional para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil: documento marco. Santo Domingo, D. N.: MSP; 2019.

Momento 1-Conformación de un equipo evaluador institucional

Se conformará un equipo interdisciplinario, con un promedio de siete integrantes (máximo 10), en cada establecimiento de salud. El equipo tendrá representación de los niveles directivo, asistencial y administrativo; será clave que en él participen los coordinadores de los servicios de obstetricia y pediatría, neonatología y perinatología, así como profesionales que conforman el comité de calidad.

Responsabilidades del equipo institucional

- ▶ Estar pendientes de que el personal de salud que brinda atención obstétrica y neonatal cumpla y motive a otros a cumplir los protocolos y guías de atención objeto de evaluación en el presente documento.
- ▶ Asegurar que cada usuaria o paciente reciba el contenido de la atención establecidos en los protocolos y guías.
- ▶ Distribuir, de acuerdo con funciones, las personas que estarán a cargo y responderán por el cumplimiento y evaluación de cada uno de los protocolos y guías dentro del establecimiento de salud.
- ▶ Asegurar el cumplimiento de los protocolos y guías como atención estandarizada diurna, vespertino-nocturna, en días de semana, fines de semana y feriados.
- ▶ Organizar la evaluación interna de la adherencia a protocolos y guías de atención obstétricos y neonatales.
- ▶ Socializar los resultados con los profesionales de la salud que brindan atención obstétrica neonatal en todos los turnos laborales.
- ▶ Definir estrategias de mejora (Qué, Cómo, Quién y Cuándo), elaboración de planes de mejora con sus Ciclos PEVA.

Momento 2: Evaluación Interna de expediente clínicos maternos y neonatales

Todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG que oferten servicios materno-infantiles y neonatales, integrarán en sus procesos de calidad la evaluación de la adherencia a los protocolos y guías de obstetricia y neonatología, a partir de la revisión de expedientes clínicos de:

- ▶ Mujeres atendidas en control prenatal y atención del parto.
- ▶ Mujeres con diagnóstico de hipertensión del embarazo (énfasis en preeclampsia grave, eclampsia y síndrome de HELLP), hemorragia posparto primaria, aborto espontáneo, embarazo ectópico y desprendimiento prematuro de placenta.
- ▶ Recién nacidos con diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal.

Cada dos meses se hará la evaluación interna de 20 expedientes clínicos seleccionados de forma aleatoria, asegurando primero los casos fatales de cada uno de los siguientes procesos de atención:

- ▶ Maternos: control prenatal, atención del parto, hipertensión del embarazo (énfasis en preeclampsia grave, eclampsia y síndrome de HELLP) y hemorragia posparto primaria.
- ▶ Neonatales: síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal.

Si la cantidad de casos en cada proceso de atención fuese menor o igual a 20 en el período evaluado, se tomará entonces el total de casos.


También se hará la evaluación interna cada dos meses de 5 expedientes clínicos para el resto de las patologías obstétricas (aborto espontáneo, embarazo ectópico y desprendimiento prematuro de placenta).

PARA TENER EN CUENTA

La evaluación interna es un proceso que promueve la participación y la colaboración entre colectivos de mejora, en función de los análisis realizados y los resultados obtenidos.

Los instrumentos para la evaluación interna de expedientes clínicos, permiten analizar el cumplimiento por criterios (filas) y por expedientes clínicos (columnas), semaforizando los resultados y facilitando que se visualice en dónde deben enfocarse las mejoras a realizar (celdas en rojo). Figura 3.

FIGURA 3. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN INTERNA.

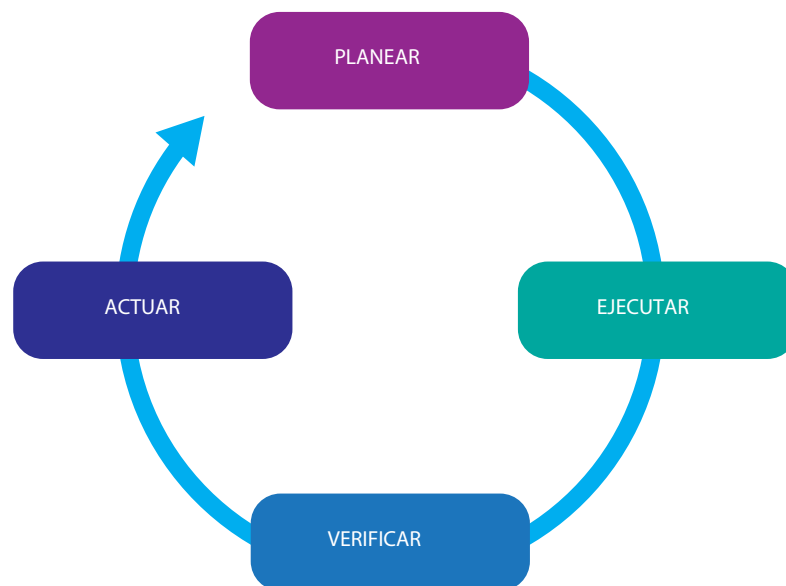
 Ministerio de Salud Pública Instrumento de evaluación de la adherencia a la Atención Integral Durante el Embarazo	
Proceso de atención: Atención integral a la embarazada.	
Estándar: Toda embarazada recibirá atención conforme a las Guías Clínicas de Atención a la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y a los Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología.	
Indicador: Porcentaje de embarazadas que reciben atención integral durante el embarazo conforme a las Guías Clínicas de Atención a la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y a los Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología.	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Marque con X
REGIÓN DE SALUD No.	EVALUACIÓN INTERNA ()
FECHA DE LA EVALUACIÓN (DD/MM/AA)	
PERÍODO EVALUADO (Meses y Año)	EVALUACIÓN EXTERNA ()
Registro de cumplimiento de criterios	S (Si cumple); N (No cumple); NA (No Aplica, para la condición descrita en el criterio específico).
Número de expediente evaluado	
Se evidencia en el expediente clínico:	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 N D %
1 Cuenta el expediente clínico con llenado del formulario de Historia Clínica Perinatal. (S, N)	S 20 20 100%
2 Clasificó el riesgo obstétrico con el llenado del Formulario de Clasificación del Riesgo de OMS. (S, N)	S 20 20 100%
3 Refirió a la embarazada a atención especializada según Formulario de Clasificación del Riesgo de OMS. (S, N, NA). NA: en caso de que la embarazada esté siendo atendida en segundo o tercer nivel.	S 20 20 100%
68 Importancia de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida (S, N)	S N S 19 20 95%
69 Inmunizaciones (S, N)	S 20 20 100%
70 Registro del Método Anticonceptivo (MAC) seleccionado para ser recibido en el posparto. (S, N, NA) NA: en caso de que no desee un MAC	S S NA S S S S S S S S S S NA S S S S S S S S 18 18 100%
71 Plan de parto (S, N)	S N S 19 20 95%
Numerador	71 69 70 71 71 71 71 71 71 71 71 71 71 71 70 71 71 71 71 71 71 71 *N **D ***%
Denominador	71 71 70 71 71 71 71 71 71 71 71 71 71 71 70 71 71 71 71 71 71 71 *N **D ***%
Cumplió con Todos los Criterios Evaluables (100%):	100% 97% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 19 20 95% **** Prom Exp
Escala de Cumplimiento. Verde (Satisfactorio): de 96 a 100%. Amarillo (Aceptable): de 90 a 95%. Rojo (Crítico): 89% o menos. Esta Evaluación	
* N (Numerador): Total de expedientes clínicos que cumplen 100% de los Criterios Evaluables. Es lo deseable. ** D (Denominador): Total de Expedientes clínicos evaluados en el mismo período. *** % Cumpl (Porcentaje de Cumplimiento): Es el porcentaje de cumplimiento de expedientes clínicos con 100%. **** Prom Exp: Es el porcentaje promedio obtenido de todos los expedientes evaluados hayan cumplido o no el 100%.	

El siguiente capítulo (Capítulo 8) de este documento, titulado Metodología e instructivo para la evaluación de expedientes clínicos, muestra las características generales y aspectos específicos de cada proceso o patología, describiendo todos los criterios que se deben cumplir en cada uno de ellos y cómo evaluarlos. Estos instrumentos conteniendo las listas de chequeo se encuentran en archivo electrónico Excel que automatiza los resultados por criterios (filas) y por expedientes clínicos evaluados (columnas), realizando además un consolidado de los procesos o patologías tanto maternos como neonatales.

Momento 3: Mejora de la calidad - Planes de mejora

A partir de los resultados obtenidos en la evaluación interna por criterios y expedientes clínicos de las listas de chequeo contenidas en los instrumentos de evaluación, el equipo institucional identificará las oportunidades de mejora y establecerá las estrategias (Qué, Cómo, Quién y Cuándo) requeridas para eliminar o reducir las brechas identificadas entre la Situación Deseada (contenida en los protocolos o guías) y la Situación Real (lo obtenido en la evaluación). La mayoría de los cambios en función de los criterios evaluados como Críticos, se logran con acciones inmediatas de tipo clínico o administrativo; otros se resolverán de la noche a la mañana y en menor número de ocasiones se requerirá que el establecimiento de salud aplique Ciclos de Mejora Continua (Ciclo PEVA o Ciclo de Deming), con sus cuatro componentes:

FIGURA 4.



PARA TENER EN CUENTA

La oportunidad de mejora se entiende como la brecha detectada en el establecimiento de salud entre la Situación Deseada y la Situación Real. Esta puede afectar un proceso, producto, servicio, recurso, sistema, habilidad, competencia o área relacionada con la atención obstétrica o neonatal.

La Oportunidad de Mejora debe redactarse de forma clara, precisa e impersonal.

Como primer paso del Ciclo PEVA el equipo institucional elaborará un plan de mejoramiento institucional (PLANEAR) (ver Figura 4). Luego lo socializará para que se lleven a cabo las estrategias planteadas (EJECUTAR), se realice seguimiento permanente a su cumplimiento (VERIFICAR) y se desarrollen acciones correctivas en tiempo real (ACTUAR); es decir, tan

pronto sea detectado un problema, identificará las causas aplicando soluciones de manera oportuna.

TENER PRESENTE QUE

Toda mejora es resultado de un cambio, pero no todo cambio origina una mejora.

FIGURA 5. PLAN DE MEJORA

IDENTIFICACIÓN	ACCIÓN						VERIFICACIÓN			
	QUÉ	CÓMO	QUIÉN	CUÁNDO		RECURSOS REQUERIDOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABILIDAD DE LA VERIFICACIÓN
				Fecha de inicio	Fecha de terminación					

Momento 4: Evaluación externa de expedientes clínicos maternos y neonatales

Este proceso lo realizará la División Materno Infantil y Adolescencia (DIMIA) del Ministerio de Salud Pública, junto a la Dirección de Monitoreo y Evaluación de la Calidad de Atención del Viceministerio de Garantía de la Calidad, quienes coordinadamente serán los encargados de organizar, apoyar y acompañar a las Direcciones Provinciales de Salud, las que serán las responsables directas de la evaluación externa de los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG que oferten servicios materno infantiles y neonatales. Todo lo anterior, para asegurar la adherencia a los protocolos y guías de atención, a través de la aplicación de listas de chequeo a expedientes clínicos en los procesos de atención y patologías seleccionadas contenidos en la presente guía.

La evaluación externa constituye un proceso analítico y de reflexión, realizado por un equipo de personas externo al establecimiento de salud, en el que se verifica el cumplimiento de los protocolos y guías de atención materno neonatales. Se realizará cada cuatro meses de acuerdo con programación de la autoridad competente descrita en el párrafo anterior.

- ▶ Los establecimientos de salud seleccionados para evaluación externa pueden o no ser notificados con anticipación.
- ▶ Los instrumentos de evaluación externa de los expedientes clínicos materno-neonatales son exactamente los mismos que se utilizan en la evaluación interna.

Actividades de la evaluación externa

ACTIVIDADES PREVIAS A LA VISITA

- ▶ Verificación de la habilitación y su vigencia, del establecimiento de salud y de sus servicios materno-infantiles y neonatales.
- ▶ Revisión de indicadores de mortalidad materna y neonatal (casos, Razón de Mortalidad Materna, Tasa de Mortalidad Neonatal e Infantil, causas).
- ▶ Información de fecha y hora de la visita.
- ▶ Asegurar instrumentos de evaluación.

ACTIVIDADES DURANTE LA VISITA

- ▶ Presentación del objetivo de la visita de evaluación externa y de los participantes al equipo directivo y al equipo institucional del establecimiento de salud a ser evaluado.
- ▶ Socialización de la metodología a utilizar.
- ▶ Verificación de las evaluaciones internas de expedientes clínicos realizadas y de las evidencias del plan de mejora institucional.
- ▶ Evaluación externa de expedientes clínicos materno-neonatales.
- ▶ Compartir el resumen de resultados comparativos entre evaluación interna y evaluación externa de expedientes clínicos.
- ▶ Recomendaciones sobre estrategias y oportunidades de mejora.
- ▶ Acuerdos / Compromisos.

ACTIVIDADES POSTERIORES A LA VISITA

- ▶ Seguimiento al Plan de Mejora del establecimiento de salud.
- ▶ Nueva evaluación dentro de cuatro meses o antes si se considera necesario.

TENGA EN CUENTA QUE

- La evaluación interna se realizará cada dos meses.
- La evaluación externa se realizará cada cuatro meses.
- Los instrumentos de evaluación externa de los expedientes clínicos son exactamente los mismos utilizados en la evaluación interna y se muestran en Excel en el CD anexo.



8

METODOLOGÍA E INSTRUCTIVO PARA LA EVALUACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS.



8. METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS

Asegúrese de haber leído y comprendido las características y procedimientos a seguir descritos en esta guía.

Evaluación Interna de expedientes clínicos maternos y neonatales: el equipo designado para la evaluación interna revisará cada dos meses 20 expedientes clínicos maternos (control prenatal, atención del parto, hipertensión del embarazo (énfasis en preeclampsia severa, eclampsia y síndrome de HELLP), hemorragia posparto primaria; y 20 expedientes neonatales (síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal). Si la cantidad de casos en los dos meses evaluados fuera abundante para ese proceso o patología en particular, entonces seleccionar 20 de forma aleatoria, asegurando primero los casos fatales. Si los casos fuesen 20 o menos, asegurar que todos sean evaluados.

Utilizar la misma metodología para evaluar los expedientes clínicos de las patologías en que se requieren solo 5 expedientes clínicos (aborto, embarazo ectópico, desprendimiento prematuro de placenta).

Evaluación externa de expedientes clínicos maternos y neonatales: Después de verificar la evaluación interna realizada a los expedientes clínicos maternos y revisadas las evidencias del plan de mejora institucional, el médico obstetra evaluador externo seleccionará y evaluará cinco expedientes clínicos de cada proceso o patología maternas, del total ya auto evaluados por el establecimiento de salud: control prenatal, atención del parto, hipertensión del embarazo (énfasis en preeclampsia severa, eclampsia y síndrome de HELLP), hemorragia posparto primaria y además, dos expedientes clínicos para el resto de los procesos de atención: aborto, embarazo ectópico y desprendimiento prematuro de placenta.

Los resultados obtenidos por el evaluador externo serán comparados con los resultados de la evaluación interna del establecimiento de salud. La discordancia en la evaluación del cumplimiento de protocolos de atención en ambos casos (evaluación externa y evaluación interna) no debe ser mayor al 5%. El médico evaluador externo tiene la potestad de solicitar que le sean entregados otros expedientes clínicos diferentes a los utilizados en la evaluación interna. El equipo evaluador externo utilizará básicamente los mismos instrumentos de la evaluación interna, teniendo la potestad de utilizar listas de chequeo con criterios seleccionados y no necesariamente con el total de criterios.

Lo mismo realizará el médico pediatra evaluador externo, quien seleccionará y evaluará cinco expedientes clínicos de cada proceso de atención neonatal de los ya evaluados por la institución: síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal. Los resultados obtenidos por el evaluador externo serán comparados con los resultados de la evaluación interna del establecimiento de salud. La discordancia en la evaluación del cumplimiento de protocolos de atención en ambos casos (externa e interna) no debe ser mayor al 5%. El médico evaluador externo tiene la potestad de solicitar y que le sean entregados otros expedientes clínicos diferentes a los utilizados en la evaluación interna. El equipo evaluador externo utilizará básicamente los mismos instrumentos de la evaluación interna, teniendo la potestad de utilizar listas de chequeo con criterios seleccionados y no necesariamente con el total de criterios.

Todo el equipo evaluador participará en el proceso de análisis de resultados, recomendaciones y compromisos, y elaborará el informe de la evaluación externa por cada establecimiento de salud.

Los aspectos específicos a tener en cuenta por proceso o patología y los criterios a evaluar, se muestran en el Capítulo 9 de esta guía. Los instrumentos de evaluación interna/externa en archivos Excel con fórmulas automatizadas se encuentran en el CD adjunto a esta publicación impresa.

El siguiente cuadro, resume las características básicas de la evaluación interna y de la evaluación externa:

	Evaluación Interna	Evaluación Externa
Frecuencia	Cada 2 meses	Cada 4 meses
Equipo evaluador	Interno	Externo
Cantidad a evaluar: <ul style="list-style-type: none"> • Maternos: prenatal, atención del parto, hipertensión del embarazo (énfasis en preeclampsia severa, eclampsia y síndrome de HELLP), hemorragia posparto primaria. • Neonatales: síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal. 	20 expedientes clínicos de cada de cada proceso o patología, seleccionados aleatoriamente	5 expedientes clínicos, de cada proceso o patología seleccionados aleatoriamente de los 20 de la evaluación interna
Cantidad a evaluar para el resto de patologías maternas: aborto, embarazo ectópico, desprendimiento prematuro de placenta.	5 expedientes clínicos	2 expedientes clínicos, seleccionados aleatoriamente de los 5 de la evaluación interna

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS.

EVALUACIÓN INTERNA Y EVALUACIÓN EXTERNA

Cada instrumento cuenta con un encabezamiento en el que se identifican las siguientes características generales:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD																						Marque con X		
REGIÓN DE SALUD No.																						AUTOEVALUACIÓN	()	
FECHA DE LA EVALUACIÓN (DD/MM/AA)																						EVALUACIÓN EXTERNA	()	
PERIODO EVALUADO (Meses y Año)																								
Registro de cumplimiento de criterios		S (Si cumple); N (No cumple); NA (No Aplica, para la condición descrita en el criterio específico).																						
Número de expediente evaluado																								
Se evidencia en el expediente clínico:		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	N	D	%
1	Cuenta el expediente clínico con llenado del formulario de Historia Clínica Perinatal. (S, N)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	20	20	100%
2	Clasificó el riesgo obstétrico con el llenado del Formulario de Clasificación del Riesgo de OMS. (S, N)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	20	20	100%
3	Refirió a la embarazada a atención especializada según Formulario de Clasificación del Riesgo de OMS. (S, N, NA). NA: en caso de que la embarazada esté siendo atendida en segundo o tercer nivel.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	20	20	100%

1. Logo del Ministerio de Salud Pública.
2. El nombre del respectivo instrumento que identifica qué protocolo o guía evalúa.
3. Proceso de atención que evalúa, con su correspondiente estándar de calidad e indicador.
4. Nombre del establecimiento de salud evaluado.
5. Región de salud en donde se ubica el establecimiento de salud evaluado.

La República Dominicana se encuentra dividida en nueve regiones de salud, distribuidas por provincias de la siguiente forma:

Región O: Santo Domingo Este, Santo Domingo Norte, Distrito Nacional Este, Distrito Nacional Oeste, Santo Domingo Oeste y Monte Plata.

Región I: Peravia, San Cristóbal y San José de Ocoa.

Región II: Espaillat, Puerto Plata y Santiago.

Región III: Duarte, Hermanas Mirabal, María Trinidad Sánchez y Samaná.

Región IV: Bahoruco, Barahona, Independencia y Pedernales.

Región V: El Seibo, Hato Mayor, La Altagracia, La Romana y San Pedro de Macorís.

Región VI: Azua, Elías Piña y San Juan.

Región VII: Dajabón, Montecristi, Santiago Rodríguez y Valverde.

Región VIII: La Vega, Monseñor Nouel y Sánchez Ramírez.

6. Fecha de evaluación, en el orden Día, Mes y Año.

Ejemplo: 01-04-2019, para el primero de abril del año 2019.

7. Período evaluado

En la evaluación interna, colocar el bimestre evaluado; en la evaluación externa, colocar el cuatrimestre evaluado.

8. Registro de cumplimiento de criterios

Nos recuerda cómo se debe registrar el cumplimiento de criterios: S (Sí cumple); N (No cumple); NA NA (No Aplica, para la condición descrita en el criterio específico).

9. El número del expediente evaluado

Se debe ingresar el número de expediente clínico, el que generalmente corresponde al documento de identidad de la paciente. En el archivo Excel, al colocar los números del expediente, notará que estos automáticamente adoptan posición diagonal, en 45 grados. Se pueden observar las filas, cuya cantidad es variable en dependencia de la cantidad de criterios contenidos en la guía o protocolo evaluado. También se observan veinte columnas; cada columna es para evaluar un expediente clínico:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD																					Marque con X		
REGIÓN DE SALUD No.																					EVALUACIÓN INTERNA	()	
FECHA DE LA EVALUACIÓN (DD/MM/AA)																					EVALUACIÓN EXTERNA	()	
PERÍODO EVALUADO (Meses y Año)																							
Registro de cumplimiento de criterios	S (Sí cumple); N (No cumple); NA (No Aplica, para la condición descrita en el criterio específico).																						
Número de expediente evaluado																							
Se evidencia en el expediente clínico:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	N	D	%

En la primera columna aparece la secuencia numérica de los criterios explícitos a evaluar por cada protocolo.

Las filas con fondo azul y letras blancas separan por segmentos los criterios evaluados con el fin de facilitar su aplicación en secuencia. Favor seguir las instrucciones que ellas contienen, pues con frecuencia nos dicen que si lo que debemos evaluar es solo el Registro en el expediente clínico o si además debemos evaluar el Registro e Interpretación del mismo.

En la segunda columna aparece la descripción de cada uno de los criterios a evaluar. Estos criterios son de dos tipos:

- De competencias técnicas: ayuda a identificar brechas en los conocimientos, habilidades y destrezas del personal de salud que entrega directamente la atención.
- De insumos, medicamentos y equipos: el personal de salud no puede cumplir con lo establecido en el criterio originado en el reglamento, guía o protocolos, si de forma administrativa o gerencial este no está disponible para asegurar la calidad de atención.

En el archivo Excel, registrar el cumplimiento de los criterios preferiblemente con mayúsculas. De acuerdo a lo que registre en la celda correspondiente, notará que cuando registra S (Si Cumple) esta se torna Verde, cuando registra N (No Cumple) la celda se vuelve Roja; cuando se registra NA (No Aplica, para la condición descrita en el criterio específico), la celda queda con fondo blanco.

En la parte inferior de cada instrumento en Excel, por cada columna, aparece en forma automática el Numerador. No requiere llenado por parte del evaluador. Corresponde al cumplimiento (S-Si Cumple) de los criterios evaluables establecidos en la guía o protocolo..

Así mismo, en la parte inferior de cada instrumento en Excel, por cada columna, aparece en forma automática el Denominador. No requiere llenado por parte del evaluador. Corresponde al total de criterios evaluables (S-Si Cumple, N-No Cumple). Se exceptúan los NA-No Aplica, dado que no son criterios evaluables y no restan puntaje a la evaluación de ese expediente clínico.

Para cada expediente clínico evaluado, aparece al final de la columna el porcentaje en que se Cumplió con Todos los Criterios Evaluables en la atención de cada mujer en estado gravido-puerperal o recién nacido.

68	Importancia de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida (S, N)	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	19	20	95%			
69	Inmunizaciones (S, N)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	20	20	100%			
70	Registro del Método Anticonceptivo (MAC) seleccionado para ser recibido en el posparto. (S, N, NA) NA: en caso de que no desee un MAC posparto.	S	S	NA	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	18	18	100%			
71	Plan de parto (S, N)	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	19	20	95%			
	Numerador	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	19	20	95%	
	Denominador	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	20	100%
Cumplió con Todos los Criterios Evaluables (100%):		100%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Escala de Cumplimiento. Verde (Satisfactorio): de 96 a 100%. Amarillo (Aceptable): de 90 a 95%. Rojo (Crítico): 89% o menos.																																			
* N (Numerador): Total de expedientes clínicos que cumplen 100% de los Criterios Evaluables. Es lo deseable.																																			
** D (Denominador): Total de Expedientes clínicos evaluados en el mismo periodo.																																			
*** % Cump (Porcentaje de Cumplimiento): Es el porcentaje de cumplimiento de expedientes clínicos con 100%.																																			
**** Prom Exp: Es el porcentaje promedio obtenido de todos los expedientes evaluados hayan cumplido o no el 100%.																																			

Finalmente, la porción abajo a la derecha (vista de frente) que dice Esta Evaluación, aparece también en forma automática y contiene la evaluación global, en donde el Numerador está por el Total de expedientes clínicos que cumplen 100% de los Criterios Evaluables establecidos. Es lo deseable. El Denominador lo es el Total de Expedientes clínicos evaluados en el mismo período, multiplicado por 100 ($N/D \times 100$) lo que nos da como resultado final el Porcentaje de Cumplimiento (% Cump) de expedientes clínicos con 100%. Se ha colocado también una celda que dice Prom Exp (Promedio Expedientes), que es el porcentaje promedio obtenido de todos los expedientes clínicos evaluados hayan cumplido o no con el 100% de los criterios evaluables. La Escala de Cumplimiento, que se encuentra semaforizada es:

- **VERDE: SATISFACTORIO DE 96% A 100%. La institución cumple y requiere mantenimiento en la adherencia a la práctica clínica evaluada en la atención materna y neonatal.**
- **AMARILLO: ACEPTABLE DE 90% A 95%. La institución requiere intensificar el mejoramiento de las prácticas clínicas deficientes identificadas.**
- **ROJO: CRÍTICO 89% O MENOS. La institución no cumple y requiere priorizar desde el nivel organizacional la adopción y adherencia de las prácticas clínicas de atención materna y neonatal.**

Al llenar los diferentes instrumentos, se debe consignar lo evidenciado explícitamente en el expediente clínico. Se parte del principio de que lo allí escrito es lo que realmente se realizó. Lo que no se encuentra registrado en dicho expediente no tiene evidencia de su ejecución.

Es importante señalar que en el expediente clínico se deben consignar todos los hallazgos, positivos o negativos, «normales» o «anormales», sin riesgo o de riesgo.

La totalidad de prácticas clínicas evaluadas son de obligatorio cumplimiento, según la normativa vigente, razón por la cual se debe evaluar cada uno y todos los criterios, independientemente de «conceptos individuales» o de «formas institucionalizadas de atención».

Es importante aclarar al personal asistencial y administrativo que la identificación de hallazgos negativos debe ser objeto de gestión para su mejoramiento o adopción, y que el fin último es mejorar la calidad de la atención materna y neonatal.

9

ASPECTOS Y CRITERIOS ESPECÍFICOS POR PROCESO O PATOLOGÍA A EVALUAR

9. ASPECTOS ESPECÍFICOS A TENER EN CUENTA POR PROTOCOLO

1. Instrumento de evaluación de la adherencia a la atención integral durante el embarazo.

La Historia Clínica Perinatal Near Miss facilita el registro de la información clínica, favorece el cumplimiento de los protocolos de atención, contribuye a asegurar el cumplimiento de los derechos humanos, brinda alertas para la toma de decisiones diagnósticas, de tratamiento y/o referencia, permite la continuidad de atención, la gerencia de los servicios de salud, la vigilancia epidemiológica y la investigación; se utiliza para caracterizar eventos e identificar causas asociadas a los mismos, reconociendo patologías que comprometen de manera importante la salud materna mediante la evaluación del riesgo, usada exitosamente como nuevos eventos centinelas para la vigilancia de la calidad de atención en salud, así como de las circunstancias asociadas a estos casos. En el anexo Anexo 1.A y 1.B se encuentra el formulario oficial de la Historia Clínica Perinatal Near Miss de la República Dominicana, fundamental para brindar la atención obstétrica apropiada.

La Clasificación del riesgo de la mujer gestante según formulario de la Organización Mundial de la Salud, permite identificar el riesgo obstétrico y la necesidad del referimiento a un nivel de mayor complejidad. En el anexo 3.2 se encuentra el formulario mencionado.

Se debe verificar si se consignó en el expediente clínico la clasificación del riesgo, así como la indicación y gestión realizada para el referimiento si este fue necesario.

El Anexo 3 muestra las Curvas de incremento de Altura Uterina y Peso Materno. El Anexo 4.A muestra la Tabla de incremento de peso materno y altura uterina: la cual debe utilizarse cuando se conoce el peso pregestacional o cuando este se desconoce, pero es captada en las primeras 12 semanas. Estos valores coinciden plenamente con las Curvas de incremento de peso materno y de altura uterina del Anexo 3.

El Anexo 4.B muestra la Tabla de Peso materno para la talla según edad gestacional: la cual debe utilizarse cuando se desconoce el peso pregestacional o la embarazada es captada a las 13 semanas o más de gestación.

En el expediente clínico se debe tanto registrar como interpretar por parte del médico tratante cada uno de los antecedentes establecidos en el protocolo, ya que son considerados de gran importancia, tanto en el pronóstico materno como neonatal.

Es importante señalar que en el expediente clínico se deben consignar todos los hallazgos, positivos o negativos, «normales» o «anormales», sin riesgo o de riesgo.

La detección de los eventos a evaluar parte de un soporte de laboratorio clínico que lo respalde y que debe encontrarse en el expediente clínico como forma de verificación. Es importante tener en cuenta que los resultados de laboratorio deben interpretarse registrando los hallazgos en el expediente clínico, en el cual la HCP Near Miss es fundamental.

Con relación al examen clínico durante los controles prenatales, se debe consignar en el expediente clínico los hallazgos para cada una de las variables evaluadas.

Se debe evaluar si se consigna en cualquier momento de la atención integral durante el embarazo, por cualquier integrante del equipo de salud, información y educación relacionada con los cuidados maternos y del recién nacido, así como el establecimiento de salud al cual debe asistir la mujer gestante, su pareja y/o familiar en caso de emergencia o para la atención del parto.

1		Instrumento de evaluación de la adherencia a la atención integral durante el embarazo	
Proceso de atención: Atención integral a la embarazada.			
Estándar: Toda embarazada recibirá atención conforme a las Guías Clínicas de Atención a la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y a los Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología.			
Indicador: Porcentaje de embarazadas que reciben atención integral durante el embarazo conforme a las Guías Clínicas de Atención a la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y a los Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología.			
Registro de cumplimiento de 71 criterios	S (Si cumple)	N (No cumple);	NA (No Aplica, en la condición descrita en el criterio específico).

1. Atención Prenatal:			
Se evidencia en el expediente clínico:			
1	Llenado del formulario de Historia Clínica Perinatal. (S, N)	3	Refirió a la embarazada a atención especializada según Formulario de Clasificación del Riesgo de OMS. (S, N, NA). NA: en caso de que la embarazada esté siendo atendida en segundo o tercer nivel.
2	Clasificó el riesgo obstétrico con el llenado del Formulario de Clasificación del Riesgo de OMS. (S, N)	4	En el caso de que la embarazada no requiera atención especializada, fue derivada a su primer nivel de atención. (S, N, NA). NA: En caso de que la embarazada esté siendo atendida en primer nivel de atención.

1. Atención Prenatal:

Se registran e interpretan en el expediente clínico antecedentes familiares y personales relacionados con:

5	Tuberculosis (S, N)	10	Infertilidad (S, N)
6	Diabetes (S, N)	11	Cardiopatía (S, N)
7	Hipertensión (S, N)	12	Nefropatía (S, N)
8	Preeclampsia/eclampsia (S, N)	13	Violencia (S, N)
9	Cirugía genito-urinaria (S, N)	14	VIH positivo (S, N)

Se registran e interpretan en el expediente clínico antecedentes obstétricos relacionados con:

15	Gestaciones previas (S, N)	21	Recién nacido con peso menor a 2500 g o mayor de 4000 g (S, N)
16	Abortos (S, N)	22	Embarazos gemelares (S, N)
17	Partos vaginales (S, N)	23	Fin del embarazo anterior (S, N)
18	Cesáreas (S, N)	24	Planeación del embarazo (S, N)
19	Nacidos vivos (S, N)	25	Fracaso de método anticonceptivo (S, N)
20	Nacidos muertos (S, N)		

Se registra e interpreta en el expediente clínico la siguiente información relacionada con la gestación actual:

26	Peso anterior en kilos o al inicio del embarazo (primeras 12 semanas). (S, N)	30	Consumo de cigarrillo, alcohol o drogas (S, N)
27	Talla en centímetros (S, N)	31	Violencia (S, N)
28	Fecha de última menstruación (S, N)	32	Vacunación (tétanos/difteria, influenza, rubéola. (S, N)
29	Fecha probable de parto (S, N)		

Se evidencia en el expediente clínico la interpretación y tratamiento de las analíticas siguientes:

33	Citología cervical (S, N)	39	Estreptococo B (35 a 37 semanas de gestación) a través de cultivo de hisopado vaginal y rectal. (S, N)
34	Grupo y Rh (S, N)	40	VIH (S, N)
35	Toxoplasmosis (S, N)	41	Sífilis (S, N)
36	Hemoglobina (S, N)	42	Hepatitis B o C (S, N)
37	Examen de orina (S, N)	43	Tratamiento según hallazgos identificados. (S, N, NA) NA: Sin hallazgos.
38	Glucemia (S, N)		

Se registra e interpreta en cada consulta prenatal información relacionada con:

44	Edad gestacional (S, N)	52	Signos de alarma (S, N)
45	Peso materno, según curva de incremento (S, N)	53	Tratamientos (S, N, NA) NA: No requirió ningún tratamiento (Los hematínicos no se incluyen como tratamiento).

1. Atención Prenatal:

46	Presión arterial. (S, N)	54	Buscó factores de Riesgo Alto de Preeclampsia (Trastornos hipertensivos en embarazo anterior, enfermedad renal crónica, enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípidos, diabetes tipo 1 y 2, hipertensión arterial crónica, trombofilias congénitas y adquiridas). (S, N).
47	Altura uterina, según curva de incremento (S, N)	55	Si identificó factores de Riesgo Alto de Preeclampsia prescribió aspirina 75-100 mg oral todos los días a partir de las 12 semanas (máximo iniciar no más allá de las 16 semanas) y hasta el día del parto. (S, N, NA) NA: Sin Riesgo Alto de Preeclampsia.
48	Presentación fetal a partir de las 28 semanas. (S, N, NA) NA: Menor edad gestacional	56	Si identificó factores de Alto Riesgo de Preeclampsia, prescribió calcio 1,200 mg oral por día a partir de las 14 semanas y hasta el día del parto. (S, N, NA) NA: Sin Riesgo Alto de Preeclampsia.
49	Frecuencia cardíaca fetal a partir de las 20 semanas con estetoscopio o 14 semanas con Doppler. (S, N, NA) NA: Menor edad gestacional.	57	Si identificó factores de Alto Riesgo de Preeclampsia, prescribió profilaxis de enfermedad infecciosa dental, gingivitis y lesión de cavidad oral durante el período prenatal. (S, N, NA) NA: Sin Riesgo Alto de Preeclampsia.
50	Movimientos fetales después de semana 20. (S, N, NA) NA: Menor o igual a 20 semanas.	58	Exámenes de acuerdo con la edad gestacional según guía clínica del MSP. (S, N)
51	Proteinuria (S, N)	59	Tratamiento según hallazgos identificados. (S, N, NA) NA: Sin hallazgos.

Se registra en el expediente clínico la información brindada a la mujer gestante en relación con:

60	Higiene, alimentación y nutrición durante el embarazo. (S, N)	66	Importancia de tomar aspirina y calcio a partir de la identificación de Riesgo Alto de Preeclampsia, iniciándolo no más allá de las 16 SG y hasta el parto. (S, N, NA) NA: En caso de no tener Riesgo Alto de Preeclampsia.
61	Signos y síntomas de alarma durante el embarazo. (S, N)	67	Importancia de presentar el carnet perinatal cada vez que solicite atención. (S, N)
62	Importancia de asistir como mínimo a los seis controles prenatales establecidos dentro del programa básico, según guía clínica del MSP. (S, N)	68	Importancia de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida (S, N)
63	Importancia de realizarse los exámenes de laboratorio solicitados y reclamar el resultado. (S, N)	69	Inmunizaciones (S, N)
64	Importancia de realizar tratamiento al compañero sexual ante diagnóstico de sífilis. (S, N)	70	Registro del Método Anticonceptivo (MAC) seleccionado para ser recibido en el posparto. (S, N, NA) NA: en caso de que no desee un MAC posparto.
65	Importancia de tomar hierro y ácido fólico durante el embarazo (S, N).	71	Plan de parto (S, N)

2. Instrumento de evaluación de la adherencia al protocolo de atención durante el parto.

Tenga presente que en el expediente clínico se deben consignar todos los hallazgos, positivos o negativos, «normales» o «anormales», sin riesgo o de riesgo. En el mismo se deben registrar e interpretar por parte del médico tratante cada uno de los antecedentes establecidos en el protocolo, ya que son considerados de gran importancia, tanto en el pronóstico materno como en el neonatal.

La detección de los eventos a evaluar parte también de un soporte de laboratorio clínico que lo respalde y que debe encontrarse en el expediente clínico como forma de verificación. Es importante tener en cuenta que los resultados de laboratorio deben interpretarse registrando los hallazgos en el expediente clínico.

Durante el trabajo de parto, el registro y seguimiento de su evolución es fundamental para detectar tempranamente alteraciones en este período, prevenir o diagnosticar el trabajo de parto prolongado, parto obstruido, y otros; y, disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. En la República Dominicana, el Reglamento técnico para la atención a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio establece que los servicios de atención al parto deben asegurar una atención integral y disponer del partograma (Anexo 5), garantizando su correcto llenado e interpretación para la toma de decisiones diagnósticas, de tratamiento y/o de referencia.

Para el alumbramiento de la placenta y membranas ovulares, se debe asegurar poner en práctica el manejo activo del tercer período del parto -MATEP, cuya evidencia científica ha demostrado beneficios tanto para la madre como para el recién nacido y deben estar consignados en el expediente clínico. Entre algunos beneficios del MATEP están los siguientes: reduce la posibilidad de hemorragia posparto en dos terceras partes, reduce las pérdidas hemáticas y anemia materna, disminuye los requerimientos de transfusiones sanguíneas, favorece la involución uterina, el apego precoz, el alojamiento conjunto y la lactancia materna exclusiva, así como la disminución de la anemia neonatal. De igual forma, la consejería anticoncepcional en el posparto, es una oportunidad de oro para lograr el acceso efectivo a métodos de planificación familiar. El mejor momento para la consejería en métodos anticonceptivos es el control prenatal; el posevento obstétrico es tan solo el momento para asegurar que, quien así lo haya elegido libre y voluntariamente, egrese con su método anticonceptivo. Si no es posible suministrar la anticoncepción elegida, se debe referir al establecimiento de salud que le garantice el acceso al método a la mayor brevedad posible. De todas formas, la decisión tomada debe estar consignada en el expediente clínico.

La vigilancia del puerperio inmediato (primeras 24 horas) es fundamental, especialmente las primeras dos horas. Es en este período que ocurre la mayoría de hemorragias posparto.

Esta vigilancia activa es de gran importancia para la identificación de hemorragia u otros eventos frecuentes en este lapso de la atención, razón por la cual debe realizarse lo establecido en el protocolo, para actuar en caso de emergencia. Registrar esta actividad en el expediente clínico; para ello la HCP Near Miss cuenta con el segmento Puerperio.

Con el fin de fomentar la lactancia materna y la interacción afectiva entre el binomio madre-hijo, el Reglamento técnico para la atención a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio establece que los servicios de atención al parto deben favorecer el alojamiento conjunto.

El apoyo familiar, como red primaria de la madre y del recién nacido, tiene un gran significado emocional y de protección, razón por la cual al egreso hospitalario se debe brindar la información y educación necesarias con participación de personas clave para el binomio madre-hijo, adecuadas según cada caso y contexto, respondiendo a las necesidades específicas y, por lo menos, a las establecidas en el protocolo.

2		Instrumento de evaluación de la adherencia al Protocolo de Atención Durante el Parto	
Proceso de atención: Atención del parto.			
Estándar: Toda parturienta recibirá atención conforme a las Guías Clínicas de Atención a la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio.			
Indicador: Porcentaje de parturientas que reciben atención durante el parto conforme a las Guías Clínicas de Atención a la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio.			
Registro de cumplimiento de 55 criterios	S (Si cumple)	N (No cumple);	NA (No Aplica, en la condición descrita en el criterio específico).

2-Atención del Parto:			
Se evidencia en el expediente clínico:			
1	Cuenta el expediente clínico con llenado del formulario de Historia Clínica Perinatal. (S, N)		
Se registra e interpreta en el expediente clínico:			
2	Antecedentes familiares (S, N)	8	Inicio del trabajo de parto (S, N)
3	Antecedentes personales (S, N)	9	Rotura de membranas ante parto (S, N)
4	Antecedentes obstétricos (S, N)	10	Edad gestacional al parto (S, N)
5	Número de consultas prenatales (S, N)	11	Presentación y situación fetal (S, N)

2-Atención del Parto:

6	Hospitalizaciones durante el embarazo (S, N)	12	Tamaño fetal acorde con edad gestacional (S, N)
7	Administración de corticoides antenatales (S, N)		
Se evidencia en el expediente clínico análisis e interpretación de:			
13	Hemograma (S, N)	17	Detección VIH (S, N)
14	Tipificación sanguínea (S, N)	18	VDRL (S, N)
15	Examen de orina (S, N)	19	Sonografía obstétrica (S, N)
16	Proteinuria/Nitritos (S, N)		
Durante el trabajo de parto se evidencia en el expediente clínico:			
20	Llenado y evaluación de partograma (S, N)	27	Altura de la presentación (S, N)
21	Hora y minuto de valoración (S, N)	28	Variedad de posición fetal (S, N)
22	Posición de la madre (S, N)	29	Valoración de presencia de meconio. (S, N)
23	Presión arterial (S, N)	30	Frecuencia cardíaca fetal (S, N)
24	Pulso (S, N)	31	Valoración de presencia de DIPs (S, N, NA) NA: No hubo DIPs.
25	Contracciones en 10 minutos (S, N)	32	Cuerpos cetónicos y proteínas en orina (S, N)
26	Dilatación (S, N)	33	Acompañamiento por familiar en el trabajo de parto/ parto (S, N, NA). NA: No hay condiciones de espacio ni privacidad.
Si indicó / realizó cesárea:			
34	Se evidencia en el expediente clínico el sustento científico de la indicación/realización de la cesárea con beneficios para la madre, el feto/ recién nacido o ambos. (S, N, NA) NA: No se indicó / no se realizó cesárea.		
Durante el tercer período del parto se evidencia en el expediente clínico:			
35	Administración de 10 UI de oxitocina por vía intramuscular (IM) en el primer minuto de nacimiento del bebé. (S, N)	39	Revisión de placenta y membranas. (S, N)
		40	Revisión visual del canal del parto (cérvix, vagina, vulva y periné). (S, N)
36	Pinzamiento tardío del cordón umbilical (2-3 minutos después del nacimiento del bebé o cuando este deje de latir). (S, N)	41	Registro de signos y síntomas de alarma (Retención de placenta, sangrado vaginal, signos de choque, entre otros). (S, N)

2-Atención del Parto:			
37	Tracción sostenida y controlada del cordón umbilical (aprovechando la contracción uterina) con contracción uterina (estabilizando/rechazando el fondo uterino). (S, N)	42	Toma de muestra de sangre de cordón. (S, N)
38	Masaje uterino durante un periodo de 3-5 minutos, después de expulsión de la placenta. (S, N)	43	Contacto piel a piel y lactancia materna inmediata en Apgar igual o mayor de 8 al minuto. (S, N, NA) NA: Apgar inferior a 8.
		44	Consejería en anticoncepción posparto (S, N)
Durante el posparto se evidencia en el expediente clínico:			
45	Monitorización de signos vitales, contracción uterina y sangrado cada 15 minutos las primeras dos horas posparto. (S, N)	48	Registro de signos y síntomas de alarma (Hemorragia, sangrado vaginal fétido, fiebre, palidez de piel y mucosas, dolor abdominal, tensión arterial alta, entre otros). (S, N)
46	Monitorización de signos vitales, contracción uterina y sangrado cada 30 minutos entre la segunda y la cuarta hora posparto. (S, N)	49	Brindó consejería y ofertó método anticonceptivo. (S, N).
47	Alojamiento conjunto. (S, N, NA) NA: Las condiciones maternas o fetales no lo permiten.	50	Egresó con un Método Anticonceptivo. (S, N, NA) NA: No aceptó método anticonceptivo.
Se registra en el expediente clínico información brindada a usuaria y familiares sobre:			
51	Importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. (S, N, NA) NA: en muerte perinatal.	54	Vacunación. (S, N, NA) NA: en muerte perinatal.
52	Cuidados e higiene del cordón umbilical. (S, N, NA) NA: en muerte perinatal.	55	Importancia de asistir al control del puerperio y del recién nacido. (S, N, NA) NA: en muerte perinatal.
53	Signos y síntomas de alarma (Mujer y recién nacido). (S, N, NA) NA: en muerte perinatal.		

3-Atención de Complicaciones Obstétricas

3.1 Instrumento de evaluación de la adherencia al protocolo de atención de la hipertensión del embarazo.

Llenar el anverso y reverso de la Historia Clínica Perinatal Near Miss (Anexo 1.A y 1.B) que facilita el registro de la información clínica. Es importante señalar que en el expediente clínico se deben consignar todos los hallazgos, positivos o negativos, «normales» o «anormales», sin riesgo o de riesgo. Se debe registrar e interpretar por parte del médico tratante cada uno de los aspectos establecidos en el protocolo, ya que son considerados de gran importancia en el pronóstico.

Para el manejo de la hipertensión del embarazo se debe complementar la evaluación clínica del estado de la usuaria con pruebas de laboratorio clínico y de sonografía que respaldan la conducta a seguir y que deben encontrarse en el expediente clínico como forma de verificación.

La clasificación del tipo de preeclampsia define conductas de manejo clínico diferentes, las cuales deben quedar consignadas en el expediente clínico.

Según el protocolo, existen criterios clínicos para definir la conducta de manejo farmacológico o quirúrgico, y deben estar consignados en el expediente clínico. También es importante contar con el consentimiento informado de la usuaria, lo que implica la explicación por parte del equipo de salud de los asuntos relacionados con el diagnóstico, manejo, pronóstico y posibles complicaciones.


Por la importancia clínica del diagnóstico, el pronóstico y la urgencia, los expedientes clínicos de las mujeres gestantes diagnosticadas con Síndrome de HELLP, deben tener consignados el sustento diagnóstico y el manejo, según lo establecido en el protocolo.

Para autorizar el egreso hospitalario, se deben evaluar las condiciones clínicas de la paciente, lo que incluye pruebas de laboratorio y tiempo de estancia requerida para garantizar una evolución satisfactoria.

El apoyo familiar tiene un gran significado emocional y de protección, razón por la cual al egreso hospitalario se debe brindar la información y educación necesarias con participación de personas clave del entorno familiar, adecuadas según cada caso y contexto, respondiendo a las necesidades específicas y por lo menos a las establecidas en el protocolo, en especial las relacionadas con signos y síntomas de alarma.

No olvidar la consejería anticoncepcional en el posevento obstétrico, con el fin de obtener espacios intergenésicos adecuados. Si no es posible suministrar la anticoncepción elegida, se debe referir al establecimiento de salud que le garantice el acceso al método a la mayor brevedad posible, lo cual debe quedar consignado en el expediente clínico.

Teniendo en cuenta las características de esta patología, se debe asegurar que la paciente comprenda la importancia de asistir al control posparto, el cual idealmente debe quedar programado antes de su egreso.

3	 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Instrumento de evaluación de la adherencia al Protocolo de Atención de Hipertensión del Embarazo	
Proceso de atención: Atención de las complicaciones obstétricas.			
Estándar: Toda paciente con hipertensión del embarazo, recibirá atención conforme a los Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología.			
Indicador: Porcentaje de pacientes con hipertensión del embarazo que reciben atención conforme a los Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología.			
Registro de cumplimiento de 67 criterios	S (Si cumple)	N (No cumple);	NA (No Aplica, en la condición descrita en el criterio específico).

3-Atención de Complicaciones Obstétricas 3.1-Atención de la Hipertensión del Embarazo:			
Para el diagnóstico de la hipertensión del embarazo se evalúa y registra en el expediente clínico			
1	Cuenta el expediente clínico con llenado del formulario de Historia Clínica Perinatal con Near Miss. (S, N)	9	Presencia de fosfenos (S, N)
2	Antecedentes familiares de hipertensión (S, N)	10	Edema matutino en cara, manos y piernas (S, N)
3	Antecedentes personales de hipertensión (S, N)	11	Signos vitales (FC, TA, FR) (S, N)
4	Antecedentes personales de preeclampsia / eclampsia (S, N)	12	Valoración cardio pulmonar (S, N)
5	Excesiva ganancia de peso evidenciado en el llenado de la curva de incremento de peso materno (S, N)	13	Valoración neurológica (S, N)
6	Presencia de cefalea (S, N)	14	Frecuencia cardíaca fetal (S, N, NA) NA: Puérpera.
7	Presencia de epigastralgia (S, N)	15	Movimientos fetales (S, N, NA) NA: Puérpera.
8	Presencia de tinnitus (S, N)		
Se solicitan e interpretan en el expediente clínico las siguientes pruebas:			
16	Hemograma (S, N)	22	Proteinuria (S, N)
17	Plaquetas (S, N)	23	Transaminasas séricas (S, N)
18	TP y TPT (S, N)	24	LDH (S, N)

3-Atención de Complicaciones Obstétricas

3.1-Atención de la Hipertensión del Embarazo:

19	Bilirrubinas (S, N)	25	Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal clínico o electrónico. (S, N, NA) NA: Puérpera.
20	Creatinina (S, N)	26	Sonografía (S, N, NA) NA: Puérpera.
21	Examen de orina (S, N)	27	Doppler fetoplacentario (S, N, NA) NA: Puérpera.
Con relación al diagnóstico se registra en expediente clínico:			
28	Cumplimiento de criterios diagnósticos de preeclampsia no severa. (S, N, NA) NA: No fue diagnosticada como preecláptica no severa.	30	Cumplimiento de criterios diagnósticos de Síndrome de HELLP. (S, N, NA) NA: No fue diagnosticada como Síndrome de HELLP.
29	Cumplimiento de criterios diagnósticos de preeclampsia severa o eclampsia. (S, N, NA) NA: No fue diagnosticada como preecláptica severa o ecláptica.		
Ante diagnóstico de preeclampsia no severa se evidencia en expediente clínico:			
31	Seguimiento dos veces por semana de función renal, proteinuria, deshidrogenasa (LDH), electrolitos, conteo completo de células sanguíneas, transaminasas y bilirrubinas. (S, N, NA) NA: No fue diagnosticada como preecláptica no severa.	34	Administración de ciclo de corticoesteroides entre las semanas 24 y 34 de gestación (Betametasona 12 mg por vía intramuscular cada 24 horas, 2 dosis o Dexametasona 6 mg por vía intramuscular cada 12 horas, 4 dosis). (S, N, NA) NA: Fuera del rango de 24-34 semanas. No fue diagnosticada como preecláptica no severa.
32	Realización semanal de pruebas de bienestar fetal. (S, N, NA) NA: No fue diagnosticada como preecláptica no severa.	35	Realización de Doppler de arteria umbilical y circuito vascular fetal ante sospecha de retardo del crecimiento intrauterino. (S, N, NA) NA: No sospechó retardo del crecimiento intrauterino. No fue diagnosticada como preecláptica no severa.
33	Monitoreo fetal electrónico dos veces por semana después de 34 semanas. (S, N, NA) NA: Menor o igual a 34 semanas. No fue diagnosticada como preecláptica no severa.	36	Resolución del embarazo en semana 37 o antes, al evidenciar complicación materna o fetal. (S, N, NA) NA: No fue diagnosticada como preecláptica no severa.

3-Atención de Complicaciones Obstétricas

3.1-Atención de la Hipertensión del Embarazo:

Ante diagnóstico de preeclampsia severa y eclampsia se evidencia en expediente clínico:

37	Control continuo de presión arterial. (S, N, NA). NA: No es preecláptica severa o ecláptica.	40	Administración de sulfato de magnesio (intravenoso a dosis de 4-6 gramos en bolo diluido en tiempo no menos de 15 minutos, dosis de inicio y continuar con dosis de 1 g por hora E.V. de preferencia con bomba de infusión continua como dosis de mantenimiento. Mantener 1 g por hora o 2 g cada dos horas por 24 horas después del parto. (S, N, NA). NA: No es preecláptica severa o ecláptica.
		41	Administración de ciclo de corticoesteroides en embarazos entre semanas 24 y 34 de gestación. (S, N, NA) NA: Fuera del rango de 24-34 semanas. No es preecláptica severa o ecláptica.
		42	Monitoreo fetal electrónico o clínico. (S, N, NA). NA: No es preecláptica severa o ecláptica.
		43	Administración de oxígeno a razón de 5 litros/minuto frente a antecedentes o presencia de convulsiones o dificultad ventilatoria manifiesta. (S, N, NA) NA: Sin antecedentes o presencia de convulsiones, sin dificultad respiratoria manifiesta. No es preecláptica severa o ecláptica.
38	Canalización y administración de soluciones cristaloides. (S, N, NA) NA: No es preecláptica severa o ecláptica.	44	Colocación de sonda vesical y cuantificación del gasto urinario (S, N, NA). NA: No es preecláptica severa o ecláptica.
39	Administración de uno de los siguientes antihipertensivos: 1.Nifedipina tableta 10 mg. Repetir cada 30 minutos si es necesario. Continuar luego con 1 tableta cada 6 horas. 2.Hidralazina bolo de 5 mg E.V. cada 20 minutos, previa valoración de la PA diastólica. Dosis total máxima hasta 20 mg. Seguir respuesta clínica. 3.Labetalol en bolo E.V. de 20 mg. Si la respuesta es sub óptima seguir con dosis respuesta de 20 mg cada 10-15 minutos, aplicar tres dosis con dosis máxima 300 mg). (S, N, NA). NA: No es preecláptica severa o ecláptica.	45	Interrupción del embarazo en coordinación con Neonatología. (S, N, NA). NA: No es preecláptica severa o ecláptica.
		46	Alerta a equipo interdisciplinario y manejo institucional, de ser posible en UCI. (S, N, NA). NA: No es preecláptica severa o ecláptica.
		47	Firma de consentimiento informado. (S, N, NA). NA: No es preecláptica severa o ecláptica.

3-Atención de Complicaciones Obstétricas

3.1-Atención de la Hipertensión del Embarazo:

Con relación al manejo básico del síndrome de HELLP se evidencia en el expediente clínico:

48	Ingreso inmediato a UCI. (S, N, NA) NA: No tuvo Síndrome de HELLP.	54	Solicitud de hemoderivados. (S, N, NA) NA: No tuvo Síndrome de HELLP.
49	Canalización de 2 venas y administración de soluciones cristaloides. (S, N, NA) NA: No tuvo Síndrome de HELLP.	55	Transfusión de plaquetas si están igual o menor de 50 mil/mm ³ . (S, N, NA) NA: Plaquetas son mayores a 50,000. No tuvo Síndrome de HELLP.
50	Administración de antihipertensivos con TAD igual o mayor de 110 mmHg. (S, N, NA) NA: No tuvo Síndrome de HELLP.	56	Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal clínico o electrónico continuo. (S, N, NA) NA: No está embarazada. No tuvo Síndrome de HELLP.
51	Administración de sulfato de magnesio según protocolo. (S, N, NA) NA: No tuvo Síndrome de HELLP.	57	Programar parto en el corto plazo y realizar cesárea sólo por indicación obstétrica. (S, N, NA) NA: No está embarazada. No tuvo Síndrome de HELLP.
52	Solicitud e interpretación de pruebas de laboratorio según protocolo. (S, N, NA) NA: No tuvo Síndrome de HELLP.	58	Manejo en UCI durante el posparto. (S, N, NA) NA: No tuvo Síndrome de HELLP.
53	Doppler y perfil biofísico fetal si las condiciones de la paciente lo permiten; Sonografía hepática y radiografía de tórax (S, N, NA) NA: Puérpera. Las condiciones no lo permiten. No tuvo Síndrome de HELLP.		

Para el egreso hospitalario se evalúa y evidencia en expediente clínico que la mujer cumple con los siguientes parámetros:

60	En preeclampsia severa, egreso con condición clínica controlada en un tiempo no inferior a 72 horas. (S, N, NA). NA: No tuvo preeclampsia severa; fallecimiento.	62	En Síndrome de HELLP, egreso con condición clínica controlada en un tiempo no inferior a 96 horas. (S, N, NA) NA: No tuvo Síndrome de HELLP; fallecimiento.
61	En eclampsia, egreso con condición clínica controlada en un tiempo no inferior a 96 horas. (S, N, NA). NA: No tuvo preeclampsia severa; fallecimiento.	63	Se da información a la mujer y acompañantes sobre signos y síntomas de alarma, importancia de la anticoncepción y del control postparto. (S, N, NA) NA: Fallecimiento.

En el expediente clínico se registra la información brindada a la mujer o familia en relación con:

64	Se brindó consejería y ofertó método anticonceptivo (S, N, NA). NA: Fallecimiento.	66	Signos y síntomas de alarma. (S, N, NA) NA: Fallecimiento.
65	Egresó con un Método Anticonceptivo. (S, N, NA) NA: No aceptó método anticonceptivo. Fallecimiento.	67	Asignación a cita de control. (S, N, NA) NA: Fallecimiento.

3. Atención de las complicaciones obstétricas

3.2 Instrumento de evaluación de la adherencia al protocolo de atención de la hemorragia posparto primaria

Llenar el anverso y reverso de la Historia Clínica Perinatal Near Miss (Anexo 1.A y 1.B) que facilita el registro de la información clínica. En ella se deben registrar la morbilidad, trastornos metabólicos, otros trastornos y complicaciones obstétricas, intervenciones y variables para identificar casos de near miss (morbilidad materna extrema) basado en criterios clínicos o de disfunción de órgano-sistema, de laboratorio y también intervenciones. Según el protocolo, se realiza en el primer minuto la clasificación del estado de choque y se procede a la activación del código rojo establecido en el hospital.

La activación del código rojo, o la atención de la hemorragia posparto primaria, implica que antes de transcurridos los 20 minutos posteriores a la identificación se deben realizar, como mínimo, las actividades evaluadas en el instrumento. Se debe corroborar en el expediente clínico los tiempos transcurridos y la atención integral descrita.

Tener presente la nemotecnia de las 4T (Tono, Trauma, Tejido y Trombina). La causa más frecuente de hemorragia posparto es la atonía uterina, en el 65-90%. Recuerde que varias T pueden coexistir como causa de esta hemorragia.

Tenga presente que el masaje uterino, la compresión uterina bimanual, la compresión de la aorta abdominal, la utilización del traje antishock no neumático -TAN-, el balón de Bakri o el elaborado con sonda y condón, pueden hacer que la sangre requerida en el momento, y que muy probablemente no esté disponible en el hospital, sea la misma o mayor cantidad que aquella que se puede evitar que la paciente pierda mientras es trasladada de emergencia a sala de partos o a sala de operaciones, o de una unidad de salud a otra.

Cuando se requiere sangre o hemoderivados y se encuentran disponibles, iniciar transfusión sanguínea entre los 20 y 60 minutos posteriores al diagnóstico.

En caso de atonía uterina, que es causante del 65-90% de todas las hemorragias posparto, hay que actuar rápidamente, pedir ayuda y cumplir con los pasos establecidos.

Si la hemorragia es por lesión del canal del parto o por retención de restos placentarios, se debe corregir el evento como indica el protocolo y en todo caso se debe administrar antibiótico profiláctico, consignándose en el expediente las prácticas clínicas realizadas.


Debe consignarse en el expediente las razones por las que se optó por el manejo quirúrgico de la atención de la hemorragia posparto primaria, así como las prácticas clínicas realizadas.

De especial importancia es tener en cuenta los parámetros clínicos y de laboratorio para dar alta (autorizar egreso) hospitalaria a la mujer atendida por hemorragia posparto primaria.

El apoyo familiar tiene un gran significado emocional y de protección, razón por la cual al egreso hospitalario se debe brindar la información y educación necesarias, con participación de personas clave del entorno familiar, adecuadas según cada caso y contexto, respondiendo a las necesidades específicas y, por lo menos, a las establecidas en el protocolo.

Una oportunidad de oro es la consejería anticoncepcional en el posevento obstétrico, con el fin de obtener espacios intergenésicos adecuados. Si no es posible suministrar en el establecimiento de salud la anticoncepción elegida, se debe referir al establecimiento de salud que le garantice el acceso al método anticonceptivo a la mayor brevedad posible.

Todas las prácticas clínicas deben estar consignadas en el expediente clínico. No olvide llenar apropiadamente en el expediente clínico el diagnóstico de egreso (en la hoja de admisión y egreso), conforme a lo establecido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

	Instrumento de evaluación de la adherencia al Protocolo de Atención de la Hemorragia Posparto Primaria		
<p>Proceso de atención: Atención de las complicaciones obstétricas.</p> <p>Estándar: Toda paciente con hemorragia posparto primaria, recibirá atención conforme a los Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología, y el Código Rojo Obstétrico.</p> <p>Indicador: Porcentaje de pacientes con hemorragia posparto primaria que reciben atención conforme a los Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología, y el Código Rojo Obstétrico.</p>			
Registro de cumplimiento de 50 criterios	S (Si cumple)	N (No cumple);	NA (No Aplica, en la condición descrita en el criterio específico).

3.2- Atención de la Hemorragia Posparto:

Durante el manejo inicial de la HPP (minuto cero) se evidencia en el expediente clínico:			
1	Clasificación del grado de choque. (S, N, NA). NA: En caso de que se haya descartado choque por los parámetros establecidos.	2	Activación de Código Rojo. (S, N, NA). NA: En caso de que se haya descartado choque por los parámetros establecidos.

3.2- Atención de la Hemorragia Posparto:

Entre el minuto 1 y el minuto 20 posterior a la activación del código rojo se evidencia en el expediente clínico:

3	Infusión de soluciones cristaloides, calientes. (S, N)	11	Masaje y compresión bimanual del útero. (S, N)
4	Suministro de oxígeno (máscara- reservorio o cánula nasal). (S, N)	12	Valoración de Tono uterino (Atonía uterina). (S, N)
5	Canalización de dos vías permeables. (S, N)	13	Valoración de Trauma (Lesiones del canal del parto). (S, N)
6	Toma de muestras para hemograma completo y tipificación, cruces sanguíneos, tiempo de protrombina (TP), tiempo parcial de tromboplastina (TPT), fibrinógeno y test de Weimer. (S, N)	14	Valoración de Tejidos (Retención de placenta o restos placentarios y membranosos). (S, N)
7	Infusión de líquidos y monitorización de signos de perfusión y frecuencia respiratoria cada 5 minutos. (S, N)	15	Valoración de Trombina (Alteraciones de la coagulación a través tiempo de protrombina (TP), tiempo parcial de tromboplastina (TPT), fibrinógeno y test de Weimer). (S, N)
8	Colocación de traje anti shock no neumático. (S, N, NA). NA: En caso de que se haya descartado choque por los parámetros establecidos.	16	Inicio inmediato del procedimiento de referimiento. (S, N, NA) NA: en caso de estar en 2o o 3er nivel.
9	Evacuación de vejiga, colocación de sonda vesical y medición de diuresis. (S, N)	17	Estabilización y traslado de la paciente en ambulancia medicalizada y garantizando masaje uterino activo, las maniobras de reanimación, reemplazo de volumen y administración de medicamentos (goteo de oxitocina en caso de atonía). (S, N, NA) NA: en caso de estar en 2o o 3er nivel.
10	Mantenimiento de la temperatura corporal estable. (S, N)		

Entre el minuto 20 y el minuto 60 posterior a la activación del código rojo se evidencia en el expediente clínico:

18	Inicio de transfusión de sangre ante choque grave. (S, N, NA) NA: Sin choque grave.	19	Conservación del volumen útil circulante. (S, N)
----	---	----	--

Ante diagnóstico de atonía uterina se evidencia en el expediente clínico:

20	Realización de maniobras compresivas: Masaje uterino bimanual o compresión externa de la aorta abdominal. (S, N, NA). NA: Otra causa que no es atonía uterina. Tenga presente que la causa puede ser por una o más de las 4 T.	23	Manejo farmacológico con misoprostol 800 microgramos por vía sublingual, (sólo si no se contaba con Oxitocina o Maleato de metilergonovina para el manejo de la hemorragia posparto). (S, N, NA). NA: Resolvió con manejo farmacológico previo con oxitocina o ergometrina. Otra causa que no es atonía uterina. Tenga presente que la causa puede ser por una o más de las 4 T.
----	--	----	--

3.2- Atención de la Hemorragia Posparto:

21	Manejo farmacológico con oxitocina 40 UI en cuatro horas. (S, N, NA). NA: Otra causa que no es atonía uterina. Tenga presente que la causa puede ser por una o más de las 4 T.	24	Manejo farmacológico con ácido tranexámico en dosis de 1 g por vía IV (si la administración de la oxitocina seguido de las opciones de tratamiento de segunda línea y el misoprostol no lograron detener la hemorragia; o como complemento a la sutura de traumatismos del canal del parto identificados como causa del sangrado. (S, N, NA). NA: Resolvió con manejo farmacológico previo con oxitocina o ergometrina o misoprostol. Otra causa que no es atonía uterina. Tenga presente que la causa puede ser por una o más de las 4 T.
22	Manejo farmacológico con ergometrina 0.2 mg por vía IM con repetición de una sola dosis adicional después de 20 minutos y continuidad en caso de ser necesario de 0.2 mg cada 4-6 horas, con un máximo de cinco ampollas en un lapso de 24 horas. (S, N, NA). NA: Resolvió con manejo farmacológico con oxitocina. Otra causa que no es atonía uterina. Tenga presente que la causa puede ser por una o más de las 4 T.		

En hemorragia posparto por Trauma se evidencia en el expediente clínico:

25	Identificación del lugar y tipo de desgarro. (S, N, NA). NA: En caso de que la causa no sea por Trauma. Tenga presente que la causa puede ser por una o más de las 4 T.	27	Administración de una dosis de antibiótico profiláctico (cefazolina 1g por vía IV) antes o después de la revisión (descartando antecedentes de reacción alérgica). (S, N, NA). NA: En caso de que la causa no sea por Trauma. Tenga presente que la causa puede ser por una o más de las 4 T.
26	Reparación del desgarro con material sintético absorbible. (S, N, NA). NA: En caso de que la causa no sea por Trauma. Tenga presente que la causa puede ser por una o más de las 4 T.		

En hemorragia posparto por Tejidos (retención placentaria o retención de fragmentos placentarios o membranosos) se evidencia en el expediente clínico:

28	Extracción de la placenta retenida con técnica de extracción manual, de preferencia bajo anestesia general. Extracción de los restos placentarios o membranosos. (S, N, NA). NA: En caso de que la causa no sea por Tejidos. Tenga presente que la causa puede ser por una o más de las 4 T.	29	Administración de una dosis de antibiótico profiláctico (cefazolina 1g por vía endovenosa) antes o después de la revisión (descartando antecedentes de reacción alérgica). (S, N, NA). NA: En caso de que la causa no sea por Tejidos. Tenga presente que la causa puede ser por una o más de las 4 T.
----	--	----	--

Ante manejo quirúrgico se evidencia en el expediente clínico:

30	Evaluación y descripción de la necesidad de cirugía. (S, N, NA) NA: No requirió manejo quirúrgico.	34	Realización de la hemostasia en no más de 20 minutos. (S, N, NA) NA: No requirió manejo quirúrgico.
31	Vigilancia y corrección de Coagulación Intravascular Diseminada (CID) previo al manejo quirúrgico. (S, N, NA). NA: En caso de que la causa no sea por Trastornos de Coagulación. No requirió manejo quirúrgico. Tenga presente que la causa puede ser por una o más de las 4 T.	35	Soporte posquirúrgico avanzado: unidad de cuidados intensivos y trombo profilaxis, una vez resuelta la hemorragia y la CID. (S, N, NA) NA: No requirió manejo quirúrgico.

3.2- Atención de la Hemorragia Posparto:

32	Vigilancia y corrección de estado ácido básico. (S, N, NA) NA: No hay alteración del estado ácido base.	36	Monitoreo estricto (signos de perfusión, sangrado vaginal, contracción uterina) cada 15 minutos durante las dos primeras horas poshemorragia. (S, N, NA) NA: No requirió manejo quirúrgico.
33	Realización de hemostasia con suturas de B-Lynch (en poscesárea), Hayman (en posparto vaginal), ligadura bilateral de arterias uterinas, ligadura bilateral de arterias ilíacas internas (hipogástricas), histerectomía o embolización arterial selectiva. (S, N, NA) NA: No requirió manejo quirúrgico.		

Para el egreso hospitalario se evalúa y evidencia en el expediente clínico que la mujer cumple con los siguientes parámetros:

37	Cuenta el expediente clínico con llenado del formulario de Historia Clínica Perinatal con Near Miss. (S, N)	40	Ausencia de reacción hemolítica o alergia a sangre o hemoderivados. (S, N)
38	Hemoglobina mayor de 9 o hematocrito mayor de 27 o estabilidad de signos vitales y función cardíaca. (S, N)	41	Causa de hemorragia controlada. (S, N)
39	Mujer afebril con foco de infección descartado. (S, N)	42	Transcurrieron 72 horas poshemorragia. (S, N)

En el expediente clínico se registra la información brindada a la mujer o familia en relación con:

43	Gravedad e implicaciones médico-quirúrgicas. (S, N)	47	Se brindó consejería y ofertó método anticonceptivo (S, N, NA). NA: Fallecimiento.
44	Procedimientos realizados (cirugías, transfusiones). (S, N)	48	Egresó con un Método Anticonceptivo. (S, N, NA) NA: No aceptó método anticonceptivo. Fallecimiento.
45	Pronóstico materno-fetal. (S, N)	49	Signos y síntomas de alarma. (S, N, NA) NA: Fallecimiento.
46	Cumplimiento del tratamiento indicado. (S, N)	50	Asignación de cita de control. NA: Fallecimiento. (S, N)

3.3 Instrumento de evaluación de la adherencia al protocolo de atención de manejo del aborto espontáneo.

Llenar la Historia Clínica de Mujeres en Situación de Aborto que incluye aborto, mola y embarazo ectópico (Embarazo No Viable) (Anexo 6). Para otros elementos que complican el aborto, llenar el reverso de la Historia Clínica Perinatal Near Miss (Anexo 1.B) que facilita el registro de la información clínica. Es importante señalar que en el expediente clínico se deben consignar todos los hallazgos, positivos o negativos, «normales» o «anormales», sin riesgo o de riesgo.

En el expediente clínico se debe registrar e interpretar por parte del médico tratante cada uno de los aspectos establecidos en el protocolo, ya que son considerados de gran importancia en el pronóstico.

No olvide que el formulario de historia clínica de aborto que es oficial en la República Dominicana es a su vez una ayuda-trabajo, que facilita el cumplimiento de los protocolos de atención a mujeres en situación de aborto.

Para el manejo del aborto espontáneo se debe complementar la evaluación clínica del estado de la usuaria con pruebas de laboratorio clínico y de sonografía que respaldan la conducta a seguir y que deben encontrarse en el expediente clínico como forma de verificación.

Según el protocolo, existen criterios clínicos para definir la conducta de manejo farmacológico o quirúrgico, y deben estar consignados en el expediente clínico. También es importante contar con el consentimiento informado de la usuaria, lo que implica la explicación por parte del equipo de salud de los asuntos relacionados con el diagnóstico, manejo, pronóstico y posibles complicaciones.

Aprovechar la oportunidad en la consejería anticoncepcional en el posevento obstétrico con el fin de obtener espacios intergenésicos adecuados. Si no es posible en el establecimiento de salud suministrar la anticoncepción elegida, se debe referir al establecimiento de salud que le garantice el acceso al método a la mayor brevedad posible, lo cual debe quedar consignado en el expediente clínico.



Instrumento de evaluación de la adherencia al Protocolo de Manejo del Aborto Espontáneo

Proceso de atención: Atención de las complicaciones obstétricas.

Estándar: Toda paciente en situación de aborto, recibirá atención conforme a los Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología.

Indicador: Porcentaje de pacientes en situación de aborto que reciben atención conforme a los Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología.

Registro de cumplimiento de 28 criterios

S (Si cumple)

N (No cumple);

NA (No Aplica, en la condición descrita en el criterio específico).

3.3- Atención del Aborto Espontáneo:

Se evidencia en el expediente clínico

1	Cuenta el expediente clínico con llenado del formulario de Historia Clínica de Mujeres en Situación de Aborto. (S, N)	4	Identificación de los riesgos psicosociales según protocolo de atención. (S, N)
2	Valoración de antecedentes obstétricos. (S, N)	5	Ante la identificación de uno o más factores de riesgo psicosocial se solicita interconsulta con psicología. (S, N)
3	Valoración de antecedentes patológicos. (S, N)		

Para el diagnóstico del aborto espontáneo se evalúa y registra en el expediente clínico presencia de:

6	Dolor en hipogastrio con sangrado genital. (S, N)	8	Fiebre y malestar general, en casos de aborto séptico. (S, N, NA) NA: No es aborto séptico.
7	Amenorrea (S, N)		

Se solicitan e interpretan exámenes de laboratorio y pruebas diagnósticas como:

9	Medición de B-HCG cuantitativa / cualitativa. (S, N)	11	Tipificación sanguínea. (S, N)
10	Hemograma (S, N)	12	Ultrasonido transvaginal / Sonografía. (S, N)

Para manejo farmacológico o quirúrgico en embarazo menor o igual a 12 semanas se evidencia en el expediente clínico:

13	Manejo ambulatorio. (S, N, NA) NA: El embarazo era de entre 13 y 20 semanas.	16	Antibióterapia profiláctica de 15 a 60 minutos antes de la realización del procedimiento quirúrgico. (S, N, NA) NA: El embarazo era de entre 13 y 20 semanas.
14	Firma de consentimiento informado. (S, N, NA) NA: El embarazo era de entre 13 y 20 semanas.	17	Manejo quirúrgico con aspiración endouterina o dilatación y evacuación uterina. (S, N, NA) NA: El embarazo era de entre 13 y 20 semanas.
15	Uso de esquema de misoprostol según los criterios establecidos. (S, N, NA) NA: El embarazo era de entre 13 y 20 semanas.		

3.3- Atención del Aborto Espontáneo:

Para manejo farmacológico o quirúrgico en embarazo entre 13 y 20 semanas se evidencia en el expediente clínico

18	Ingreso hospitalario. (S, N, NA) NA: El embarazo era menor o igual a 12 semanas.	22	Antibióterapia profiláctica de 15 a 60 minutos antes de la realización del procedimiento. (S, N, NA) NA: El embarazo era menor o igual a 12 semanas.
19	Consejería integral durante el manejo del aborto. (S, N, NA) NA: El embarazo era menor o igual a 12 semanas.	23	Manejo quirúrgico con dilatación cervical y evacuación uterina. (S, N, NA) NA: El embarazo era menor o igual a 12 semanas.
20	Firma de consentimiento informado. (S, N, NA) NA: El embarazo era menor o igual a 12 semanas.	24	Administración de antibióterapia ante sintomatología de infección. (S, N, NA) NA: El embarazo era menor o igual a 12 semanas. No había sintomatología de infección.
21	Uso de esquema de misoprostol según los criterios establecidos. (S, N, NA) NA: El embarazo era menor o igual a 12 semanas.		


Para el egreso hospitalario de la mujer se evidencia en el expediente clínico:

25	Brindó consejería y ofertó método anticonceptivo. (S, N).	27	Educación en signos y síntomas de alarma. (S, N)
26	Egresó con un Método Anticonceptivo. (S, N, NA) NA: No aceptó método anticonceptivo.	28	Asignación de cita de control. (S, N)

3.4. Instrumento de evaluación de la adherencia al protocolo de atención del embarazo ectópico.

Llenar la Historia Clínica de Mujeres en Situación de Aborto que incluye aborto, mola y embarazo ectópico (Embarazo No Viable) (Anexo 6) que facilita el registro de la información clínica marcando en Tipo de Aborto la opción Embarazo No Viable. Es importante señalar que en el expediente clínico se deben consignar todos los hallazgos, positivos o negativos, «normales» o «anormales», sin riesgo o de riesgo. Para otros elementos que complican el embarazo ectópico, llenar el reverso de la Historia Clínica Perinatal Near Miss (Anexo 1.B) que facilita el registro de la información clínica.

En el expediente clínico se debe registrar e interpretar por parte del médico tratante cada uno de los aspectos establecidos en el protocolo, ya que son considerados de gran importancia en el pronóstico y manejo clínico.

	Instrumento de evaluación de la adherencia al Protocolo de Atención del Embarazo Ectópico		
<p>Proceso de atención: Atención de las complicaciones obstétricas.</p> <p>Estándar: Toda paciente con embarazo ectópico, recibirá atención conforme a los Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología.</p> <p>Indicador: Porcentaje de pacientes con embarazo ectópico que reciben atención conforme a los Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología.</p>			
Registro de cumplimiento de 21 criterios	S (Si cumple)	N (No cumple);	NA (No Aplica, en la condición descrita en el criterio específico).

3.4- Atención del Embarazo Ectópico:

Se evidencia en el expediente clínico:

1	Llenado del formulario de Historia Clínica de Mujeres en Situación de Aborto, registrando el Tipo en Embarazo No Viable. (S, N):		
Para el diagnóstico del embarazo ectópico se evalúa y registra en el expediente clínico la presencia de:			
2	Sangrado transvaginal (S, N)	5	Masa palpable en anexo (S, N)
3	Dolor abdominal (S, N)	6	Inestabilidad hemodinámica (S, N)
4	Amenorrea (S, N)		

3.4- Atención del Embarazo Ectópico:

Para el diagnóstico del embarazo ectópico se solicitan e interpretan exámenes de laboratorio y pruebas diagnósticas:

7	Ultrasonido transvaginal / Sonografía (ausencia de gestación intrauterina). (S, N)	9	Hemograma (S, N)
8	Medición seriada de la gonadotropina coriónica humana fracción beta (cuantitativa) / HCG (prueba cualitativa). (S, N)	10	Tipificación sanguínea (S, N)

Con relación al tratamiento, se evidencia en el expediente clínico:

11	Análisis y plan de manejo (Expectante, farmacológico, quirúrgico). (S, N)	15	Descripción de criterios para tratamiento quirúrgico. (S, N, NA) NA: No se realizó tratamiento quirúrgico.
12	Firma de consentimiento informado. (S, N)	16	Descripción de tratamiento quirúrgico. (S, N, NA) NA: No se realizó tratamiento quirúrgico.
13	Descripción de criterios para tratamiento farmacológico. Igual (S, N, NA) NA: No se realizó manejo farmacológico.	17	Evaluación de estabilidad hemodinámica. (S, N)
14	Descripción de esquema de dosis para tratamiento farmacológico. Igual (S, N, NA) NA: No se realizó manejo farmacológico.		

Con relación a criterios de egreso se evidencia en el expediente clínico:

18	Descripción de ausencia de complicaciones. (S, N)	20	Egresó con un Método Anticonceptivo. (S, N, NA) NA: No aceptó método anticonceptivo.
19	Brindó consejería y ofertó método anticonceptivo. (S, N).	21	Asignación de cita de control. (S, N)

3.5 Instrumento de evaluación de la adherencia al protocolo de diagnóstico y manejo del desprendimiento prematuro de placenta.

Llenar el anverso y reverso de la Historia Clínica Perinatal Near Miss (Anexo 1.A y 1.B) que facilita el registro de la información clínica. Es importante señalar que en el expediente clínico se deben consignar todos los hallazgos, positivos o negativos, «normales» o «anormales», sin riesgo o de riesgo.

En el expediente clínico se debe registrar e interpretar por parte del médico tratante cada uno de los aspectos establecidos en el protocolo, ya que son considerados de gran importancia en el pronóstico.

Para el manejo del desprendimiento prematuro de placenta se debe complementar la evaluación clínica del estado de la usuaria con pruebas de laboratorio clínico y de sonografía que respaldan la conducta a seguir y que deben encontrarse en el expediente clínico como forma de verificación.

El manejo clínico y el obstétrico son fundamentales para el buen abordaje y resolución de esta complicación obstétrica.

Para autorizar el egreso hospitalario, se deben evaluar las condiciones clínicas de la usuaria, lo que incluye pruebas de laboratorio y tiempos de estancia requerida para garantizar una evolución satisfactoria. Es importante señalar que en el expediente clínico se deben consignar todos los hallazgos para autorizar el egreso hospitalario, sean estos positivos o negativos, «normales» o «anormales», sin riesgo o de riesgo.

El apoyo familiar tiene un gran significado emocional y de protección, razón por la cual al egreso hospitalario se debe brindar la información y educación necesarias, con participación de personas clave del entorno familiar, adecuadas según cada caso y contexto, respondiendo a las necesidades específicas y, por lo menos, a las establecidas en el protocolo, en especial las relacionadas con signos y síntomas de alarma.

Es fundamental la consejería anticoncepcional en el posevento obstétrico, con el fin de obtener espacios intergenésicos adecuados. Si no es posible suministrar la anticoncepción elegida, se debe referir al establecimiento de salud que le garantice el acceso al método a la mayor brevedad posible, lo cual debe quedar consignado en el expediente clínico.

Proceso de atención: Atención de las complicaciones obstétricas.

Estándar: Toda paciente con desprendimiento prematuro de placenta, recibirá atención conforme a los Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología.

Indicador: Porcentaje de pacientes con desprendimiento prematuro de placenta que reciben atención conforme a los Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología.

Registro de cumplimiento de 34 criterios

S (Si cumple)

N (No cumple);

NA (No Aplica, en la condición descrita en el criterio específico).

3.5- Atención del Desprendimiento Prematuro de Placenta:

Para el diagnóstico de DPP se evalúa y registra en el expediente clínico

1	Presencia de sangrado vaginal. (S, N)	4	Frecuencia cardíaca fetal. (S, N)
2	Dolor abdominal. (S, N)	5	Signos y síntomas de descompensación cardiovascular. (S, N)
3	Contracción, sensibilidad y/o aumento del tono uterino. (S, N)	6	Evaluó posibilidad de trastornos hipertensivos del embarazo (S, N).

Se solicitan e interpretan en el expediente clínico las siguientes pruebas:

7	Hemograma (S, N)	10	Recuento plaquetario. (S, N)
8	Tipificación sanguínea. (S, N)	11	Fibrinógeno, Tiempo de sangría, Tiempo de coagulación y Tiempo de retracción del coágulo (Test de Weimer). (S, N)
9	TP y TPT (S, N)		

Con relación al manejo clínico se registra en el expediente clínico:

12	Canalización de dos vías permeables. (S, N)	15	Cruce y reserva de concentrado de hematíes o sangre total. (S, N)
13	Infusión con cristaloides. (S, N)	16	Cuantificación del sangrado. (S, N)
14	Monitoreo permanente de signos vitales. (S, N)		

3.5- Atención del Desprendimiento Prematuro de Placenta:

Con relación al manejo obstétrico se evidencia en el expediente clínico:

17	Valoración hemodinámica continua. (S, N)	20	Realización de parto vaginal en presencia de óbito fetal, estabilidad hemodinámica y dilatación igual o mayor a 8 cm. (S, N)
18	Realización de cesárea inmediata con feto vivo. (S, N)	21	Manejo activo de la tercera etapa del parto. (S, N)
19	Realización de cesárea inmediata en presencia de óbito fetal e inestabilidad hemodinámica. (S, N)	22	Activación de código rojo ante hemorragia obstétrica. (S, N)

Para el egreso hospitalario se evalúa y evidencia en el expediente clínico que la mujer cumple con los siguientes criterios:

23	Cuenta el expediente clínico con llenado del formulario de Historia Clínica Perinatal con Near Miss. (S, N)	26	Hemoglobina mayor de 9 o hematocrito mayor de 27 o estabilidad de signos vitales y función cardíaca. (S, N)
24	Hospitalización no menor a 48 horas. (S, N)	27	Ausencia de complicaciones hematológicas. (S, N)
25	Estabilidad hemodinámica. (S, N)	28	Función renal, hepática y respiratoria normales. (S, N)

En el expediente clínico se registra la información brindada a la mujer o familia en relación con:

29	Gravedad e implicaciones médico-quirúrgicas. (S, N)	32	Brindó consejería y ofertó método anticonceptivo. (S, N).
30	Procedimientos realizados (cirugías, transfusiones). (S, N)	33	Egresó con un Método Anticonceptivo. (S, N, NA) NA: No aceptó método anticonceptivo.
31	Educación en signos y síntomas de alarma. (S, N)	34	Signos y síntomas de alarma. (S, N)

Aspectos específicos a tener en cuenta para la evaluación de los protocolos de atención neonatal

Tener presente que el 80% de la mortalidad infantil ocurre en el período neonatal (primeros 28 días de vida) y el 80% de las muertes neonatales ocurren en los primeros 7 días (muerte neonatal precoz) y están estrechamente relacionadas a la calidad de la atención obstétrica y neonatal recibidas.

No olvide que el formulario de historia clínica de hospitalización neonatal que es oficial en la República Dominicana, es a su vez una ayuda-trabajo, que facilita el cumplimiento de los protocolos de atención a , facilita el registro de la información clínica. En ella se deben registrar el transporte del neonato, datos de ingreso, patologías, tratamiento, datos del egreso, tamizaje/inmunizaciones, indicaciones al egreso y el seguimiento coordinado del neonato. Este formulario se muestra en el Anexo 7.A y 7.B.

4. Instrumento de evaluación de la adherencia al protocolo de atención al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria

Llenar la Historia Clínica de Hospitalización Neonatal (Anexo 7.A y 7.B) que facilita el registro de la información clínica. En el expediente clínico se debe registrar e interpretar por parte del médico tratante cada uno de los aspectos establecidos en el protocolo, en especial los relacionados con las condiciones al momento del parto, ya que son considerados de gran importancia en el pronóstico.

Para el manejo del síndrome de dificultad respiratoria se debe complementar la evaluación clínica del estado del neonato con pruebas de laboratorio clínico y radiografía que respaldan la conducta a seguir y que deben encontrarse en el expediente clínico como forma de verificación.

En el Anexo 8 se encuentra la Escala de Silverman-Andersen.

Para autorizar el egreso hospitalario, se deben evaluar las condiciones clínicas del recién nacido, en especial las respiratorias, que garantizan una evolución satisfactoria. Es importante señalar que en el expediente clínico se deben consignar todos los hallazgos para autorizar el egreso hospitalario, sean estos positivos o negativos, «normales» o «anormales», sin riesgo o de riesgo.

El apoyo familiar de la madre y el recién nacido tiene un gran significado emocional y de protección, razón por la cual al egreso hospitalario se debe brindar la información y educación necesarias con participación de personas clave para la sobrevivencia del recién nacido, adecuadas según cada caso y contexto, respondiendo a las necesidades específicas y por lo menos a las establecidas en el protocolo.

Tres oportunidades se deben tener en cuenta por el beneficio que tiene para la salud y sobrevivencia del recién nacido:

- ▶ Evaluar y corregir la técnica del amamantamiento.
- ▶ Iniciar el esquema de vacunación vigente y entregar el carné de vacunación, explicándole a la madre o familiar las fechas programadas y los biológicos a aplicar.
- ▶ Asignar la cita de control del recién nacido posterior al egreso hospitalario en la cual se reforzarán aspectos de cuidado, así como se podrán identificar sus condiciones de salud.

4		Instrumento de evaluación de la adherencia al Protocolo de Atención al Recién Nacido con Síndrome de Dificultad Respiratoria	
<p>Proceso de atención: Atención de las complicaciones del recién nacido.</p> <p>Estándar: Todo recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria, recibirá atención conforme a los Protocolos de Atención para Pediatría.</p> <p>Indicador: Porcentaje de recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria que reciben atención conforme a los Protocolos de Atención para Pediatría.</p>			
Registro de cumplimiento de 40 criterios	S (Si cumple)	N (No cumple);	NA (No Aplica, en la condición descrita en el criterio específico).

4-Atención del Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR):

Para el diagnóstico de SDR se evalúa y registra en el expediente clínico:

1	Cuenta con el llenado del formulario de historia clínica de hospitalización neonatal. (S, N)	3	Tipo de parto. (S, N)
2	Antecedentes prenatales (pretérmino en embarazos anteriores, amenaza de parto pretérmino en embarazo actual, uso de útero inhibidores, aplicación de esquema de esteroides antenatales). (S, N)	4	Complicaciones antes o durante el parto (sufrimiento fetal, parto prolongado, DPP, prolapso de cordón, otras). (S, N)

Se solicitan e interpretan en el expediente clínico las siguientes pruebas:

5	Radiografía de tórax. (S, N)	9	Gases arteriales en dificultad respiratoria moderada o intensa; esto corresponde a Silverman-Andersen 4 a 6 y 7 o más, respectivamente. (S, N) (S, N, NA) NA: en caso de dificultad respiratoria leve.
6	Hemograma (S, N)		
7	Proteína C reactiva (PCR). (S, N)	10	Calcio en RN pretérmino. (S, N)
8	Glicemia (S, N)		

Con relación al manejo se registra en el expediente clínico:

11	Clasificación del grado de dificultad respiratoria (Leve, moderada, intensa); esto corresponde a Silverman-Andersen 1 a 3, 4 a 6 y 7 o más, respectivamente. (S, N)	13	Referimiento inmediato desde nivel básico. (S, N, NA) NA: en caso de estar siendo manejado en segundo o tercer nivel.
12	Ante sospecha de cardiopatía, solicitud de ecocardiograma e interconsulta por cardiología. (S, N, NA) NA: en caso de que no se sospechó cardiopatía.		

4-Atención del Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR):

Con relación al manejo se registra en el expediente clínico:

14	Evaluación de necesidad de reanimación. (S, N)	21	Administración de Presión Positiva Continua en vías aéreas (CPAP) en dificultad respiratoria moderada o intensa; esto corresponde a Silverman-Andersen 4 a 6 y 7 o más, respectivamente. (S, N, NA) NA: en caso de dificultad respiratoria leve.
15	Aspirado de secreciones. (S, N)		
16	Eutermia del recién nacido. (S, N)	21	Intubación orotraqueal en RN con dificultad respiratoria progresiva. (S, N, NA) NA: No requirió intubación orotraqueal. No hubo dificultad respiratoria progresiva.
17	Posicionamiento de cabeza. (S, N)	22	Intubación orotraqueal en RN con dificultad respiratoria progresiva. (S, N, NA) NA: No requirió intubación orotraqueal. No hubo dificultad respiratoria progresiva.
18	Despeje de vía aérea. (S, N)	23	Traslado a UCIN en caso de SDR moderada o intensa; esto corresponde a Silverman-Andersen 4 a 6 y 7 o más, respectivamente. (S, N, NA) NA: en caso de dificultad respiratoria leve.
19	Realización de secado y estimulación. (S, N)		
20	Administración de oxígeno. (S, N)		

Con relación al tratamiento se evidencia en el expediente clínico:

24	Manejo farmacológico en neonatos con infecciones respiratorias. (S, N, NA) NA: No tiene infección respiratoria.	26	Administración inicial de surfactante a todos los RN con SDR en las primeras dos horas, con ventilador mecánico o bolsa autoinflable. (S, N).
25	Intubación orotraqueal en RN con dificultad respiratoria progresiva, si no se realizó en sala de partos. (S, N, NA) NA: Sin dificultad respiratoria progresiva. No requirió intubación orotraqueal.	27	Colocación de tubo de tórax ante neumotórax con inestabilidad hemodinámica. (S, N, NA) NA: No hubo neumotórax o este no produce inestabilidad hemodinámica.

Para el egreso hospitalario se evalúa y evidencia en el expediente clínico que el recién nacido cumple con los siguientes parámetros:

28	Ausencia de dificultad respiratoria. (S, N)	31	Adecuada coordinación, succión, deglución y respiración. (S, N)
29	No requerimiento de oxígeno. (S, N)	32	Lactancia materna a libre demanda. (S, N, NA) NA: Cuando este contraindicada.
30	Tolerancia de vía oral a libre demanda. (S, N)		

Se registra en el expediente clínico la información brindada a la madre o familiares en relación con:

33	Complicaciones (S, N)	37	Cuidados posturales al alimentarlo y al dormir. (S, N)
34	Cuidados generales del recién nacido. (S, N)	38	Administración de medicamentos. (S, N)
35	Signos y síntomas de alarma. (S, N)	39	Vacunación (S, N)
36	Cuidados nutricionales. (S, N)	40	Asignación de cita de control del recién nacido. (S, N)

5. Instrumento de evaluación de la adherencia al protocolo de atención al tratamiento de la sepsis neonatal.

Llenar la Historia Clínica de Hospitalización Neonatal (Anexo 7.A y 7.B) que facilita el registro de la información clínica. En el expediente clínico se debe registrar e interpretar por parte del médico tratante cada uno de los aspectos establecidos en el protocolo, en especial los relacionados con la evolución, consignando todos los hallazgos, positivos o negativos, «normales» o «anormales», sin riesgo o de riesgo, con la interpretación por parte del médico tratante de cada uno de los aspectos establecidos en el protocolo, ya que son considerados de gran importancia en el pronóstico.

Para el manejo de la sepsis neonatal se debe complementar la evaluación clínica del estado del neonato con pruebas de laboratorio clínico y radiografías que respaldan la conducta a seguir y que deben encontrarse en el expediente clínico como forma de verificación.

Por la importancia clínica del diagnóstico, el pronóstico y la urgencia, los expedientes clínicos de neonatos con diagnóstico de sepsis neonatal, deben tener consignado el manejo establecido en el protocolo.

Para autorizar el egreso hospitalario, se deben evaluar las condiciones clínicas del recién nacido. Es importante señalar que en el expediente clínico se deben consignar todos los hallazgos para autorizar el egreso hospitalario, sean estos positivos o negativos, «normales» o «anormales», sin riesgo o de riesgo.

El apoyo familiar a la madre y el recién nacido tiene un gran significado emocional y de protección, razón por la cual al egreso hospitalario se debe brindar la información y educación necesarias con participación de personas clave para la sobrevivencia del recién nacido, adecuadas según cada caso y contexto, respondiendo a las necesidades específicas y por lo menos a las establecidas en el protocolo.

Tres oportunidades se deben tener en cuenta por el beneficio que tiene para la salud y sobrevivencia del recién nacido:

- ▶ Evaluar y corregir la técnica del amamantamiento.
- ▶ Iniciar el esquema de vacunación vigente y entregar el carné de vacunación, explicándole a la madre o familiar las fechas programadas y los biológicos a aplicar.
- ▶ Asignar la cita de control del recién nacido posterior al egreso hospitalario, en la cual se reforzarán aspectos de cuidado, así como se podrán identificar sus condiciones de salud.

5



Instrumento de evaluación de la adherencia al Protocolo de Atención de la Sepsis Neonatal

Proceso de atención: Atención de las complicaciones del recién nacido.

Estándar: Todo recién nacido con sepsis neonatal, recibirá atención conforme a los Protocolos de Atención para Pediatría.

Indicador: Porcentaje de recién nacidos con sepsis neonatal que reciben atención conforme a los Protocolos de Atención para Pediatría.

Registro de cumplimiento de 47 criterios

S (Si cumple)

N (No cumple);

NA (No Aplica, en la condición descrita en el criterio específico).

5-Atención de la Sepsis Neonatal (Temprana):

Para el diagnóstico de sepsis neonatal se evalúa y registra en el expediente clínico:

1	Cuenta con el llenado del formulario de historia clínica de hospitalización neonatal. (S, N)	9	Evalúa dificultades para la alimentación. (S, N)
2	Madre con diagnóstico (por hisopado vaginal y rectal entre las 35-37 SG) y tratamiento del estreptococo del Grupo B. (S, N)	10	Evalúa taquicardia – bradicardia (S, N)
3	Madre con diagnóstico y tratamiento de infección urinaria activa durante este parto vaginal/cesárea. (S, N)	11	Evalúa sintomatología digestiva. (S, N)
4	Antecedente de hijo previo con enfermedad neonatal infecciosa por EGB (sepsis neonatal por EGB, neumonía o meningitis confirmada para EGB). (S, N, NA) NA: es primer parto vaginal/cesárea.	12	Evalúa sintomatología respiratoria. (S, N)
5	Madre con antecedentes de nacimientos pretérmino. (S, N, NA) NA: es primer parto vaginal/cesárea.	13	Evalúa signos neurológicos (irritabilidad, letargia, hipoactividad). (S, N)
6	Madre con antecedentes de peso bajo al nacer. (S, N, NA) NA: es primer parto vaginal/cesárea.	14	Evalúa signos cardiocirculatorios (llenado capilar lento mayor de 2 segundos). (S, N)
7	Madre con ruptura prematura de membranas mayor de 18 horas en este parto vaginal/cesárea (S, N)	15	Evalúa signos hematológicos (ictericia, palidez, petequias, lesiones purpúricas, hemorragia, hepatoesplenomegalia). (S, N)
8	Evalúa trastornos de la regulación térmica. (S, N)		

5-Atención de la Sepsis Neonatal (Temprana):

Se solicitan e interpretan en el expediente clínico las siguientes pruebas:

16	Hemograma completo 6-8 horas después del nacimiento. (S, N)	20	Punción lumbar ante signos clínicos de meningitis o hemocultivo positivo. (S, N, NA) NA: No hay signos clínicos de meningitis. El hemocultivo es negativo.
17	Hemocultivo (S, N)	21	Radiografía de tórax si hay dificultad respiratoria. (S, N, NA) NA: No hay dificultad respiratoria.
18	PCR (6 - 8 horas después del nacimiento). (S, N)	22	Radiografía de abdomen si hay distensión abdominal/sintomatología digestiva (ante sospecha de enterocolitis). (S, N, NA) NA: No hay distensión abdominal/no hay sintomatología digestiva, ni sospecha de enterocolitis.
19	Glicemia (S, N)		

Con relación al manejo se evidencia en el expediente clínico:

23	Hospitalización en área neonatal. (S, N)	31	Tratamiento durante 7 días con antibiótico específico de acuerdo con resultado de hemocultivo. (S, N, NA) NA: en caso de evolución clínica y hematológica favorable con antibióticos de primera elección.
24	Monitoreo continuo de signos vitales. (S, N)	32	Cambio a antibióticos de segunda elección después de 48 horas de tratamiento, ante evolución desfavorable del RN, resistencia al antibiótico ya establecido. (S, N, NA) NA: En caso de no requerir de antibióticos de segunda línea después de 48 horas pues evolución es favorable.
25	Monitoreo de la presión de saturación de oxígeno si presenta dificultad respiratoria. (S, N, NA) NA: No presenta dificultad respiratoria.		
26	Medición de diuresis horaria. (S, N)		
27	Apoyo nutricional parenteral en caso de ayuno. (S, N, NA) NA: No está en ayuno.		
28	Lactancia materna (S, N, NA) NA: Lactancia materna contraindicada.	33	Toma de hemocultivo e inicio de tratamiento antibiótico empírico inmediato en recién nacido hijo de madre con diagnóstico clínico de corioamnionitis. (S, N, NA) NA: la madre no tuvo diagnóstico de corioamnionitis.
29	Tratamiento antimicrobiano, manejo biconjugado (ampicilina más amikacina o gentamicina). (S, N).		
30	Suspensión de tratamiento entre las 48 y 72 horas a RN con hemocultivos negativos y evolución clínica y hematológica favorable. (S, N, NA) NA: en caso de hemocultivo positivo o evolución clínica desfavorable.		

5-Atención de la Sepsis Neonatal (Temprana):

Para el egreso hospitalario se evalúa y evidencia en el expediente clínico que el neonato cumple con los siguientes criterios:

34	Funciones vitales normales. (S, N)	37	Termorregulación adecuada al medio ambiente. (S, N)
35	Ausencia de dificultad respiratoria. (S, N)	38	Adecuada coordinación, succión, deglución y respiración. (S, N)
36	No requerimiento de vía endovenosa por más de 24 horas. (S, N)	39	Lactancia materna a libre demanda. (S, N, NA) NA: Cuando este contraindicada.

Se registra en el expediente clínico la información brindada a la madre o familiares en relación con:

40	Complicaciones (S, N)	44	Cuidados posturales al alimentarlo y al dormir. (S, N)
41	Cuidados generales del recién nacido. (S, N)	45	Administración de medicamentos. (S, N)
42	Signos y síntomas de alarma. (S, N)	46	Vacunación (S, N)
43	Cuidados nutricionales. (S, N)	47	Asignación de cita de control del recién nacido. (S, N)



ANEXOS



ANEXO 1.B HISTORIA CLÍNICA PERINATAL NEAR MISS (REVERSO)

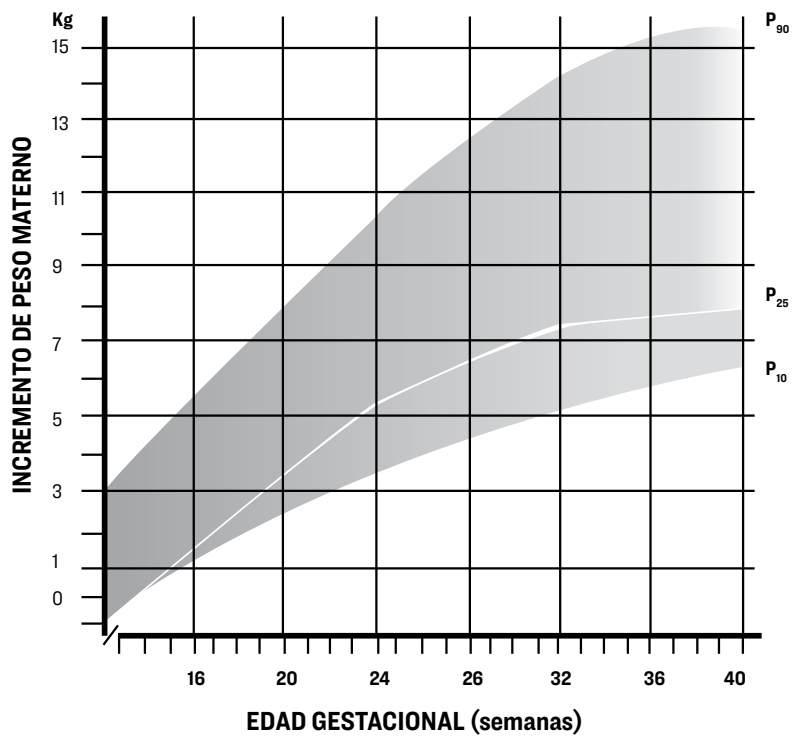
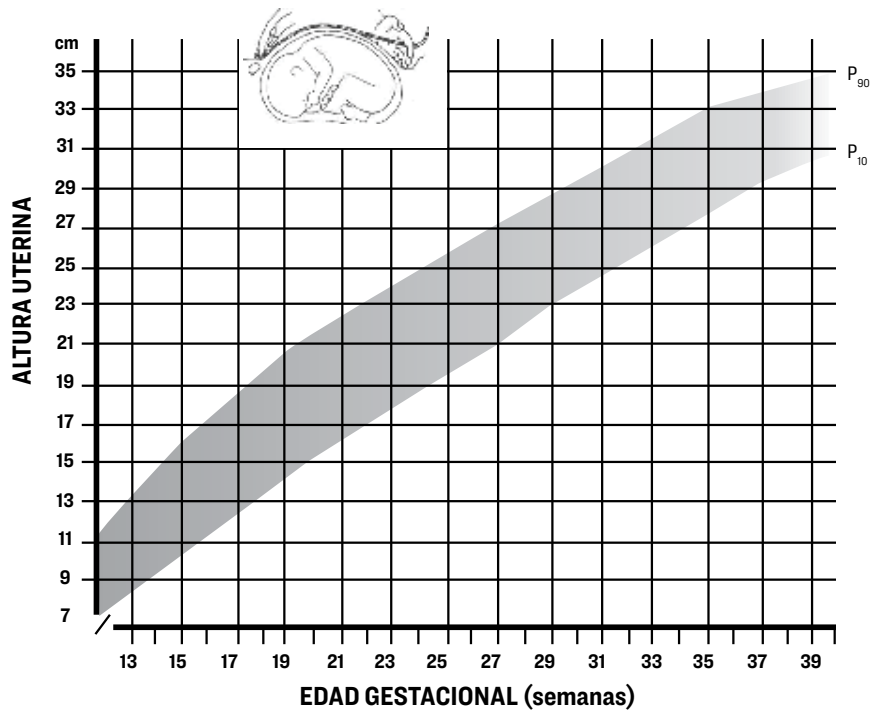
MORBILIDAD																																																																																															
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS			INFECCIONES			HEMORRAGIA			OTROS TRASTORNOS																																																																																						
1 ^o TRIMESTRE			2 ^o TRIMESTRE			3 ^o TRIMESTRE																																																																																									
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS			INFECCIONES			HEMORRAGIA			OTROS TRASTORNOS																																																																																						
Edematoso <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			SIRS <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			Post aborto <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			Hipertensión gravílica <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si																																																																																						
Hellp <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			Sepsis <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			Ruptura uterina <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			Oliguria <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si																																																																																						
Transitoria <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			Endometritis <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			Mola hidatiforme <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			TVP <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si																																																																																						
Previa con protrusión subvaginal <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			Infección ovular <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			Hemorragia postparto <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			Anemia ferropniva <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si																																																																																						
Leve <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			Infección genital <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			Embarazo ectópico <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			Anemia falciforme <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si																																																																																						
Previa <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			Bacteriemia asintomática <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			Placenta previa <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			Enfermedad renal <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si																																																																																						
Predampnia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			Pelioneritis <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			Acretismo placentario <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			Neoplasia maligna <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si																																																																																						
			Otra infección <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			DPPNI <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			Trastorno squilítico <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si																																																																																						
						Defecto de coagulación <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			Otros <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si																																																																																						
TRASTORNOS METABÓLICOS				TRASTORNOS TIROIDEOS				COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS																																																																																							
DIABETES MELLITUS				Hipoparatiroidismo				Parto obstruido																																																																																							
Tolerancia oral a la glucosa anormal <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si				Hipertiroidismo <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si				Ruptura prolongada de membrana																																																																																							
D.M. insulino dependiente previa <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si				Crisis tiroidea <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si				Polihidramnio																																																																																							
D.M. no insulino dependiente previa <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si				Otro trastorno metabólico <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si				Subtirotoxicidad aguda																																																																																							
D.M. gestacional <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si								Restricción de crecimiento intrauterino																																																																																							
INTERVENCIONES																																																																																															
Alumbramiento manual <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> s/d				Via venosa central <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> s/d				Ligaduras hemostáticas de las arterias uterinas/hipogástricas <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> s/d																																																																																							
Uterotónicos para tto. Hemorragia <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> s/d				Administración de hemoderivados <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> s/d				Embolizaciones <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> s/d																																																																																							
Cúaltes <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> s/d				Nº de vol. <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> s/d				Traje antishock no neumático <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> s/d																																																																																							
								Balones hidrostáticos <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> s/d																																																																																							
VARIABLES PARA IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS																																																																																															
CRITERIOS CLÍNICOS / DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA				LABORATORIO				INTERVENCIONES																																																																																							
Cardiovascular				Renal				Laboratorio				Administración continua de agentes vasoactivos																																																																																			
Shock <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no				Oliguria resistente a líquidos o diuréticos <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no				Plaquetas < 50.000 por ml <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> s/d				Cúaltes <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no																																																																																			
Paro cardíaco <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no				Hematológicos/coagulación				Creatinina ≥ 300 micromoles/l o ≥ 3,5 mg/dl <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no				Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no																																																																																			
Hepático				Alteraciones de la coagulación <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no				Bilirubina > 100 moles/l o > 6,0 mg/dl <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no				Ingreso a UCI ≥ 7 días <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no																																																																																			
Ictericia en preeclampsia <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no				Neurológico				pH < 7,1 <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no				Administración ≥ 3 vol de hemoderivados <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no																																																																																			
Respiratorio				Coma <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no				pO ₂ < 90% ≥ 1 hora <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no				Ingreso a UCI ≥ 7 días <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no																																																																																			
Cianosis aguda <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no				Inconsciencia prolongada > 12 hs. <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no				PaO ₂ /FIO ₂ < 200 mmHg <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no				Histerectomía <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no																																																																																			
Respiración jadeante (gaspings) <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no				Accidente cerebro vascular <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no				Lactato > 5 μmol/l, o 45 mg/dl <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no				Dilación en caso de IRA <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no																																																																																			
Taquipnea severa FR > 40 rpm <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no				Convulsiones incontrolables/ estado de mal epiléptico <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no								Reanimación cardio-pulmonar <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no																																																																																			
Bradipnea severa FR < 6 rpm <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no				Parálisis generalizada <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no																																																																																											
CRITERIOS CLÍNICOS / DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA																																																																																															
Cardiovascular	Shock	Paro cardíaco	Hepático	Ictericia en preeclampsia	Respiratorio	Cianosis aguda	Respiración jadeante (gaspings)	Taquipnea severa FR > 40 rpm	Bradipnea severa FR < 6 rpm	Renal	Oliguria resistente a líquidos o diuréticos	Hematológicos/coagulación	Alteraciones de la coagulación	Neurológico	Coma	Accidente cerebro vascular	Convulsiones incontrolables/ estado de mal epiléptico	Parálisis generalizada																																																																													
LABORATORIO																																																																																															
Plaquetas < 50.000 por ml												Creatinina ≥ 300 micromoles/l o ≥ 3,5 mg/dl												Bilirubina > 100 moles/l o > 6,0 mg/dl												pH < 7,1												pO ₂ < 90% ≥ 1 hora												PaO ₂ /FIO ₂ < 200 mmHg												Lactato > 5 μmol/l, o 45 mg/dl																							
INTERVENCIONES																																																																																															
Administración continua de agentes vasoactivos												Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia												Administración ≥ 3 vol de hemoderivados												Ingreso a UCI ≥ 7 días												Histerectomía												Dilación en caso de IRA												Reanimación cardio-pulmonar																							
Cúaltes												días												días												días												días												días												días												días											
EGRESO MATERNO												FECHA												CONDICIÓN AL EGRESO																																																																							
Responsable												dia mes año hora min												sana NA ojalología muerte																																																																							
EGRESO MATERNO												EGRESO MATERNO												CONDICIÓN AL EGRESO																																																																							
TIPO DE EGRESO												TIPO DE EGRESO												CONDICIÓN AL EGRESO																																																																							
fallece												contra consejo médico												egreso médico												fuga												Traslado												fallece durante o en lugar de traslado												Autopsia																							
RESPONSABLE												RESPONSABLE												RESPONSABLE																																																																							
RESPONSABLE												RESPONSABLE												RESPONSABLE																																																																							
CONSEJERÍA ANTICONCEPCION												ANTICONCEPCION												CONSEJERÍA ANTICONCEPCION																																																																							
oral												Inicio MAC												oral																																																																							
inyectable												no												inyectable																																																																							
barrera												si												barrera																																																																							
condon												no												condon																																																																							
EQV fem												no												EQV fem																																																																							
atop. necesi.												si												atop. necesi.																																																																							
ACO "piloras"												Otro hormonal (intra. vaginal, parche, AD)												ACO "piloras"																																																																							
EQV masc.												no												EQV masc.																																																																							
implante												si												implante																																																																							

ANEXO 2 FORMULARIO DE CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA OMS

Criterios para clasificar a las mujeres para el componente básico del nuevo modelo de control prenatal

Nombre de la paciente: _____	Número de historia clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dirección _____	Telefono: _____								
INSTRUCCIONES: Responda las siguientes preguntas marcando con una cruz el casillero correspondiente.									
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS							No	SI	
1.	Muerte fetal o muerte neonatal previas.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
2.	Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
3.	Peso al nacer del último bebé < 2500 g.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
4.	Peso al nacer del último bebé > 4500 g.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
5.	¿Tuvo una internación por hipertensión o preeclampsia/eclampsia en el último embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
6.	Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
EMBARAZO ACTUAL							No	SI	
7.	Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
8.	Menos de 16 años de edad.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
9.	Más de 40 años de edad.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
10.	Isoinmunización Rh (-) en el embarazo actual o en embarazos anteriores.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
11.	Hemorragia vaginal.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
12.	Masa pélvica.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
13.	Presión arterial diastólica de 90 mm Hg o más durante el registro de datos.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
HISTORIA CLINICA GENERAL							No	SI	
14.	Diabetes mellitus insulino dependiente.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
15.	Nefropatía.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
16.	Cardiopatía.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
17.	Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
18.	Cualquier otra enfermedad o afección médica severa.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
Por favor, especifique _____									
Una respuesta SI en cualquiera de las preguntas anteriores (es decir, una cruz en cualquier casillero sombreado) significa que la mujer no es elegible para el componente básico del nuevo modelo de control prenatal.									
¿Es elegible?							(marque con un círculo)	NO	SI
Si la respuesta es NO, será derivada a _____									
Fecha _____	Nombre _____	Firma _____							
(personal responsable de CPN)									


ANEXO 3 CURVAS DE INCREMENTO DE ALTURA UTERINA Y PESO MATERNO



ANEXO 4.A TABLA DE INCREMENTO DE PESO MATERNO Y ALTURA UTERINA

Incremento del Peso Materno en Kg Percentilos		Semanas	Altura Uterina* en cms Percentilos	
25	90		10	90
0.4	3.5	13	8.0	12.0
1.2	4.8	14	9.0	14.0
1.3	4.9	15	10.0	15.0
1.8	5.1	16	12.0	17.0
2.4	6.4	17	13.0	18.0
2.6	7.0	18	14.0	19.0
2.9	8.1	19	14.0	20.0
3.2	8.2	20	15.0	21.0
4.1	8.6	21	16.0	22.0
4.4	9.2	22	17.0	23.0
4.7	10.5	23	18.0	23.0
5.1	10.8	24	19.0	24.0
5.6	11.3	25	20.0	25.0
5.9	11.6	26	20.0	26.0
6.0	11.7	27	21.0	27.0
6.2	11.9	28	22.0	27.0
6.9	12.7	29	23.0	28.0
7.3	13.5	30	24.0	29.0
7.6	13.9	31	24.0	30.0
7.9	14.5	32	25.0	30.0
8.1	14.7	33	26.0	31.0
8.2	15.0	34	26.0	32.0
8.2	15.4	35	27.0	33.0
8.2	15.7	36	28.0	33.0
8.2	15.7	37	29.0	34.0
8.2	15.9	38	30.0	34.0
8.2	16.0	39	31.0	35.0
8.2	16.0	40	31.0	35.0

(*): Fijar el 0 de la Cinta Obstétrica en el borde superior de la sínfisis púbica, deslizar la cinta entre el dedo índice y medio, hasta alcanzar el fondo uterino con el borde cubital de la mano.



Altura uterina y Peso Materno

Evaluación Clínica del Crecimiento Fetal y de la Nutrición Materna

Desde la semana 13 se presentan los valores correspondientes a los Percentilos 10 y 90 de la Altura Uterina (AU) y del Peso Materno para la Talla y los Percentilos 25 y 90 del incremento de peso materno. Los patrones normales fueron confeccionados por el CLAP**.

Evaluación del Crecimiento Fetal:

Debe sospecharse Retardo en el Crecimiento Intrauterino (RCIU) cuando los valores de incremento del peso materno son inferiores a los correspondientes al P25 o los de AU inferiores al P10 de sus correspondientes curvas. Si ambos métodos se utilizan combinados definiendo como sospechosos de RCIU, tanto los valores anormales de la ganancia de peso materno o de la AU, la sensibilidad (capacidad de diagnosticar los verdaderos RCIU) alcanza el 75%.

El incremento de peso materno se calcula restando el peso actual al pregravidico. Muchas veces no se cuenta con el peso pregravidico. En este caso debe utilizarse el P10 de la Tabla Peso Materno para la Talla según la Edad Gestacional (Anexo 4.B).

Los casos con sospecha clínica de RCIU, excluidos el oligoamnios, el error de amenorrea, etc., deberán ser confirmados por ecografía para descartar los falsos positivos.

Clínicamente se sospechará macrosomía fetal, si los valores de la AU superan el P90 del patrón normal; la sensibilidad de este método es de alrededor del 90%. Excluido el polihidramnios, el error de amenorrea, el gemelar, etc., la ecografía confirmará el diagnóstico.

Evaluación de la Nutrición Materna:

Debe sospecharse subnutrición cuando el incremento de peso es menor que el P25 o el peso para la talla es menor que el P10 de sus respectivos patrones. Si algún valor es mayor que el P90 de su patrón respectivo, debe sospecharse exceso de ingesta o retención hídrica.

Altura Uterina para la Amenorrea:

- **Menor que la esperada puede indicar:** Menor edad gestacional, retardo en crecimiento fetal, oligoamnios, muerte fetal.
- **Mayor que la esperada puede indicar:** Mayor edad gestacional, macrosomía, polihidramnios, gemelares, miomatosis.

Presión Arterial Normal: Todo el embarazo, madre sentada, en brazo derecho. P5-P95 Sistólica: 95-135 mm Hg. Diastólica: 55-90 mm Hg

No. de movimientos fetales percibidos por la madre en 2 horas (suma de 4 períodos de 30 min. En 1 día). Valor Mínimo Normal entre 30-40 sem.: 10 Movs.

(**): Fescina R.H. y col. Bol. Of. Sanit. Panam. 95:156,1983 / 96:377, 1984. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 62:221, 1967.

ANEXO 4.B TABLA DE PESO PARA LA TALLA SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL

Se utiliza cuando se desconoce el peso pregestacional o es captada a las 13 semanas o más.
(Peso en Kg, percentilos 10 y 90. Talla en centímetros)

Sem	Percent	140 142	143 145	146 148	149 151	152 154	155 157	158 160	161 163	164 166	167 169
13	10	38.6	40.0	41.3	42.8	42.8	42.2	45.6	47.2	49.0	52.2
	90	51.3	53.1	54.9	57.0	58.8	60.7	62.7	65.1	67.2	69.4
14	10	39.5	40.9	42.3	43.8	45.2	46.7	48.3	50.1	51.8	53.4
	90	52.7	54.5	56.4	58.5	60.3	62.3	64.4	66.8	69.0	71.2
15	10	40.4	41.8	43.3	44.9	46.3	47.8	49.4	51.3	53.0	54.6
	90	53.1	55.0	56.9	59.0	60.8	62.8	64.9	67.4	69.6	71.8
16	10	41.3	42.8	44.2	45.9	47.3	48.9	50.5	52.4	54.1	55.9
	90	53.6	55.5	57.3	59.5	61.4	63.4	65.5	68.0	70.2	72.5
17	10	42.4	43.7	45.2	46.9	48.4	49.9	51.6	53.6	55.3	56.1
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
18	10	42.7	44.2	45.7	47.4	48.9	50.5	52.2	54.1	55.9	57.7
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
19	10	43.6	45.1	46.1	48.4	49.9	51.6	53.3	55.3	57.1	58.9
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.6	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
20	10	44.5	46.1	47.6	49.4	51.0	52.6	54.4	56.4	58.3	60.2
	90	51.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7
21	10	45.4	47.0	48.6	50.4	52.0	53.7	55.5	57.6	59.5	61.4
	90	54.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7
22	10	45.9	47.5	49.1	50.9	52.5	54.2	56.1	58.2	60.1	62.0
	90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.7	72.0	74.3
23	10	46.3	47.9	49.6	51.4	53.0	54.8	56.6	58.2	60.7	62.6
	90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.7	72.0	74.3
24	10	46.8	43.4	50.1	51.9	53.6	55.3	57.2	59.3	61.3	63.2
	90	55.4	57.3	59.3	61.5	63.4	65.5	67.7	70.3	72.6	74.9
25	10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9
	90	55.8	57.8	59.8	62.0	64.0	66.1	68.5	70.8	73.2	75.5
26	10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9
	90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1
27	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1
28	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8
29	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8
30	10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.6	63.1	65.1
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
31	10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.1	63.1	65.1
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
32	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
33	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
34	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	90	59.9	59.7	61.7	64.0	66.0	68.2	70.5	73.2	75.6	78.0
35	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6
36	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6
37	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	90	58.6	60.6	62.7	65.0	67.1	69.3	71.6	74.3	76.8	79.2
38	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1
	90	59.0	61.1	63.2	65.5	67.6	69.8	72.1	74.9	77.3	80.7
39	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1
	90	59.5	61.6	63.7	66.0	68.1	70.3	72.7	75.5	77.9	81.4

ANEXO 5 PARTOGRAMA

PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO

Nombre	Gravidez	Paridad	No. de historia clínica
Fecha de ingreso	Hora de ingreso	Tiempo membranas rotas	horas
Frecuencia cardiaca fetal	[Grid: 80-200 bpm]		
Líquido amniótico Moldeamiento	[Grid]		
Cuello uterino (cm) [Trazo X]	[Grid with 'Alerta' and 'Acción' zones]		
Descenso Cefálico [Trazo O]	[Grid]		
No. de horas	[Grid]		
Hora	[Grid]		
Contracciones por cada 10 minutos	[Grid]		
Oxitocina U/L gotas/min	[Grid]		
Medicamentos administrados y líquidos IV	[Grid]		
Punto y Presión arterial	[Grid: 60-180 mmHg]		
Temperatura °C	[Grid]		
Orina { proteína, acetona, volumen	[Grid]		

ANEXO 6 HISTORIA CLÍNICA DE MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO.
INCLUYE ABORTO, MOLA, EMBARAZO ECTÓPICO (EMBARAZO NO VIABLE).



HISTORIA CLÍNICA - MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO - CLAP/SMR - OPS/OMS

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____		FECHA DE NACIMIENTO: día ____ mes ____ año ____		ALFA BETA: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	ESTUDIOS: <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secund. <input type="checkbox"/> terciaria	ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> soltera <input type="checkbox"/> viuda	Lugar de procedencia: _____
DOMICILIO: _____		EDAD (años): <input type="checkbox"/> < de 15 <input type="checkbox"/> > de 35		Lugar del parto/aborto: _____		N° de parto/aborto: _____	
LOCALIDAD/MUNICIPIO: _____ TELEF.: _____		FAMILIARES: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		PERSONALES: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		OBSTETRICOS: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
TBC <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		diabetes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		hipertensión <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		gravidad-urteral <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
pre-eclampsia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		colestasia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		otro cond. médica grave <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		cardiopat. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
VIH <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		violencia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		último preveo: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		gestes previas <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
gestes previas <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		abortos <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		vaginales <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		nacidos vivos <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
nacidos vivos <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		vivió <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		FIN EMBARAZO ANTERIOR: día ____ mes ____ año ____		muerto de: <input type="checkbox"/> parto <input type="checkbox"/> aborto	
GESTACIÓN ACTUAL: FPP: FUM: _____		EG CONFiable por FUM: Eto < 26 s <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		ANTECEDENTES: FUM/ACT: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		EMBARAZO PLANEA DO: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
FRACASO METODO ANTICONCEP: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		GRUPO: _____ Rh: _____		DROGAS: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		ALCOHOL: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
ADmisIÓN POR ABORTO: fecha de ingreso: día ____ mes ____ año ____		MOTIVO DE CONSULTA: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		ABORTO LEGAL: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		PROCEDENCIA: traslado desde otro servicio: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
PRE-PROCEDIMIENTO: SIGNOS VITALES: PULSO: > 100 <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		LABORATORIO: HEMOGLOBINA: < 10.0 g/dl <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		SINTOMATOLOGIA: días y horas desde inicio de 1° síntoma: _____		COMPLICACIONES: infección genital <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
EXAMEN CLINICO: CONCIENCIA: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> alterada		EXAMEN GINECOLOGICO: UTERO POR EXAMEN B MANUAl: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		SANGRADO: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> severo		DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: Estado del aborto actual: <input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> incompleto	
TRATAMIENTO / PROCEDIMIENTO: fecha de procedimiento: día ____ mes ____ año ____		EVACUACION UTERINA: AMBU: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		ANALGESIA: Solicitada: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		DIAGNOSTICO: COD DIAG CIE 10: _____	
HALLAZGOS: _____		AMBIENTE: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		DOLOR: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> severo		SCORE DE DOLOR: _____	
POST-PROCEDIMIENTO: fecha de procedimiento: día ____ mes ____ año ____		Consejería/Información: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		EGRESO: fecha: día ____ mes ____ año ____		CONDICION AL EGRESO: <input type="checkbox"/> sana <input type="checkbox"/> con patología	
ANTICONCEPCION: Inicio MIC: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		EGRESO: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		OBSERVACIONES: _____		CONDICION AL EGRESO: <input type="checkbox"/> sana <input type="checkbox"/> con patología	

ANEXO 7.A HISTORIA CLÍNICA DE HOSPITALIZACIÓN NEONATAL (ANVERSO)



este color significa ALERTA

HOSPITALIZACION NEONATAL CLAP/SMR-OPS/OMS		SIP <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	INSTITUCION DE NACIMIENTO																				
RN (nombre)		Tiene pulsera de ID		<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	N° HISTORIA RECIEN NACIDO																		
MADRE (nombre)		se encuentra en:		<input type="radio"/> mismo hospital <input checked="" type="radio"/> otro hospital <input type="radio"/> domicilio <input type="radio"/> fallecida <input type="radio"/>	Condición de salud		<input type="radio"/> normal <input checked="" type="radio"/> crítica	Conoció a su hijo		<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Teléfonos												
PADRE (nombre)		Comunicación con la familia		Dirección	Email																		
TRANSPORTE		<input type="radio"/> mismo hospital (sala de parto) <input checked="" type="radio"/> otro hospital <input type="radio"/> reingreso		MOTIVO																			
TIPO	DISTANCIA	DURACION		incubadora	monitoreo	CPAP	DROGAS	VOL. IV:		TIPO:													
<input type="radio"/> aéreo <input checked="" type="radio"/> terrestre	[][] Km	Horas	Min	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	[][] mL	[][]		[][]												
COMPLICACIONES (durante el transporte)		<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si																					
INGRESO A NEO		EN:																		ENFERMERA			
Dia		Mes		Año		Hora		Min		1 ^{era} VALORACION										MEDICO:			
[][]		[][]		[][][]		[][]		[][]		temp. axilar	Cianosis	SDR	Palidez	Diuresis									
[][]		[][]		[][][]		[][]		[][]		[][] °C	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si									
EDAD		EG corregida		SaO ₂ %		FiO ₂		Vigilia		Convulsiones		PESO		LONGITUD		PER. CRANEANO							
Dias	Horas	Sem.	dias	[][]	[][]	[][]	[][]	<input type="radio"/> normal <input checked="" type="radio"/> coma	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	[][][] g	[][][] cm	[][][] cm											
[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]																
NOTAS AL INGRESO																							
INFORME INICIAL A LA FAMILIA <input type="radio"/> directa <input checked="" type="radio"/> telefónica <input type="radio"/> no se logró																							
















ANEXO 7. B HISTORIA CLÍNICA DE HOSPITALIZACIÓN NEONATAL (REVERSO)

este color significa ALERTA

PATOLOGIAS no <input type="radio"/> asfixia al nacer <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> membrana hialina <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> SDR asoc meconio <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> hipert. pulmonar <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> ductus art. tratado <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> apneas <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Otras (código y nombre) <input type="text"/>		SEPSIS no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> tratada desde: día mes año <input type="text"/> agente: <input type="text"/> no se asió germen <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> día mes año <input type="text"/> día mes año <input type="text"/> día mes año <input type="text"/>		RETINOPATIA oftalmoscopia indirecta <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/> edad gestac. 1° ex. sem. días <input type="text"/> grado máx. (0-5) <input type="text"/> Requiere cirugía <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		ENCEFALO ecografía <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> leucomalacia <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> hemorragia craneana <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> grado máx. (1-4) <input type="text"/> asfíctico <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> c/convulsiones <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>							
TRATAMIENTOS surfactante <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> EDAD 1° dosis: horas minutos <input type="text"/> indomet. profil. <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> indol/bup. trat. <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> aminof/cafeol. <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> días <input type="text"/> alimentación parenteral <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> días <input type="text"/>		CUIDADOS RESPIRATORIOS CPAP pre ventil. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> DURACION: días horas <input type="text"/> ventilado ET <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> CPAP <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> días <input type="text"/> oxígeno <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> días >26d <input type="text"/> transfusiones <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> ml Vol. total <input type="text"/>		CIRUGIA ductus <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> ECN <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> ROP <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> hidrocef. <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> otra <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		CRECIMIENTO INICIAL peso mínimo <input type="text"/> g edad recupera peso <input type="text"/> días peso a las 36 sem. <input type="text"/> g ANTROPOMETRIA AL EGRESO PESO g <input type="text"/> LONGITUD cm <input type="text"/> PER. CRANEANO cm <input type="text"/> <i>Fotocopiar gráfico de peso/edad</i>							
EGRESO vivo <input type="radio"/> fallece <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> día mes año <input type="text"/> necro <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> traslado <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> lugar <input type="text"/> fallece durante o en lugar de traslado <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		EDAD AL EGRESO O MUERTE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <1 día <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> EDAD GEST. AL EGRESO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> sem. días <input type="text"/> OXIGENO EN HOGAR <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		ALIMENTO AL EGRESO <input type="radio"/> lactancia exclusiva <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> parcial artificial <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> MADRE JUNTO A RN DIA PREVIO <input type="radio"/> día y noche <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> sólo día <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> sólo visitó <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no visitó <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		HOGAR AL EGRESO <input type="radio"/> con madre/padre <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> otros familiares <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> adopción <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> amparo instituc. <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> n/c <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>							
TAMIZAJES/INMUNIZACIONES SIFILIS: neg <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> + tratado <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> + no tratado <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> s/d <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		TSH: normal <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> elevado <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> s/d <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		AUDICION: normal <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> déficit <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> s/d <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		FALCIFORME: normal <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> anormal <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> s/d <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		BCG: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> s/d <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		Hep B vac: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> s/d <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		PROMOCION DE SALUD - Temas abordados Lactancia exclusiva <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Dormir boca arriba <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Prevención contagio respirvius <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Uso alcohol/gel <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Derechos/protec. social <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Entrego material impreso <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	
INDICACIONES AL EGRESO RESPONSABLE <input type="text"/> TELEFONO <input type="text"/> EMAIL <input type="text"/>													
SEGUIMIENTO COORDINADO Pediátrico <input type="text"/> Lugar <input type="text"/> Teléfono <input type="text"/> Fecha <input type="text"/> Oftalmológico <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Audiológico <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Apoyo Psicosocial <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Por cuántas semanas la madre no realizará tareas fuera del hogar? <input type="text"/> <input checked="" type="radio"/> < 4 semanas											

CLAP/SMR - OPS/OMS

ANEXO 8 ESCALA DE SILVERMAN-ANDERSEN

SIGNOS CLÍNICOS	0 PUNTOS	1 PUNTOS	2 PUNTOS
ALETEO NASAL	AUSENTE 	MÍNIMA 	MARCADA 
QUEJIDO RESPIRATORIO	AUSENTE 	AUDIBLE CON EL ESTETOSCOPIO 	AUDIBLE 
TIRAJE INTERCOSTAL	AUSENTE 	APENAS VISIBLE 	MARCADA 
RETRACCIÓN ESTERNAL	SIN RETRACCIÓN 	APENAS VISIBLE 	MARCADA 
DISOCIACIÓN LORACOABDOMINAL	SINCRONIZADO 	RETRASO EN INSPIRACIÓN 	BARBOLEO 

Consultado en <http://enfermerapediatrica.com/test-de-silverman/>



BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

1. **Agudelo Satizabal A, Forero Fernández H.** Diseño y validación de un instrumento evaluador de la calidad de la atención de un paciente trazador en un hospital universitario de alta complejidad. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2013.
2. **Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.** Indicadores de desempeño hospitalario: fichas técnicas para referenciación. Bogotá: ACHC; 2012.
3. **Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social.** Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia, en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia, Bogotá: MSPS; 2014.
4. **Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social; Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud.** III Informe final del proyecto: Diseño de instrumentos y metodología para la generación de una línea de base de la cobertura del componente comunitario de la estrategia AIEPI en Colombia. Bogotá: MSPS, 2010.
5. **Ecuador, Ministerio de Salud Pública.** Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud. Quito: MSP; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
6. **Ecuador, Ministerio de Salud Pública.** Plan nacional de socialización de normativas y guías de práctica clínica y del ciudadano. Quito: MSP; 2015.
7. **España, Ministerio de Sanidad y Política Social.** Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud: Manual Metodológico. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.
8. **Fescina R, De Mucio B, Ortiz EI, Jarquin D.** Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Montevideo: CLAP, 2012. Publicación científica CLAP/SMR N° 1594.
9. **Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM) Hospital Regional de Huehuetenango «Jorge Vides Molina»: Criterios explícitos a evaluar en procesos de atención del recién nacido, Guatemala. Guatemala: MSPAS; 2016.
10. **Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM) Hospital Regional de Huehuetenango «Jorge Vides Molina»: Listas de chequeo a aplicar en procesos de atención materna. Guatemala: MSPAS; 2016.
11. **Gutiérrez G, González M, Reyes H.** Desafíos en la implantación de guías de práctica clínica en instituciones públicas de México: estudio de casos múltiple. Salud Pública Mex. 2015; 57:547-554.
12. **Hospital Pablo VI Bosa I Nivel, E.S.E.** Programa de reconocimientos y estímulos a la mejora institucional. Eje II: logros seguridad del paciente y gestión de riesgos clínicos. Bogotá, D.C: Hospital Pablo VI; 2015.

13. **Instituto de Programas Interdisciplinarios en Atención Primaria en Salud; Universidad Industrial de Santander, PROINAPSA-UIS.** Instituciones amigas de la mujer y la infancia en el marco de derechos. Manual para su aplicación, Colombia: UNICEF; 2005.
14. **Instituto Nacional de Salud.** Observatorio de Mortalidad Materna en República Dominicana: situación actual entidades de salud. Santo Domingo, D.N.: INSALUD; 2014.
15. **Joint Commission International.** Accreditation Standards for Primary Care Centers. Oakbrook Terrace, Illinois: JCI; 2008.
16. **Nicaragua, Ministerio de Salud.** Estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención en salud: Planificación familiar, salud materna, salud neonatal y de la niñez, VIH/SIDA y uso correcto de las soluciones antisépticas e higiene de manos, Managua: USAID; 2009.
17. **Razeghi G. Aparicio E.** Cuaderno de trabajo. Guía de mejoramiento continuo de la calidad. San Salvador: MSPAS-USAID; 2009.
18. **República Dominicana, Ministerio de Salud Pública.** Guías clínicas para la atención de la mujer durante el embarazo, parto inminente y puerperio en el primer nivel de atención. Santo Domingo: MSP; 2011.
19. **República Dominicana, Ministerio de Salud Pública.** Protocolos de atención para obstetricia y ginecología. Santo Domingo: MSP; 2016. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/90/Protocolosobtetriciayginecologiapdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. **República Dominicana, Ministerio de Salud Pública.** Protocolos de atención para pediatría. Santo Domingo: MSP; 2016. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/177/9789945591392.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. **República Dominicana, Ministerio de Salud Pública.** Reglamento técnico de atención a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio. Santo Domingo: MSP; 2014.
22. **República Dominicana, Ministerio de Salud Pública.** Reglamento técnico para la atención integral de niños y niñas menores de cinco años. Santo Domingo: MSP; 2014.
23. **República Dominicana, Ministerio de Salud Pública.** Alianza Nacional para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil. Santo Domingo: MSP; Mayo 2019. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/1431/AlianzaMMImayo2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. **República Dominicana, Servicio Nacional de Salud.** Guía metodológica para la evaluación de la adherencia a los protocolos de atención obstétrica y neonatal en establecimientos de salud de la red de hospitales públicos de la República Dominicana. Santo Domingo: SNS, 2019.
25. **Sánchez Díaz N, Duarte A.** Plan de implementación de dos guías de práctica clínica (GPC) contenidas en las guías de atención integral (GAI) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. Bogotá: [s.n.]; 2012.



Alianza Nacional para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil

© 2019 Ministerio de Salud Pública
 Av. Héctor Homero Hernández Vargas esquina Av. Tiradentes, Ens. La Fe,
 Distrito Nacional, República Dominicana
 viceministeriodegarantiadelocalidad@salud.gob.do
 www.msp.gob.do

