



PERÚ

Ministerio  
de Salud



## METODOLOGÍA PARA LA MEJORA DEL DESEMPEÑO EN BASE A BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



Directiva Administrativa N° 193-MINSA/DGSP-V.01



# **Metodología para la mejora del desempeño en base a buenas prácticas para la atención de salud en el primer nivel de atención**

**Directiva Administrativa N° 193-MINSA/DGSP-V.01**

Directiva Administrativa N°193-MINSA/DGSP - V.01

Directiva Administrativa

Metodología para la mejora del desempeño en base a buenas prácticas para la atención de salud en el primer nivel de atención

© Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Lima 11 - Perú

Telf.: (51-1) 315-6600

<http://www.minsa.gob.pe>

[webmaster@minsa.gob.pe](mailto:webmaster@minsa.gob.pe).

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°

Primera edición: diciembre de 2012

Tiraje: 2400 ejemplares

Diseño e impresión:

SINCO editores SAC

Jr. Huaraz 449 - Breña

Telf: 433-5974

[sincoeditores@yahoo.com](mailto:sincoeditores@yahoo.com)

La impresión de este documento ha sido posible gracias al apoyo del pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), a través del proyecto USAID|Perú|Calidad en Salud bajo los términos del Contrato No. GHS-I-02-07-00004-00. El contenido de este documento es responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente las opiniones de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos de América.



**OLLANTA HUMALA TASSO**  
**Presidente de la República**

**MIDORI MUSME CRISTINA DE HABICH ROSPIGLIOSI**  
**Ministra de Salud**

**Dr. JOSÉ CARLOS DEL CARMEN SARA**  
**Viceministro de Salud**

**Dra. ADA GRACIELA PASTOR GOYZUETA**  
**Directora General**  
**Dirección General de Salud de las Personas**

2012

La elaboración del presente documento normativo contó con la participación y la opinión técnica de los siguientes profesionales del Ministerio de Salud, las Direcciones Regionales, Gerencias Regionales de Salud y Agencias de Cooperación Nacional e Internacional:

**SECRETARÍA GENERAL**

|                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| Dr. Danilo Céspedes      | Secretario General |
| Dr. Luis Robles Guerrero | Asesor I           |

**OFICINA GENERAL DE ASESORÍA JURÍDICA**

|                                     |                   |
|-------------------------------------|-------------------|
| Dra. Dalia Miroslava Suárez Salazar | Directora General |
|-------------------------------------|-------------------|

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS**

|                                   |                   |
|-----------------------------------|-------------------|
| Dra. Ada Graciela Pastor Goyzueta | Directora General |
|-----------------------------------|-------------------|

**DIRECCIÓN DE GESTIÓN SANITARIA**

|                                |                    |
|--------------------------------|--------------------|
| Dr. Alexander Kostadinov Tarev | Director Ejecutivo |
| Dra. Karina Alicia Gil Loayza  |                    |
| Lic. Eladia Quispe Yataco      |                    |

**DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD**

|                                      |                    |
|--------------------------------------|--------------------|
| Dr. Luis Miguel León García          | Director Ejecutivo |
| Dra. Rosa Vilca Bengoa               |                    |
| Dr. Juan Segundo Del Canto y Dorador |                    |
| Lic. Hortensia Ramírez Leandro       |                    |
| Dr. Víctor Girao Ysidro              |                    |

**DIRECCIÓN DE CALIDAD EN SALUD**

|                               |                    |
|-------------------------------|--------------------|
| Dr. Luis Legua García         | Director Ejecutivo |
| Lic. Rosario Zavaleta Álvarez |                    |
| Lic. Jessica Graña Espinoza   |                    |
| Lic. Eliana Altéz Arias       |                    |

**DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

|                                    |                    |
|------------------------------------|--------------------|
| Dr. Víctor Javier Correa Tineo     | Director Ejecutivo |
| Dra. María Mercedes Pereyra Quirós |                    |
| Dr. Pedro Ipanaqué Luyo            |                    |

**ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

|                                  |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
| Dra. Lucy Del Carpio Ancaya      | Coordinadora Nacional |
| Lic. Marysol Campos Fanola       |                       |
| Lic. Carmen Julia Carpio Becerra |                       |
| Lic. Nery Fernández Michui       |                       |

**ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS**

|                                |                       |
|--------------------------------|-----------------------|
| Dra. Valentina Alarcón Guizado | Coordinadora Nacional |
| Lic. Rula Aylas Salcedo        |                       |
| Lic. Jeanette Meza Javier      |                       |

**ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS, VIH-SIDA**

|                                 |                      |
|---------------------------------|----------------------|
| Dr. José Luis Sebastián Mesones | Coordinador Nacional |
| Lic. Cristina Magán La Rosa     |                      |
| Lic. Nadya Bravo                |                      |

**DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS**

Dr. Raúl Pedro Suarez Álvarez                      Director General  
Lic. Víctor Malca Mendoza

**DIRECCIÓN GENERAL DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS**

Dr. Manuel Carlos Vicente Vargas Girón   Director General  
Q.F. Gina Huaraj   García  
Q.F. Jean Karlo Zavalaga

**DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Dr. Bernardo Elvis Ostos Jara                      Director General  
Dra. Carmela Fernández Lozano

**OFICINA GENERAL DE COMUNICACIONES**

Lic. María Luz   Pérez Goycochea                      Directora General  
Lic. Edgar Montes Escobar  
Lic. Juan José Castillo Cueva

**DIRECCIÓN DE SALUD V - LIMA CIUDAD**

Dr. Víctor Cuba Oré                      Director General  
Lic. Rolando Velásquez   Vásquez  
Dra. Candy Sheyla Guerrero Ramos.  
Lic. Carol Lazo Rojas  
Lic. Ninfa Solórzano Córdor                      Red de Salud Lima Ciudad  
Dra. Luz Chan Cacciri                      Red Túpac Amaru  
Lic. María Azucena Morocho Chávez                      Red Túpac Amaru  
Dr. Oscar Dayorto Gamarra Vásquez                      Microrred Santa Luzmila  
Dra. Nancy Elsa González Zúñiga                      Microrred Santa Luzmila

**DIRECCION DE SALUD IV – LIMA ESTE.**

Dr. Juan Cangalaya Córdova                      Director General  
Dra. Carmen Villalba Severino  
Lic. Medalit Mayra Vélez Vizcarra  
Lic. Flor Hermelinda Domínguez Rosales  
Lic. Marlene Eufemia Rojas                      Red San Juan del Lurigancho  
Lic. Paulina Lizarbe Flores                      Microrred Ate II  
Lic. Lyta Lucy Rinaldo Fernández                      Microrred Chosica II

**DIRECCIÓN DE SALUD II - LIMA SUR**

Dr. José Miguel Arca Gonzales del Valle   Director General  
Dra. Janet Apac Robles                      Directora Adjunta  
Lic. Virginia Mary López Alarcón  
Dra. María Del Socorro Sevillano                      Red Villa El Salvador  
Lic. Consuelo Montero Zamora                      Red Villa El Salvador  
Dr. José Durand Velasco                      CMI César López Silva  
Srta. Iris del Carmen Guisa Bravo                      CMI Lurín

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH**

Dr. Douglas López de Guimaraes                      Director General  
Lic. Rosana Morales Chihuahua  
Lic. Armida Montañez Obando  
Lic. Leonarda Quispe Salazar

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURIMAC I**

Dr. Bernardo Delgado Ortiz de Villate    Director General  
Dr. Joel Merino López  
Dr. Jorge Luis Ruiz Prieto  
Dr. Roger Peralta Montes  
Obst. Claudia Peralta Aguilar

**DIRECCIÓN DE SALUD APURIMAC II- ANDAHUAYLAS**

|                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Dr. Ibar Quintana Moscoso           | Director General                    |
| Dr. Jesús Edie Pastor Quispitupa    | DESP                                |
| Lic. Giovana Ramos Aparcana         | DEPS                                |
| Eco. Luis Alberto Aguilar Colunge   | DEPE                                |
| Lic. Sonia Molina Alfaro            | DAIS                                |
| Lic. Rocío Madeleine Sierra Aguilar | DSS                                 |
| Lic. Marina Esther Cossio Reynaga   | CESF                                |
| Lic. Elia Marina Toledo Pozo        | DEGC                                |
| Lic. Angélica Lucía Peñaloza López  | DC                                  |
| Lic. Delia Alcira Juárez Castillo   | CRESN                               |
| Lic. Fray Carlos Quispe Rivas       | CDN                                 |
| Lic. Ysaac Paniura Ramírez          | Eq-Red de Salud José María Arguedas |
| Lic. Yul Gómez Ccoscco              | Eq-Red de Salud José María Arguedas |
| Dr. Bradly Molleapaza Poma          | Gerente-Microrred Huancabamba       |
| Dr. Augusto Altamirano Fuentes      | Eq- Microrred Huancabamba           |
| Lic. Patricia Janet Bravo Chávez    | Eq- Microrred Huancabamba           |
| Lic. Yadira Ramos Loayza            | Eq- Microrred Huancabamba           |
| Lic. Jason Romaní Venero            | Eq- Microrred Huancabamba           |

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS**

Dr. Francisco Ramos Santillán    Director General

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AYACUCHO**

Dr. Manuel Giancarlo Palacios Aybar    Director General  
Dr. David Ángel Gordillo Inostroza  
Mg. Walter Bedriñana Carrasco  
Obst. Yoni Gualberto Salas Flores  
Lic. Rosario Alemán Muñinco  
Biol. Marisol Llamocca Machuca  
Lic. Zósimo Machaca Rejas  
Ed. Hernán García Alata

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CALLAO**

Dr. Ricardo Aldo Lama Morales    Director General  
Dra. Gladys Berrocal Calixto  
Dra. Jakelin Vaneza Agreda Delgado    Red BEPECA

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO**

|                                    |                                                   |
|------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Dr. Mario Cornejo Portillo         | Director General                                  |
| Lic. Hilda Robles Mena             | DEP                                               |
| Lic. Lida Cuaresma Sánchez         | DEPS                                              |
| Dr. Víctor Hugo Núñez Rivero       | Director-Red de Salud Canas Canchis Espinar       |
| Dr. Eliseo Josué Huamán Mamani     | Jefe ODI-Red de Salud Canas Canchis Espinar       |
| Dra. Elbia Liseth Yépez Chacón     | Resp. Calidad- Red de Salud Canas Canchis Espinar |
| Lic. Beatriz Quispe Quille         | Resp. PS- Red de Salud Canas Canchis Espinar      |
| Dra. Viselka Quintanilla Gutierrez | Gerente-Microrred Pampaphalla                     |

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANCVELICA**

Dr. Hildebrando Carhuallanqui Ramos    Director General  
Lic. Emma Poma Salinas  
Lic. Nélida Chanca Prudencio

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANUCO**

Dr. Pavel Carlos Quiñones Bendetti    Director General  
Lic. Marina Santamaría Trujillo  
Lic. Rosario Peña Córdova  
Lic. Walter Masgo Castro  
Lic. María Moreno Leyva

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE ICA**

Dr. Juan Huber Mallma Torres    Director General  
Lic. Martha Gómez Donayre  
Lic. Rosa Pino Pallin

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE**

Lic Isabel Juárez Quiroz  
Lic Isabel Ticona Tuanama

**GERENCIA REGIONAL DE SALUD LA LIBERTAD**

Dr. Henry Rebaza Iparraguirre    Director General  
Lic. Lucy Barrantes Cruz  
Lic. Yrma Muñoz Vasquez

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LORETO**

Dr. Hugo Rodríguez Ferrucci    Director General  
Dr. José Leoncio Baca Huamán  
Lic. María Herrera Grández  
Lic. Juana Elvira Valera

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD MADRE DE DIOS**

Dr. Jorge Luis Asencios Rivera    Director General  
Dra. Helga Flores Maque  
Lic. Esteban Rivera Carrera  
Dr. Edson Riega Bustamante

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO**

Dr. Jorge Ysaac López Tejada    Director General  
Dr. Arturo Eynk Tapia Chávez    Sub Director General  
Dr. Juan Mendoza Velásquez    DESP  
Lic. Clotilde Pinazo Calcín    CRESF  
Lic. Silvia Velásquez Peñaloza    Resp-Salud de las Personas – Red de Salud Puno  
Lic. Carmen Fernández Gonzales    CESF- Red de Salud Puno  
Dra. Haydee Barrios Monteagudo    Gerente-Microrred José Antonio Encinas

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN**

Dr. Gustavo Rossel de Almeida    Director General  
Dr. Oscar Celis Rodríguez  
Lic. Lleny Saavedra Pérez  
Lic. Rocío Del Pilar Villacorta Rodríguez  
Lic. Rosa Joseph Bartra  
Lic. María del Carmen Grandez  
Dra. Marcia Viviana Ríos Noriega    Jefa-Microrred Llullucucha

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TACNA**

Dra. María Luna Pari

Lic. Iris Guisa Bravo

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD UCAYALI**

Dr. Ángel Luis Gutierrez Rodríguez      Director General

Obst. Martha García Paredes

Lic. Julia Ruth Ancco Blanco

Dra. Polita Avalos Huapaya

**GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN**

Dr. Neptalí Santillán Ruíz      Asesor

Lic. Sofía Velásquez Portocarrero      Coordinadora del Programa de Acciones Integrales  
para Mejorar la salud Infantil - PAIMNI

**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA**

Dr. Jimmy Ango Bedriñana

**PROYECTO CALIDAD EN SALUD USAID-Perú**

Dr. Oscar Córdón Cruz      Jefe de Proyecto

Mg. Eva Miranda Ramón

Dr. Rigoberto García de los Ríos Villazón

Dra. Ana María Morales Avalos

Dra. Beatriz Ugaz Estrada

Dr. Alfonso Villacorta Bazán

Dr. Pablo Campos Guevara

Dr. Alberto Mendoza Ticona

Dr. Rubén Vásquez Becerra

Dr. Guillermo Frias Martinelli

Dr. César Arroyo Viñas

Lic. Lourdes Álvarez Gasco

Lic. Rosa María Valle Villón

Lic. Mariel León Di Gianvito

Lic. Alberto Padilla Trejo

Ing. Jorge Cachay Salcedo

Sr. Jean Morote Carreño

Dr. Bruno Benavides Calderón      Asesor

Dr. Pedro Mendoza Arana      Consultor

**AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL, USAID | Perú**

Dr. Armando Cotrina Rabanal      Especialista en Gestión de Proyectos

Oficina de Salud y Educación

**ASOCIACIÓN SOLARIS - Perú**

Lic. Carmen Julia Pisfil García

Directora Nacional

Eco. Juan Carlos Palao Cano

Gerente Técnico de Programas

Dr. Raúl Luna Meneses

Asesor Nacional en Salud

Ing. Eric Enríquez Castello

Jefe Regional Puno

Dr. Miguel Ventura Ávila

Coordinador Regional Cusco

Lic. Aquilino Benites Altamirano

Gestor de Proyecto FPNA - Sede Andahuaylas

Lic. Germán Huamaní García

Gestor de Proyecto FPNA - Sede Andahuaylas

Dr. José Junior Centeno Arispe

Gestor de Proyecto FPNA - Sede Sicuani

Dr. Edwin Wilbert Corrales Mejía

Gestor de Proyecto FPNA - Sede Puno

Nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que de manera proactiva y desinteresada contribuyeron en la formulación del presente documento normativo y las disculpas del caso por las omisiones involuntarias.



# Resolución Ministerial

Lima, 4 de Julio del 2012

Visto el Expediente N° 12-029942-001, que contiene el Memorándum N° 1523-2012-DGSP/MINSA, que a su vez contiene el Informe N° 048-2012-DGSP-DGS/MINSA, y el Memorándum N° 2732-2012-DGSP/MINSA, que a su vez contiene el Informe N° 088-2012-DGSP-DGS/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas;

## CONSIDERANDO:



Que, el artículo 2° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud;



Que, el literal e) del artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA y sus modificatorias, dispone que la Dirección General de Salud de las Personas tiene como una de sus funciones lograr la mejora y aplicación de metodologías e instrumentos para la gestión sanitaria descentralizada en el ámbito de la salud de las personas, a nivel institucional y sectorial;



Que, conforme a lo establecido en los literales a) y b) del artículo 45° del precitado Reglamento de Organización y Funciones establecen que la Dirección de Gestión Sanitaria de la Dirección General de Salud de las Personas está a cargo de proponer las metodologías e instrumentos para la planificación, programación y seguimiento de la ejecución de las actividades sanitarias, en el ámbito de la salud de las personas, así como monitorear, supervisar y evaluar el desempeño de las Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional, en la ejecución del modelo de atención integral y el funcionamiento de los servicios de salud a nivel institucional para retroalimentar la formulación de las estrategias y normas respectivas, en coordinación con las Direcciones y Estrategias Sanitarias Nacionales del ámbito del referido órgano técnico del Ministerio de Salud;



Que, mediante los documentos del visto, la Dirección General de Salud de las Personas ha elaborado la Directiva Administrativa denominada "Metodología para la



Mejora del Desempeño en Base a Buenas Prácticas para la Atención de Salud en el Primer Nivel de Atención", con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad, equidad, eficiencia, efectividad y continuidad de la atención integral de salud para el logro de un adecuado desempeño de los procesos de atención;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas;



Con el visado de la Directora General de la Dirección General de Salud de las Personas, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Salud;

De conformidad con lo previsto en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;

**SE RESUELVE:**



**Artículo 1°.-** Aprobar la DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N°113-MINSA/DGSP-V.01, Directiva Administrativa "Metodología para la Mejora del Desempeño en base a Buenas Prácticas para la Atención de Salud en el Primer Nivel de Atención", la misma que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.



**Artículo 2°.-** Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas, la difusión de lo dispuesto en la citada Directiva Administrativa.



**Artículo 3°.-** Las Direcciones de Salud y las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a nivel nacional, son responsables del cumplimiento y aplicación de la Directiva Administrativa precitada, dentro del ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

**Artículo 4°.-** La Oficina General de Comunicaciones dispondrá la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Portal de Internet del Ministerio de Salud, en la dirección: [http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge\\_normas.asp](http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp)

Regístrese, comuníquese y publíquese.

**CARLOS ALBERTO TEJADA NORIEGA**  
Ministro de Salud







Contenido

# Contenido

|       |                                                                                      |   |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------|---|
| I.    | FINALIDAD                                                                            | 1 |
| II.   | OBJETIVOS                                                                            | 1 |
|       | 2.1 Objetivo General                                                                 | 1 |
|       | 2.2 Objetivos Específicos                                                            | 1 |
| III.  | ÁMBITO DE APLICACIÓN                                                                 | 1 |
| IV.   | BASE LEGAL                                                                           | 1 |
| V.    | DISPOSICIONES GENERALES                                                              | 1 |
|       | 5.1 Definiciones Operativas                                                          | 1 |
|       | 5.2 De las Mediciones del Desempeño                                                  | 1 |
|       | 5.3 De los Planes de Mejora del Desempeño                                            | 1 |
|       | 5.4 De la Calificación y Resultado del Desempeño<br>en la Atención de Salud          | 1 |
|       | 5.5 Del Reconocimiento al Desempeño Adecuado<br>de los Procesos de Atención de Salud | 1 |
|       | 5.6 De la Progresividad en la Aplicación                                             |   |
| VI.   | DISPOSICIONES ESPECÍFICAS                                                            | 1 |
|       | 6.1 Momentos de la Metodología de Mejora del Desempeño                               | 1 |
|       | 6.2 El Proceso de Medición                                                           | 1 |
|       | 6.3 Reconocimientos al Desempeño Alcanzado                                           | 1 |
|       | 6.4 Pasantías y Asistencia Técnica                                                   | 1 |
|       | 6.5 La Gestión de los Recursos                                                       | 1 |
|       | 6.6 Roles en el proceso de implementación de la<br>Metodología del desempeño         | 1 |
| VII.  | RESPONSABILIDADES                                                                    | 1 |
|       | 7.1 Nivel Nacional                                                                   | 1 |
|       | 7.2 Nivel Regional                                                                   | 1 |
|       | 7.3 Nivel Local                                                                      | 1 |
| VIII. | ANEXOS                                                                               | 1 |
| IX.   | BIBLIOGRAFÍA                                                                         | 1 |



# Presentación

# Presentación

El Ministerio de Salud, órgano rector del sistema de salud ha definido entre sus prioridades el fortalecimiento del primer nivel de atención, la atención primaria con enfoque de salud familiar y la mejora del acceso a los servicios de salud a través de alianzas estratégicas y acciones articuladas intra e intersectoriales, con la sociedad civil y la cooperación internacional que contribuyan al trabajo con enfoque territorial en las regiones; mediante un gobierno abierto y colaborativo con el liderazgo del sector.

Esto se desarrolla en el proceso de descentralización que el país viene realizando desde el año 2004, donde los gobiernos regionales y locales vienen enfrentando importantes desafíos para resolver problemas prioritarios de salud y mejorar el desarrollo de sus comunidades.

Uno de los desafíos, es el óptimo desempeño del primer nivel de atención, que garantice el acceso equitativo de los ciudadanos y ciudadanas a los servicios esenciales de salud de manera integral, que resuelva la mayoría de las necesidades o demandas de salud de la población, que asegure la continuidad de los servicios de salud y garantizar el flujo de información a través de todo el sistema de salud. Para ello, se desarrollan diferentes iniciativas de tipo colaborativo con el sector salud, con el propósito de fortalecer el sistema de salud.

En este marco, diversas Direcciones Regionales de Salud/Gerencias Regionales de Salud entre ellas: San Martín, Ayacucho, Ucayali, Madre de Dios, Loreto, La Libertad, Cusco, Ancash, Callao, Huánuco, y las Direcciones de Salud de Lima y Apurímac II a través de un trabajo colaborativo con la participación de la comunidad organizada, los gobiernos regionales y locales, la sociedad civil, la cooperación internacional y otros actores locales; unieron esfuerzos para mejorar los procesos de atención en salud e instalar acciones de reconocimiento al personal; implementando en estos ámbitos la Metodología de Mejora del Desempeño en Base a Buenas Prácticas (MMD).

La MMD, permite establecer los problemas que reproducen las brechas de desempeño, sus causas y efectos y su vinculación con los resultados sanitarios en un espacio local, este enfoque está orientado a garantizar que, en todo el país, las personas reciban la misma calidad de atención a través de la aplicación de buenas prácticas y el reconocimiento por el logro alcanzado.

Esta experiencia ha generado la presente Directiva Administrativa que tiene la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad, equidad, eficiencia y continuidad de la atención integral de salud a través de un adecuado desempeño de los procesos de atención en los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Para viabilizar esta finalidad, el documento presenta las pautas técnicas para implementar la MMD; iniciando por la concertación a través del diálogo social hasta el reconocimiento por los logros alcanzados, así mismo; los instrumentos de medición del desempeño de los procesos de atención están relacionados con las prioridades sanitarias nacionales y regionales.

Por su naturaleza, este documento normativo debe ser aplicado en todo establecimiento de salud del primer nivel de atención con la conducción de los responsables de la Direcciones de Salud (DISA), de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o de las que hagan sus veces en el ámbito regional, a quienes convoco para dar cumplimiento a todo lo estipulado y así continuar con el fortalecimiento del primer nivel de atención.

Finalmente, mi reconocimiento a cada trabajador/a, institución y actores sociales que hicieron o harán posible la implementación de las buenas prácticas en los procesos de atención de los servicios de salud en el primer nivel de atención, al mismo tiempo auguro que su compromiso alcance a garantizar la continuidad de los mismos; articulando esfuerzos, recursos y capacidades con los socios locales y regionales, asegurando el financiamiento, en pro de la atención primaria de la salud; elementos clave para la sostenibilidad de la MMD en el tiempo.





# Metodología para la mejora del desempeño en base a buenas prácticas para la atención de salud en el primer nivel de atención

Directiva Administrativa N° 193-MINSA/DGSP-V.01

## I. FINALIDAD

Contribuir a la mejora de la calidad, equidad, eficiencia, efectividad y continuidad de la atención integral de salud, a través de un adecuado desempeño de los procesos de atención en los establecimientos de salud.

## II. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo General

Establecer el marco teórico, metodológico e instrumental del enfoque gerencial basado en la adherencia a buenas prácticas y reconocimiento para el fortalecimiento del primer nivel de atención de salud y la implementación del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad.

### 2.2 Objetivos Específicos

- 2.2.1 Establecer los aspectos técnicos operativos referidos a la planificación, organización, ejecución y evaluación del proceso de mejora del desempeño de los procesos de atención de salud.
- 2.2.2 Promover una cultura de gestión por resultados, orientada a una mejora de la calidad de la prestación de salud.
- 2.2.3 Propiciar mecanismos de reconocimiento de los logros vinculados a la mejora del desempeño de los procesos de atención de salud en el primer nivel de atención.

## III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

Los aspectos técnico administrativos establecidos en la presente Directiva Administrativa son de aplicación y cumplimiento obligatorio en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de las Direcciones de Salud, de las Direcciones Regionales de Salud o de la que haga sus veces en el ámbito regional, a nivel nacional y referenciales para otras instituciones del sector salud.

## IV. BASE LEGAL

- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2002-SA.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.

- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y su modificatorias Decreto Supremo N° 007-2006-SA, Decreto Supremo N° 023-2006-SA y Decreto Supremo N° 003-2010-SA.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 520-2010/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el Marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada".
- Resolución Ministerial N° 278-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021".
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad".
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N°021-MINSA/DGSP-V.03, "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 572-2011/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa 182-MINSA/DGSP-V.01, "Directiva Administrativa de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud del I, II y III Nivel de Atención".
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".

## V. DISPOSICIONES GENERALES

### 5.1 Definiciones Operativas

**Acciones de Mejora del Desempeño:** conjunto de actividades destinadas a subsanar aspectos específicos de una buena práctica que no están siendo ejecutados por un servicio.

**Avance en el Desempeño:** comparación entre los resultados de dos Mediciones del Desempeño.

**Buenas Prácticas de Atención:** procesos y procedimientos de atención que han probado alcanzar un resultado deseado y se enmarcan en una determinada perspectiva normativa o un parámetro consensuado. Las Buenas Prácticas establecen las acciones que se deben realizar, y la forma de hacerlas correctamente, con la intención de obtener un resultado deseado, respaldadas en la normatividad o en las mejores evidencias disponibles.

**Componentes del Desempeño:** áreas identificables para el logro de los resultados deseados de la atención. En la Metodología de Mejora del Desempeño, se distinguen cinco componentes: Relación Proveedor-Usuario, Información al Usuario, Prevención de Infecciones, Habilidades Clínicas, y Gestión Local de Salud. Para cada componente se definen criterios que permiten determinar si los procesos correspondientes se llevan a cabo de acuerdo con las buenas prácticas, y son:

- *Relación proveedor usuario (RPU):* conjunto de criterios que se relacionan con la confianza entre los usuarios y proveedores a través del respeto a la identidad de género de la usuaria(o), respeto a su origen étnico y prácticas tradicionales, del respeto a su derecho a la privacidad, a la confidencialidad, y un trato empático.

- **Habilidades clínicas (HAC):** conjunto de criterios que se relacionan con las destrezas del trabajador de salud para realizar los procesos de atención aplicando adecuadamente la normatividad vigente.
- **Gestión Local en Salud (GLS):** conjunto de criterios que se relacionan con la capacidad institucional para organizar y desempeñar acciones necesarias para la prestación de la atención, incluyendo la disponibilidad de los recursos y el funcionamiento adecuado de los sistemas de gestión en el nivel local.
- **Información al usuario (IU):** conjunto de criterios que se relacionan con una explicación apropiada que el proveedor debe dar al usuario sobre los procedimientos que se utilizarán, el diagnóstico, las recomendaciones para la administración de tratamientos entre otros, que promueven la continuidad de la atención desde el hogar hasta el establecimiento de salud, garantizando de esta manera el derecho a la decisión del usuario(a) y el fomento de hábitos de vida saludables.
- **Prevención de infecciones (PI):** conjunto de criterios que se relacionan con los procesos y las acciones de prestación que garantizan la seguridad del usuario, la seguridad del trabajador, y la del ambiente, respecto a limitar al máximo el riesgo de contaminación o infección durante el proceso de atención.

**Desempeño en la Atención:** resultado de las actividades que realizan los trabajadores de salud en los procesos de atención a las personas.

**Instrumento de Medición del Desempeño en Base a Buenas Prácticas:** herramienta que contiene las buenas prácticas y los criterios respectivos para determinar su cumplimiento. Los instrumentos están basados en la evidencia científica, en las normas técnicas de atención y guías de práctica clínica vigentes.

**Medición del Desempeño:** aplicación de los Instrumentos de Medición del Desempeño en Base a Buenas Prácticas, para identificar el desempeño de uno o varios procesos de atención de salud a nivel de establecimiento, Microrred, Red, DISA o DIRESA, o la que haga sus veces, según sea el caso.

**Metodología de Mejora del Desempeño (MMD):** enfoque metodológico, técnico y gerencial que estandariza la atención de salud mediante la implementación de las buenas prácticas de atención de salud y el reconocimiento por el logro alcanzado. Incluye cinco momentos:

- Momento 1: Diálogo Social.
- Momento 2: Identificación de los procesos de atención y de las buenas prácticas.
- Momento 3: Medición del desempeño e implementación de buenas prácticas.
- Momento 4: Medición del progreso y monitoreo del Plan.
- Momento 5: Reconocimiento de logros.

**Plan de Mejora del Desempeño:** conjunto coherente y articulado de las Acciones y Proyectos de Mejora del Desempeño que se acuerda llevará a cabo en un plazo determinado.

**Proceso de Atención:** secuencia de procedimientos y actividades debidamente estructuradas u ordenadas, que se realizan en un establecimiento de salud que están mutuamente relacionadas y que interactúan, con la finalidad de resolver una necesidad de atención de parte del usuario.

**Proyecto de Mejora del Desempeño:** conjunto de actividades orientadas al logro de resultados esperados en el desempeño y condiciones del entorno, en un tiempo y a un costo determinado, y que abordan factores causales complejos, o que se presentan en más de un servicio y requieren por lo tanto un abordaje articulado. El proyecto se formula a nivel local, y está referido a un Proceso de Atención Específico.

**Resultado del Desempeño en la Atención:** expresión de la medición de un proceso de atención de salud, respecto del logro esperado.

## 5.2 De las Mediciones del Desempeño

- 5.2.1 Las Mediciones del Desempeño a que se refiere la presente Directiva serán realizadas cada seis meses por el equipo técnico de la Red en coordinación con las Microrredes; esta actividad debe estar prevista en su Plan Operativo, el mismo que incluirá los recursos tanto para la medición periódica del Desempeño, como para la implementación de los planes y proyectos de mejora. Las pautas para la implementación de la Metodología de Mejora del Desempeño en Base a Buenas Prácticas, así como las Buenas Prácticas priorizadas a ser empleadas en las mediciones de desempeño, se detallan en los Anexos N° 01 al N° 06.
- 5.2.2 El Informe de los resultados de las Mediciones del Desempeño será elaborado y remitido por la Dirección de la Red a la Dirección General de la DISA/DIRESA o la que haga sus veces en el ámbito regional.
- 5.2.3 La consolidación de los resultados a nivel de la DISA/DIRESA será realizada por la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, o la que haga sus veces.
- 5.2.4 A partir de la segunda medición del desempeño, el Informe incluirá el resultado de la Mejora del Desempeño y recomendaciones para el reconocimiento de logros si hubiere lugar.
- 5.2.5 En el caso de las Redes o DISA/DIRESA que ya estén aplicando la Metodología de Mejora del Desempeño, se considerará válida para el inicio de la aplicación de la presente Directiva Administrativa, la medición más reciente que se haya efectuado.

## 5.3 De los Planes de Mejora del Desempeño

- 5.3.1 Cada establecimiento de salud, Microrred y Red de Salud, contará con un Plan de Mejora del Desempeño Basado en Buenas Prácticas elaborado de acuerdo al resultado de las Mediciones del Desempeño. Las pautas para la elaboración del Plan de Mejora del Desempeño se presentan en el Formato N° 02 del Anexo N° 01.
- 5.3.2 Los Planes de Mejora del Desempeño del nivel local deberán estar enmarcados en el Plan de Mejora del Desempeño Basado en Buenas Prácticas de nivel regional. El Plan de Mejora del Desempeño de nivel regional, estará fundamentado en un proceso de diálogo social, que involucre a los actores sociales del ámbito, y que asegure la participación de estos en todos los momentos del proceso. El Plan de Mejora del Desempeño de nivel regional comprenderá aquellos procesos que conciernen a varios planes de mejora de nivel local, y que requieren de apoyo político o por la magnitud de los recursos requeridos para su ejecución.
- 5.3.3 Los Proyectos de Mejora del Desempeño se estructurarán siguiendo lo establecido en la normativa vigente referida a los Proyectos de Mejora <sup>(1)</sup>

## 5.4 De la Calificación y Resultado del Desempeño en la Atención de Salud.

- 5.4.1 Un Proceso de Atención se considera con desempeño adecuado, cuando cumple con el 80% o más de las buenas prácticas que le corresponden. Una Buena Práctica se considera cumplida cuando se lleva a cabo la totalidad de los Criterios de Verificación que son aplicables a dicho proceso.
- 5.4.2 Se establecen como niveles de Avance en el Desempeño en la atención, los que se indican en la Tabla N° 01.

<sup>1</sup> “Guía para la elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad”, aprobada por R.M. N° 095-2012/MINSA, o la que haga sus veces.

**Tabla N° 01**  
**NIVELES DE AVANCE EN EL DESEMPEÑO DE LA ATENCIÓN DE SALUD**

| CALIFICACIÓN DE NIVELES DE AVANCE DEL DESEMPEÑO DE LA ATENCIÓN DE SALUD | RESULTADO DEL DESEMPEÑO ALCANZADO A NIVEL DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN         |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| MÍNIMO                                                                  | Desempeño del 60% o menos de los procesos de atención de salud                |
| INTERMEDIO                                                              | Desempeño en más del 60% y menos del 80% de los procesos de atención de salud |
| ADECUADO                                                                | Desempeño del 80% a más de los procesos de atención de salud                  |

### 5.5 Del Reconocimiento al Desempeño Adecuado de los Procesos de Atención de Salud.

- 5.5.1 A partir de los logros obtenidos en la Medición del Desempeño, se aplicarán mecanismos de reconocimiento, según corresponda: al establecimiento de salud, a la Microrred, a la Red y a la DISA/DIRESA, según se detalla en la Tabla N° 02.

**Tabla N° 02**  
**RECONOCIMIENTOS AL DESEMPEÑO**

| Nivel de la Medición               | Instancia que mide | Nivel de avance del Desempeño de los Procesos de Atención en base a buenas prácticas | Desempeño Adecuado alcanzado en                                         | Tipo de reconocimiento                         | Instancia que la genera            |
|------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------|
| DISA/DIRESA o quien haga sus veces | DGSP               | Adecuado                                                                             | 50% o más de las Redes de la DISA/DIRESA                                | Resolución Ministerial                         | Ministerio de Salud                |
| Red                                | DISA/DIRESA        | Adecuado                                                                             | 60% o más de las microrredes de la Red                                  | Resolución Directoral                          | DISA/DIRESA o quien haga sus veces |
| Microrred                          | Red                | Adecuado                                                                             | 75% o más de los establecimientos de la Microrred                       | Resolución Directoral, Jefatural o equivalente | Red                                |
| Establecimiento de Salud           | Microrred          | Adecuado                                                                             | 80% o más de los procesos de atención en los que se aplica la medición. | Resolución Directoral, Jefatural o equivalente | Red                                |

En los casos en los que no se alcanza aún el desempeño adecuado, pero se aprecian mejoras significativas, el reconocimiento al avance en el desempeño a nivel de establecimiento se rige por la Tabla N° 03.

**Tabla N° 03**  
**RECONOCIMIENTO AL AVANCE EN LA MEJORA DEL DESEMPEÑO A NIVEL DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

| Nivel encontrado en la medición inicial del desempeño de los procesos de atención | Nivel encontrado en una siguiente medición del desempeño de los procesos de atención | Reconocimiento              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Mínimo                                                                            | Intermedio                                                                           | Mención honrosa a la mejora |

## 5.6 De la Progresividad en la Aplicación

- 5.6.1 La aplicación de la Metodología de Mejora del Desempeño será progresiva, iniciando por todos los procesos de atención señalados en la presente Directiva. La DGSP, definirá progresivamente los Instrumentos de Medición de Buenas Prácticas adicionales, que hagan posible su aplicación a los procesos de atención no incluidos en la presente versión de la Directiva, hasta completar el 100% de los procesos de atención.

## VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

### 6.1 Momentos de la Metodología de Mejora del Desempeño

#### 6.1.1 Momento 1: Diálogo Social.

Comprende todo tipo de negociaciones, consultas e intercambio de información entre los actores locales sobre temas de interés común relativos a las políticas de salud, el análisis situacional de salud, el desempeño de los procesos de atención de salud, y las estrategias para el logro de los resultados de salud. Debe permitir acuerdos o pactos para garantizar la viabilidad técnica, política y financiera de la mejora del desempeño. Este momento es fundamental para iniciar el proceso y darle las mayores probabilidades de éxito.

#### 6.1.2 Momento 2: Identificación de los Procesos de Atención y de las Buenas Prácticas.

La presente directiva establece de manera obligatoria la aplicación de la Metodología para los procesos de atención considerados en el documento. Sin embargo, esta puede ser aplicada también de manera adicional, a otros procesos de atención, los cuales han sido identificados sobre la base de la situación epidemiológica y de las prioridades de salud locales, desde una perspectiva participativa que incluya a todos los actores locales, sean autoridades, comunidad, agencias cooperantes, y otros involucrados. En situaciones en el cual se ha identificado el proceso de atención adicional, posterior a ello se procede a seleccionar las Buenas Prácticas pertinentes a dicho proceso.

#### 6.1.3 Momento 3: Medición del Desempeño e Implementación de las Buenas Prácticas.

La ejecución de las actividades de este momento corresponden al nivel local: Red, Microrred o establecimiento de salud. Implica la medición del desempeño de los procesos de atención, para llevar a cabo acciones de mejora, o formular y ejecutar un plan de mejora del desempeño, con sus correspondientes proyectos de mejora del desempeño, recurriendo para ello a la participación de todos los actores del ámbito correspondiente.

Las Redes y Microrredes de Salud realizan supervisión y brindan apoyo para la implementación de los planes de los establecimientos de salud. Igualmente, son los entes encargados de resolver los factores que afectan el desempeño de los trabajadores de salud (recursos humanos, infraestructura, equipamiento y sistemas de abastecimientos de insumos y medicamentos). Para ello, las Redes y Microrredes deben elaborar sus propios planes de mejora que incluyen los factores citados en sus respectivos ámbitos.

#### 6.1.4 Momento 4: Medición del Progreso y Monitoreo del Plan.

Una vez transcurrido el período de implementación y ejecución de los Planes de Mejora del Desempeño, se realiza una nueva medición del desempeño, a fin de demostrar el progreso, así como un análisis de los resultados y avances logrados, incluyendo el proceso de las decisiones tomadas, el involucramiento de las autoridades locales, la comunidad y el apoyo obtenido. Este momento está a cargo de los equipos locales, con la conducción y apoyo de las Microrredes, Redes y las DISA/DIRESA o quien haga sus veces.

#### 6.1.5 Momento 5: Reconocimiento de Logros.

El reconocimiento al desempeño es una pieza fundamental en el proceso de lograr mejoras efectivas y sostenibles en la calidad de los procesos de atención.

Para que éste tenga éxito, es esencial el compromiso de las autoridades regionales de salud, a cuya iniciativa deben integrarse otros actores que intervienen directa o indirectamente en el proceso de mejoramiento de la calidad, así como los usuarios y la comunidad involucrada. Ver al respecto el numeral 6.3 y 6.4.

## 6.2 El Proceso de Medición

- 6.2.1 El planeamiento, organización, ejecución y evaluación de la Medición del Desempeño es responsabilidad del Gerente o Director de Red de Salud.
- 6.2.2 La aplicación del Instrumento de Medición se hará por equipos técnicos conformados por un mínimo de dos personas capacitadas en la Metodología de Mejora del Desempeño, por la DISA/DIRESA o por la Red, y que no deben pertenecer al establecimiento en el cual se aplica la medición. El equipo es designado por el Director de la Red.
- 6.2.3 La aplicación se realiza durante un día, en fecha programada y conocida por anticipado por el personal del establecimiento de salud. Finalizada la aplicación, se presentan los resultados al personal involucrado, y se redacta un acta que forma parte del libro de supervisión del establecimiento. El acta debe precisar los criterios de verificación en los cuales no se cumplió la buena práctica en relación a los procesos de atención medidos, una orientación acerca de los posibles lugares donde se puede observar la ejecución adecuada, y el plazo para la siguiente visita.
- 6.2.4 Los Jefes de Establecimiento promoverán la aplicación de la metodología por el propio personal del establecimiento, o auto medición, con fines de autoevaluación, de establecer una línea basal, y principalmente para identificarse con los objetivos y fines del proceso de mejora del desempeño de la atención de salud, facilitando la implementación de la buena práctica en el servicio.

## 6.3 Reconocimientos al Desempeño Alcanzado

- 6.3.1 El reconocimiento a la Mejora del Desempeño Basada en Buenas Prácticas se llevará a cabo por lo menos una vez al año, sobre la base comparativa de al menos dos mediciones que muestren resultados consistentes y sostenibles.
- 6.3.2 Los establecimientos de salud en los cuales el 80% a más de los procesos de atención evaluados alcancen un desempeño adecuado (Cumple con el 80% o más de las Buenas Prácticas), se harán merecedores a una Resolución Directoral, Jefatural o equivalente, de la Gerencia de la Red de Salud, asignada al establecimiento, entregada en ceremonia pública por la autoridad. Todo el personal del establecimiento, tanto asistencial como administrativo, que participó en la implementación de la Mejora del Desempeño, recibirá una felicitación escrita del Jefe del Establecimiento, con copia a su legajo. La Resolución tiene como referente, el modelo que se indica en el Anexo N° 07.
- 6.3.3 Las Microrredes en las cuales el 75% o más de sus establecimientos hayan logrado un desempeño adecuado según lo indicado en el numeral 6.3.2, se harán merecedoras a una Resolución Directoral, Jefatural o equivalente, de la Gerencia de la Red de Salud, asignada a la Microrred, entregada en ceremonia pública por la autoridad. Todo el personal de la Microrred, tanto asistencial como administrativo, que participó en la implementación de la Mejora del Desempeño, recibirá una felicitación escrita del Director de la Red, con copia a su legajo. La Resolución Directoral seguirá el modelo que se indica en el Anexo N° 08.
- 6.3.4 Las Redes de Salud que tengan el 60% o más de sus Microrredes que hayan logrado un desempeño adecuado según lo indicado en el numeral 6.3.3, se harán merecedoras de una Resolución Directoral de reconocimiento, asignado a la Red, de parte del Director General de la DISA/DIRESA o la que haga sus veces. Todo el personal de la Red que contribuyó al logro, recibirá una felicitación escrita del Director o Gerente de la Red, con copia a su legajo. La Resolución Directoral tendrá como referente, el modelo del Anexo N° 08. La Dirección o Gerencia de

la Red podrá gestionar ante el Gobierno Local, reconocimientos o incentivos complementarios sobre esta misma base.

- 6.3.5 La DISA/DIRESA o quien haga sus veces, que tenga un 50% o más de sus Redes de salud con desempeño adecuado según lo establecido en el numeral 6.3.4, se hará merecedora de una Resolución Ministerial de Reconocimiento, previa verificación e informe favorable de la Dirección General Salud de las Personas. Todo el personal de la DISA/DIRESA que contribuyó al logro, recibirá una felicitación escrita del Director General, con copia a su legajo. La DIRESA podrá gestionar ante el Gobierno Regional, reconocimientos complementarios sobre esta misma base.
- 6.3.6 A nivel de establecimientos con desempeño mínimo, aquel que logre pasar al nivel de desempeño intermedio, ameritará una Mención Honrosa a la Mejora para el personal involucrado en el proceso de mejora, expresada en una mención pública efectuada por el Gerente de la Red por un medio de comunicación escrito propio de la Red.
- 6.3.7 Cada año, la Dirección General de Salud de las Personas del MINSA difundirá las experiencias más destacables por la mejora de indicadores sanitarios, magnitud de las mejoras del desempeño, por la sostenibilidad de sus logros, por su éxito en movilizar recursos y apoyo, aquellas con participación activa de las organizaciones de base comunitaria, y por su compromiso multisectorial e intersectorial.
- 6.3.8 Las DISA/DIRESA o quien haga sus veces, promoverá que los reconocimientos establecidos en los numerales 6.3.2 al 6.3.4 sean tomados en cuenta para la puntuación requerida en procesos de concurso, oportunidades de capacitación, becas, pasantías, y otros similares.
- 6.3.9 La DIRESA o quien haga sus veces, coordinará con el Gobierno Regional y los Gobiernos Locales, la identificación de otras formas de reconocimiento, y los recursos para ello.
- 6.3.10 La DIRESA o quien haga sus veces, generará programas de incentivos y reconocimientos anuales dirigidos a trabajadores, establecimientos, Microrredes o Redes que muestren avances en la mejora del desempeño de los procesos de atención.

#### 6.4 Pasantías y Asistencia Técnica.

- 6.4.1 Las Redes y la DISA/DIRESA o quien haga sus veces, promoverán las pasantías en establecimientos con desempeño adecuado, para que el personal involucrado en procesos de atención con desempeño intermedio (mayor a 60% y menor de 80% de cumplimiento de sus buenas prácticas), participe de tales procesos en establecimientos con desempeño adecuado e identifique de esta manera las modificaciones a ser ejecutadas posteriormente en su propio establecimiento de salud.
- 6.4.2 Los procesos de atención que alcancen un desempeño de 60% o inferior, recibirán de la DISA/DIRESA, asistencia técnica para ayudarlos a superar dicha situación en el menor plazo posible. En caso de persistir esta situación, se pondrá en conocimiento de la Dirección General de Salud de las Personas del MINSA para la asistencia técnica correspondiente.

#### 6.5 La Gestión de los Recursos

- 6.5.1 La DISA/DIRESA, o quien haga sus veces, Red, Microrred y establecimientos de salud, promoverán la gestión de recursos para la ejecución del Plan de Mejora del Desempeño, complementarios a los recursos del sector, ya sea provenientes de recursos municipales (Fondo de Incentivo Municipal, Presupuesto Participativo), agencias de cooperación, empresas privadas, Sistema Nacional de Inversión Pública (Proyecto de Inversión Pública - PIP Menor), Canon regional, y otros que sean aplicables.
- 6.5.2 Los programas de inducción al personal nuevo, así como los programas de capacitación del personal, deberán incluir entre sus contenidos, la Metodología de Mejora del Desempeño en Base a Buenas Prácticas.

## 6.6 Roles en el proceso de implementación de la Metodología del Desempeño.

### 6.6.1 Nivel Nacional:

- a. La Dirección General de Salud de las Personas - DGSP revisará y actualizará el presente documento normativo, según corresponda al marco normativo vigente e incorporará de manera progresiva los instrumentos de medición del desempeño en base a las buenas prácticas de otros procesos de atención que no contemple la presente Directiva Administrativa.
- b. La DGSP y la Oficina General de Estadística e Informática - OGEI, son los responsables del desarrollo, mantenimiento y actualización del aplicativo informático, requerido para el procesamiento de la información posterior a la aplicación del instrumento.
- c. La DGSP difundirá la presente directiva, y brindará capacitación y asistencia técnica para la correcta implementación y aplicación de la metodología.
- d. La DGSP, a través de la Dirección de Gestión Sanitaria, es responsable de la programación, supervisión, monitoreo y evaluación de la presente Directiva Administrativa involucrando a otras oficinas y dependencias del Ministerio de Salud según corresponda. Para el monitoreo a las DISA/DIRESA o las que hagan sus veces, se empleará el instrumento de monitoreo de la gestión de la Mejora del Desempeño, Anexo N° 09 del presente documento.
- e. La DGSP gestionará ante el Despacho Ministerial, las Resoluciones de Reconocimiento de Logros, para premiar a la DISA/DIRESA, o quien haga sus veces, con un adecuado desempeño de los procesos de atención en base a Buenas Prácticas de Atención.

### 6.6.2 Nivel Regional:

- a. La DISA/DIRESA, o quien haga sus veces, elabora anualmente el Plan de trabajo de implementación de Mejora del Desempeño del nivel regional, integrado a su Plan Operativo Anual.
- b. La DISA/DIRESA, o quien haga sus veces, elabora anualmente el Plan de Mejora del Desempeño, de nivel regional, integrado a su Plan Operativo Anual.
- c. La Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas de la DISA/DIRESA, o la que haga sus veces, monitorea la gestión de la Mejora del Desempeño a nivel de las Redes, empleando para ello el instrumento establecido en el Anexo N° 09.
- d. La Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas de la DISA/DIRESA, o la que haga sus veces, realiza el acompañamiento y asistencia técnica de los procesos, viabilizando el cierre de brechas identificadas en los planes y proyectos de mejora de nivel local.
- e. La DISA/DIRESA, o quien haga sus veces, emite las Resoluciones Directorales de Reconocimiento de Logros que se precisan en los numerales 6.3.2 al 6.3.4.

### 6.6.3 Nivel Local:

- a. Las Redes/Microrredes, elaboran anualmente el Plan de Trabajo de Implementación de la Mejora del Desempeño del nivel local, integrado a su Plan Operativo Anual.
- b. Las Redes/Microrredes/Establecimientos de Salud, elaboran anualmente el Plan de Mejora del Desempeño del nivel local, integrado a su Plan Operativo Anual.
- c. Las Redes monitorean la gestión de la Mejora del Desempeño a nivel de las Microrredes y establecimientos, empleando para ello el instrumento establecido en el Anexo N° 09.
- d. Las Redes/Microrredes/Establecimientos de Salud realizan semestralmente la evaluación de avance, reportando sus logros al Nivel Regional.

## VII. RESPONSABILIDADES

### 7.1 Nivel Nacional

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Salud de las Personas es responsable de difundir la presente Directiva Administrativa hasta el nivel regional, de brindar asistencia técnica para su implementación, de supervisar y monitorear su aplicación y cumplimiento.

### 7.2 Nivel Regional

Las DISA/DIRESA o las que hagan sus veces, son responsables de la difusión de la presente Directiva Administrativa en su jurisdicción, así como de su implementación, monitoreo y de supervisión de su cumplimiento en lo que corresponda.

### 7.3 Nivel Local

Los establecimientos de salud del primer nivel de atención de las DISA/DIRESA o de las que hagan sus veces en el ámbito regional, son responsables de aplicar las disposiciones contenidas en la presente Directiva Administrativa, en lo que corresponda.

## VIII. ANEXOS

- Anexo N° 01: Pautas para la implementación de la Metodología de Mejora del Desempeño en Base a Buenas Prácticas para la Atención de Salud en el Primer Nivel de Atención – MMD.
- Anexo N° 02: Ficha de Registro de las Guías Aplicadas en la Medición del Desempeño.
- Anexo N° 03: Instrumento de Medición de Buenas Prácticas en la Atención de la Salud Materna y Neonatal.
- Anexo N° 04: Instrumento de Medición de Buenas Prácticas en la Atención del Niño y Niña.
- Anexo N° 05: Instrumento de Medición de Buenas Prácticas en la Atención del Usuario con Tuberculosis.
- Anexo N° 06: Instrumento de Medición de Buenas Prácticas en la Atención del Usuario con ITS, VIH y SIDA.
- Anexo N° 07: Modelo de Resolución Directoral/Jefatural para el Reconocimiento del Desempeño Basado en Buenas Prácticas de Atención de Salud a nivel de establecimiento o Microrred.
- Anexo N° 08: Modelo de Resolución Directoral para el Reconocimiento del Desempeño Basado en Buenas Prácticas de Atención de Salud a nivel de Red.
- Anexo N° 09: Instrumento de Monitoreo de la Gestión de la Mejora del Desempeño.

## IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Avosa, G. Mulindi, R., Otai, J., Merkel, S. & Lynam, P. (2010). Improving Quality in Service Delivery in Urban Facilities in Rift Valley Province, Kenya. Baltimore: Jhpiego.
2. Brieger, W.R., Orji, B., Okelbunot, J., Ishola, G., Otolurin, E., & Rawlins, B (2009). Community-Directed Intervention to Deliver Malaria in Pregnancy Services in Nigeria. Baltimore: Jhpiego.
3. Currie, S., Drake, M., & Thomas, U. (2010). SBM-R in Pre-Service Education. A Supplement to Standards-Based Management and recognition – A Field Guide. Baltimore: Jhpiego.
4. Jhpiego. Strengthening the Provision of High - Quality Emergency Obstetric and Newborn Care Services in India in Collaboration with the Federation of Obstetric and Gynecological Societies of India and the Indian College of Obstetrics and Gynecology. 2009.
5. Ministerio de Salud. Directiva Administrativa de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud de I, II y III Nivel de Atención, aprobada por R.M. N° 572-2011/MINSA. Lima, 2011.

6. Ministerio de Salud. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Lima: Ministerio de Salud, 2005.
7. Necochea E, Bossemeyer D. Standards-Based Management and Recognition, A Field Guide. JHPIEGO. Baltimore. 2005
8. Organización Mundial de la Salud y Gobierno Vasco. Concepto de Buenas Prácticas en Promoción de la Salud en el Ámbito Escolar y la Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud. En: [http://www.educaragon.org/files/Concepto\\_Buenas\\_Prácticas.pdf](http://www.educaragon.org/files/Concepto_Buenas_Prácticas.pdf), 02 de enero de 2012.
9. Rawlins, B.J., et al., Reproductive health services in Malawi: An evaluation of a quality improvement intervention. Midwifery (2011), doi:10.1016/j.midw.2011.10.005.

## Anexo N° 01

### PAUTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE MEJORA DEL DESEMPEÑO EN BASE A BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

#### 1. MARCO CONCEPTUAL

**La Metodología de Mejora del Desempeño (MMD):** es un enfoque metodológico, técnico y gerencial que estandariza la atención de salud mediante la implementación de las buenas prácticas de atención de la salud y el reconocimiento por su logro.

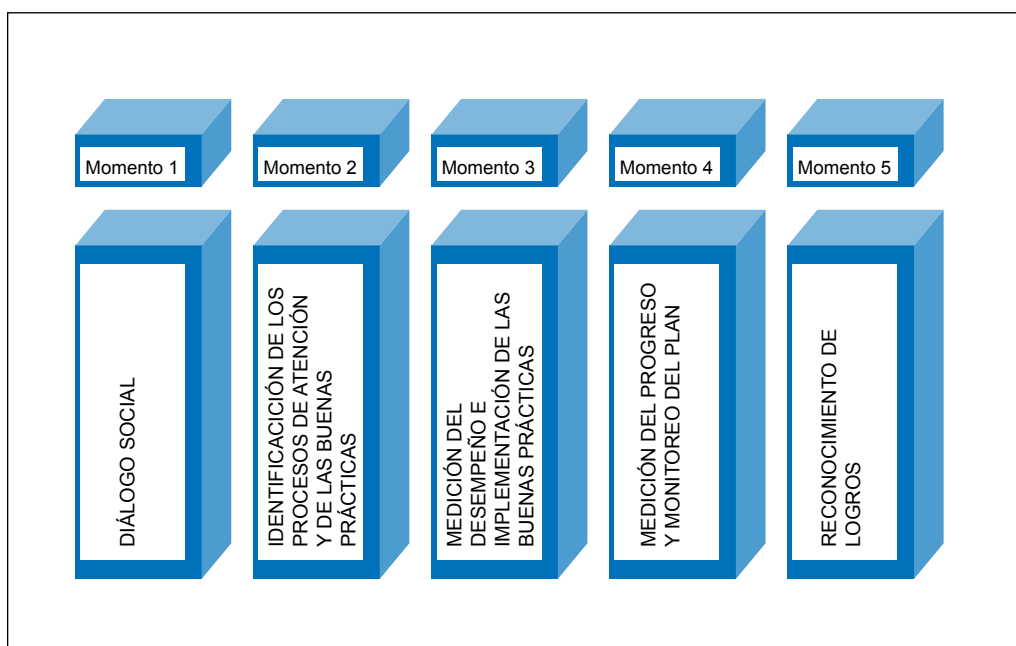
La mejora del desempeño de los procesos de atención de salud implica un proceso sistemático para analizar las brechas que existen entre el desempeño deseado y el real; dirigir intervenciones a las causas fundamentales de las brechas de desempeño para lograr los resultados institucionales e individuales deseados; e instalar mecanismos de reconocimiento.

La Metodología incluye cinco momentos, que se esquematizan en el Gráfico N° 01:

- Momento 1: Diálogo Social.
- Momento 2: Identificación de los procesos de atención y de las buenas prácticas.
- Momento 3: Medición del desempeño e Implementación de las buenas prácticas.
- Momento 4: Medición del progreso y Monitoreo del Plan.
- Momento 5: Reconocimiento de logros.

**Gráfico N° 01**

#### MOMENTOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA MEJORA DEL DESEMPEÑO EN BASE A BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



## 2. DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA

### 2.1 EL MOMENTO 1: DIÁLOGO SOCIAL

Es el momento de concertación para la mejora del desempeño y debe perdurar durante todo el proceso de implementación. Comprende todo tipo de negociaciones y consultas e incluso el intercambio de información entre los actores locales o entidades socias locales sobre temas de interés común relativos a las políticas sanitarias, el análisis situacional de la salud, el desempeño de los procesos de atención de salud, las expectativas de usuarios/os y proveedores, y las estrategias para el logro de los resultados sanitarios. Es el momento en que se analizan los beneficios de la metodología y se promueve el interés regional y local. Debe permitir acuerdos o pactos para garantizar la viabilidad técnica, política y financiera de la mejora del desempeño.

Este momento requiere por lo menos dos reuniones técnicas:

**2.1.1 PRIMERA REUNIÓN TÉCNICA:** Es una reunión de la DISA/DIRESA o instancia que haga sus veces, con participación del Gobierno Regional.

**OBJETIVO DE LA PRIMERA REUNIÓN:** Concertar y organizar la implementación de la mejora del desempeño en base a buenas prácticas, identificando los espacios de inicio de su aplicación.

**CONVOCATORIA:** A cargo de la Dirección General de la DISA/DIRESA, o instancia que haga sus veces.

**PARTICIPANTES EN LA PRIMERA REUNIÓN:**

- Equipo de gestión (garantizar la participación de los responsables de Salud de las Personas y Promoción de la Salud).
- Responsables de Calidad y de las Estrategias Sanitarias involucradas.
- Gerencia de Desarrollo Social, o la que haga sus veces.

Las actividades y productos se presentan en la Tabla N° 04.

**Tabla N° 04**  
**ACTIVIDADES Y PRODUCTOS DE LA PRIMERA REUNIÓN TÉCNICA**

| ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PRODUCTOS/RESULTADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Socialización de las ventajas y beneficios de aplicar la mejora del desempeño en base a buenas prácticas y su posible inclusión como parte de plan de gestión de la calidad de nivel regional u otro</li> <li>2. Identificación de ámbitos de intervención a partir del análisis de la situación de salud regional</li> <li>3. Elaboración del "Plan de implementación de la metodología de mejora del desempeño en base a buenas prácticas", de nivel regional, utilizando el formato referencial (Página 3 del presente Anexo)</li> <li>4. Identificación de los actores del ámbito regional (Ver Tabla N° 06) que participarán en la segunda reunión, considerando lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La naturaleza de sus intereses</li> <li>• Sus fortalezas e impacto potencial para lograr la implementación</li> </ul> </li> <li>5. Identificación de fuentes de financiamiento</li> <li>6. Identificación de la persona o equipo responsable en la DISA/DIRESA o quien haga sus veces, para el trabajo conjunto. Así mismo, determinación de la instancia responsable de la conducción</li> <li>7. Determinación de las estrategias de seguimiento de la implementación</li> <li>8. Identificación de la fecha para la reunión técnica con los actores locales</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ámbitos de intervención identificados: red y microrred</li> <li>• Directorio de actores del ámbito regional identificados</li> <li>• Posibilidades y fuentes de co-financiamiento, identificados</li> <li>• Persona o equipo responsable regional nominado, identificando la instancia de conducción del proceso</li> <li>• Plan de implementación de la mejora del desempeño, aprobado</li> <li>• Fecha definida para la segunda reunión</li> <li>• Otros que se consideren necesarios</li> </ul> |

El formato referencial <sup>(2)</sup> para el “Plan de implementación de la metodología de mejora del desempeño en base a buenas prácticas”, de nivel regional, es el siguiente:

**PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE MEJORA DEL DESEMPEÑO**  
(Nivel Regional)

- I. OBJETIVO (se anota lo que se espera lograr con el plan)
- II. ÁMBITO DE APLICACIÓN (Precisando las Redes priorizadas)
- III. BASE LEGAL
- IV. ACTIVIDADES A REALIZAR
  - a. Actividades de difusión.
  - b. Actividades de capacitación (Incluyendo la Formación de Facilitadores).
  - c. Actividades de dotación.
  - d. Presupuesto referencial.
  - e. Actividades de gestión del financiamiento de la implementación.
- V. RECURSOS NECESARIOS
- VI. EQUIPO RESPONSABLE REGIONAL (son las personas que conducirán los procesos en la región)
- VII. CRONOGRAMA

| ACTIVIDADES (ejemplos)                                                     | RESPONSABLE | FECHA |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|--|--|--|--|--|
| Actividades de difusión                                                    |             |       |  |  |  |  |  |
| Ratificación del ámbito de intervención inicial                            |             |       |  |  |  |  |  |
| Participación en el proceso de formación de facilitadores                  |             |       |  |  |  |  |  |
| Participación en la Identificación de procesos de atención de la microrred |             |       |  |  |  |  |  |
| Participación en las mediciones                                            |             |       |  |  |  |  |  |
| Participación en la presentación de resultados                             |             |       |  |  |  |  |  |
| Participación en el cierre de brechas (implementación de planes de mejora) |             |       |  |  |  |  |  |
| Elaboración de propuesta de reconocimientos                                |             |       |  |  |  |  |  |
| Participación en la ceremonia de reconocimientos                           |             |       |  |  |  |  |  |
| Visitas de Monitoreo y supervisión de la Red                               |             |       |  |  |  |  |  |
| Reuniones de coordinación                                                  |             |       |  |  |  |  |  |

<sup>2</sup> Según en Anexo N° 07 de la R.M. N° 526-2011/MINSA.

En lo referido al Cronograma de Actividades, se presenta a continuación un ejemplo de detalle de nivel local (Recoger lo pertinente):

| ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | RESPONSABLE | FECHAS |  |  | RECURSOS |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------|--|--|----------|
| Formación o reforzamiento de capacidades de los facilitadores de la mejora del desempeño                                                                                                                                                                                                                                                              |             |        |  |  |          |
| Conformación de los equipos de medición                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |        |  |  |          |
| Determinación de la línea de base a través de la primera medición del desempeño: <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación de indicadores de cobertura y de resultado relacionadas con los procesos de atención intervenidos</li> <li>Medición del desempeño a través de la aplicación de los instrumentos de buenas prácticas</li> </ul> |             |        |  |  |          |
| Procesamiento de la información resultante de la medición                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |        |  |  |          |
| Identificación y análisis de brechas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |        |  |  |          |
| Elaboración de planes y proyectos de mejora                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             |        |  |  |          |
| Reunión técnica de análisis de planes y proyectos de mejora                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             |        |  |  |          |
| Ejecución del plan y proyectos de mejora                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |        |  |  |          |
| Monitoreo y supervisión de la mejora de desempeño                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |        |  |  |          |
| Presentación de avances al equipo responsable regional/local y a la comunidad.                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |        |  |  |          |
| Segunda medición                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |        |  |  |          |
| Procesamiento de la información resultante de la medición                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |        |  |  |          |
| Identificación y análisis de las brechas entre la segunda medición y la Buena Práctica                                                                                                                                                                                                                                                                |             |        |  |  |          |
| Comparación de resultados de primera y segunda medición. Análisis de los resultados                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |        |  |  |          |
| Ajustes de los planes de mejora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |        |  |  |          |
| Implementación del programa de reconocimiento a los logros                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |        |  |  |          |
| Presentación de resultados, por el equipo responsable local, al equipo responsable regional y comunidad                                                                                                                                                                                                                                               |             |        |  |  |          |
| Informe final, incluyendo conclusiones y recomendaciones orientadas a las siguientes intervenciones                                                                                                                                                                                                                                                   |             |        |  |  |          |

### 2.1.2 FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DE FACILITADORES DE MEJORA DEL DESEMPEÑO

Los facilitadores serán personal de salud elegido o seleccionado considerando preferentemente los siguientes criterios:

Estabilidad laboral (permanecer en la Microrred por lo menos de 1 a 2 años).

Evidente compromiso institucional o con la región.

Disposición para asumir esta tarea.

Si la región, Red, Microrred o establecimiento de salud no cuenta con facilitadores es necesario que los formen, actividad prevista en el Numeral IV.b del Plan de Implementación de la Metodología de Mejora del Desempeño, de nivel regional. Esta formación debe incluir las actividades que se indican en la Tabla N° 05.

**Tabla N° 05**  
**PROGRAMA SUGERIDO PARA LA FORMACIÓN DE FACILITADORES**

| AREAS DEL DESARROLLO DE CAPACIDADES (tiempo referencial)    | ACTIVIDADES FORMATIVAS                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Área conceptual, metodológica e instrumental (1 día)</b> | Sesión 1                                    | Factores y componentes del desempeño                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                             | Sesión 2                                    | Momentos de la Metodología de Mejora del Desempeño. Presentación de experiencias exitosas                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                             | Sesión 3                                    | Presentación de los instrumentos de medición de desempeño en base a buenas prácticas                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                             | Sesión 4                                    | Práctica de llenado. Análisis de los instrumentos<br>Organización de la medición de buenas prácticas en los procesos de atención seleccionados                                                                                                                                                                                       |
| <b>Área aplicativo – evaluativa (1 día)</b>                 | Sesión 5                                    | Práctica supervisada de medición de desempeño en procesos de atención <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación del desempeño</li> <li>• Aplicación de los instrumentos</li> <li>• Identificación de brechas</li> <li>• Presentación de los resultados de la medición al equipo de gestión del establecimiento</li> </ul> |
|                                                             | Sesión 6                                    | Identificación de brechas, análisis de causas                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Área de planificación y acuerdos (1 día)</b>             | Sesión 7                                    | Elaboración del Plan de Mejora del Desempeño y proyectos de mejora                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                             | Acuerdos y compromisos de los facilitadores |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

**Tabla N° 06**  
**ACTORES LOCALES O ENTIDADES SOCIALES LOCALES**

| CATEGORIAS                                               | INSTITUCIONES/PROYECTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INSTITUCIONES FORMATIVAS</b>                          | Universidades públicas y privadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                          | Institutos tecnológicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>INSTITUCIONES Y PROYECTOS DEL SECTOR SALUD</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DIRESA/hospitales, redes, microrredes</li> <li>• Sedes docentes acreditadas</li> <li>• EsSalud</li> <li>• Establecimientos de salud de las Fuerzas armadas y Fuerzas policiales</li> <li>• Clínicas</li> <li>• Farmacias</li> <li>• Proyectos del MINSA</li> </ul>                             |
| <b>OTROS SECTORES PÚBLICOS</b>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gobierno regional</li> <li>• Municipalidades</li> <li>• Servicios de salud de las municipalidades</li> <li>• Ministerio de Economía y Finanzas</li> <li>• Ministerio de la Mujer y del Desarrollo Social</li> <li>• Ministerio de Educación</li> <li>• Fuerzas armadas y policiales</li> </ul> |
| <b>CONSEJOS REGIONALES DE LOS COLEGIOS PROFESIONALES</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colegio Médico del Perú</li> <li>• Colegio de Enfermeros del Perú</li> <li>• Colegio de Obstetras del Perú</li> <li>• Colegio Químico Farmacéutico del Perú</li> <li>• Otros</li> </ul>                                                                                                        |
| <b>OTRAS ENTIDADES DE LA SOCIEDAD CIVIL</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismos No Gubernamentales</li> <li>• Mesas de concertación</li> <li>• Organizaciones Sociales de Base</li> <li>• Otros</li> </ul>                                                                                                                                                          |
| <b>EMPRESAS PRIVADAS</b>                                 | Fábricas, empresas mineras, medios de comunicación u otros                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>COOPERACIÓN INTERNACIONAL</b>                         | Agencias de cooperación con representación en el territorio (región, departamento, municipio), o por su participación en programas y proyectos de desarrollo, asistencia técnica o asistencia financiera                                                                                                                                |

**2.1.3 REUNIÓN TÉCNICA DE ACUERDOS Y COMPROMISOS:** corresponde a la reunión de Gobierno Regional y la DISA/DIRESA, o las instancias que hagan sus veces, con los actores del ámbito regional. Sus actividades y productos se muestran en la Tabla N° 07.

**CONVOCATORIA:** A cargo de Gobierno Regional (conductor político) en coordinación con la DISA/DIRESA o instancia que haga sus veces (responsable técnico ejecutivo).

**OBJETIVOS DE LA REUNIÓN DE ACUERDOS Y COMPROMISOS:**

- Sensibilizar y comprometer a otros actores en el proceso de implementación de la mejora del desempeño en base a buenas prácticas.
- Analizar la viabilidad política, técnica y financiera de la implementación.
- Conformar un Comité de Apoyo integrado preferentemente por representantes del sector público y privado, y presidido por la DISA/DIRESA o instancia que haga sus veces.

**PARTICIPANTES:**

- Todos los participantes de la primera reunión.
- Directores de las Redes seleccionadas, o quienes hagan sus veces.
- Actores Locales identificados para su invitación, en la primera reunión.

**Tabla N° 07**

**ACTIVIDADES Y PRODUCTOS DE LA REUNIÓN TÉCNICA DE ACUERDOS Y COMPROMISOS**

| ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PRODUCTOS/ RESULTADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formalización del ámbito de implementación: redes y microrredes de trabajo</li> <li>2. Presentación del "Plan de implementación de la mejora del desempeño en base a buenas prácticas", de nivel regional, para consenso y aprobación</li> <li>3. Análisis de los roles de cada institución o instancia</li> <li>4. Identificación de las fuentes de cofinanciamiento entre los actores participantes</li> <li>5. Conformación del Comité de Apoyo Regional</li> <li>6. Apertura del Libro de Actas y firma de acuerdos y compromisos</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cuenta con un libro de Actas, a cargo de la DISA/DIRESA o instancia que haga sus veces en la Región</li> <li>• El Libro de Actas cuenta con los acuerdos y compromisos, incluyendo el "Plan de implementación de la mejora del desempeño en base a buenas prácticas", de nivel regional, aprobado</li> <li>• Fuentes de financiamiento, identificadas</li> <li>• Comité de Apoyo, conformado</li> </ul> |

**2.2 MOMENTO 2: IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN Y DE LAS BUENAS PRÁCTICAS.**

Este momento es aplicable cuando la DIRESA, la Red o el establecimiento desean aplicar la Metodología a procesos de atención adicionales a los estipulados en la presente versión de la Directiva Administrativa, los mismos que son de aplicación obligatoria. Para identificar estos procesos de atenciones adicionales, así como para la elección o construcción de los instrumentos de medición del desempeño correspondientes y los apoyos requeridos para iniciar la implementación, se puede emplear este momento. Puede ejecutarse a nivel regional o local.

**OBJETIVOS DEL MOMENTO 2:**

- Identificar los procesos de atención que requieren ser mejorados, de manera adicional a los establecidos como obligatorios.
- Elegir o construir los instrumentos de medición según los procesos de atención adicional seleccionados.

**PARTICIPANTES EN EL MOMENTO 2:**

- Equipo responsable local (Red, Microrred o establecimiento de salud, según corresponda).
- Actores sociales involucrados.

**Tabla N° 08**

**ACTIVIDADES Y PRODUCTOS DEL MOMENTO 2**  
(Considerando el nivel local)

| ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                          | PRODUCTOS/ RESULTADOS                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Nominación y formalización del equipo local responsable<br>2. Identificación de los procesos de atención a ser mejorados<br>3. Elección e impresión de los instrumentos de medición del desempeño | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo local responsable identificado y aprobado con documento legal</li> <li>• Procesos de atención a ser mejorados, identificados</li> <li>• Instrumentos de medición del desempeño, seleccionados e impresos para su aplicación</li> </ul> |

**2.2.1 NOMINACIÓN Y FORMALIZACIÓN DEL EQUIPO LOCAL RESPONSABLE**

A nivel local, sea en la Red o Microrred, debe conformarse un equipo responsable de la gestión de los procesos de mejora del desempeño. Este debe contar con un documento que formalice la conformación del equipo y sus funciones las mismas que están relacionadas con la planificación, desarrollo, seguimiento y evaluación de la mejora del desempeño de los procesos de atención del ámbito correspondiente.

**2.2.2 IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN A SER MEJORADOS**

Los procesos de atención necesitan ser mejorados considerando las principales causas de morbilidad y mortalidad, así como también las prioridades regionales y locales. Se debe desarrollar un proceso participativo para lograr el consenso y asegurar que todos los actores locales contribuyan al logro de la implementación.

**2.2.3 ELECCIÓN E IMPRESIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO EN BASE A BUENAS PRÁCTICAS**

Se procederá de acuerdo a los procesos de atención seleccionados.

**2.3 MOMENTO 3: MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LAS BUENAS PRÁCTICAS.**

La ejecución de las actividades de este momento corresponden al nivel local: Red, Microrred o establecimiento de salud.

**OBJETIVOS DEL MOMENTO 3:**

- Elaborar y aprobar el Plan de implementación de la mejora del desempeño, en el nivel local.
- Seleccionar o elegir y formar facilitadores de mejora del desempeño.
- Determinar la línea de base del desempeño de los procesos de atención.
- Identificar las brechas existentes entre el desempeño esperado y el desempeño real.
- Elaborar e implementar el Plan de Mejora del Desempeño (PMD) y proyectos de mejora.
- Ejecutar el seguimiento de las intervenciones impulsando las automediciones del desempeño de los procesos de atención de salud.

**PARTICIPANTES EN EL MOMENTO 3:**

Equipo responsable local (Puede ser a nivel de la Red, Microrred o establecimiento de salud, según corresponda).

Facilitadores de la Metodología de Mejora del Desempeño.

Facilitadores de las intervenciones consideradas en el Plan de Mejora del Desempeño.

**Tabla N° 09**  
**ACTIVIDADES Y PRODUCTOS DEL MOMENTO 3**

| ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PRODUCTOS/ RESULTADOS                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>Determinación de la línea de base a través de la medición del desempeño de los procesos de atención. Abarca lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>Conformación de equipos de medición</li> <li>Realización de la primera medición del desempeño</li> <li>Cálculo de resultados de la medición según buena práctica y componentes del desempeño</li> <li>Presentación de resultados por buenas prácticas y componentes (utilizar las gráficas resultantes del cálculo de resultados) a los prestadores y gestores</li> <li>Identificación de EESS que no alcanzaron el desempeño adecuado y revisión de los criterios condicionantes de éste resultado</li> <li>Identificación de las brechas críticas según buenas prácticas y componentes, relacionándolas con los indicadores sanitarios del ámbito respectivo</li> <li>Identificación de las causas que generan las brechas.</li> <li>Propuesta de intervenciones/actividades apropiadas para corregir las brechas del desempeño</li> </ul> </li> <li>Elaboración e implementación del Plan de Mejora del Desempeño y proyectos de mejora, de acuerdo a la priorización de intervenciones</li> <li>Seguimiento de los procesos implementados</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Línea de base de la red, microrred o establecimiento de salud, identificada</li> <li>Plan de Mejora del Desempeño y proyectos de mejora de la red, microrred o establecimiento de salud, según corresponda</li> </ul> |

**2.3.1 DETERMINACIÓN DE LA LÍNEA DE BASE**

La línea de base o línea basal es la primera medición del desempeño basada en buenas prácticas de los procesos de atención de salud, obtenida a través de la aplicación de los instrumentos y del análisis de indicadores de cobertura y resultado. En el caso de las Regiones o Redes en las cuales ya se ha aplicado la Metodología, la línea de base sería la primera que se aplicó.

Para ello, los facilitadores se organizan y realizan la medición aplicando los instrumentos de medición de buenas prácticas.

Abarca lo siguiente:

**2.3.1.1 Conformación de equipos de medición**

Los equipos deben estar integrados por facilitadores externos al establecimiento o servicio de salud (medición cruzada).

**2.3.1.2 Primera medición del desempeño**

Para medir el desempeño en los procesos de atención de salud, se utilizan los Instrumentos de Medición de Buenas Prácticas.

**RECOMENDACIONES PARA EL EQUIPO RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN A NIVEL LOCAL**

- Reproducir los instrumentos que se aplicarán según el número de establecimientos o procesos de atención de salud donde se realizará la medición.
- Gestionar la logística necesaria para el desplazamiento al establecimiento de salud.

**RECOMENDACIONES PARA EL EQUIPO RESPONSABLE DE LAS MEDICIONES**

- Antes de iniciar la aplicación de los instrumentos de medición, salude cortésmente y solicite la autorización al jefe del establecimiento de salud, al prestador y a la usuaria o usuario.
- Enfátice los beneficios de la Metodología de Mejora del Desempeño y que no se trata de una evaluación del personal de salud, sino de una oportunidad de mejora.
- Explique y haga uso del método a emplear (observación, entrevista, simulación o revisión de documentos).
- Luego de obtenida la autorización proceda con la aplicación del instrumento.
- Tomar en cuenta las siguientes instrucciones especiales:

| CUANDO REALIZA LA OBSERVACIÓN DIRECTA                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CUANDO CONDUCE ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS O SIMULACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CUANDO EFECTÚA LA REVISIÓN DOCUMENTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Use el instrumento de medición para guiar la observación</li> <li>• NO proporcione retroalimentación durante la medición</li> <li>• NO interrumpa el proceso de atención</li> <li>• NO realice anotaciones en la guía hasta finalizar la observación del desempeño</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifique al personal que habitualmente realiza la actividad o procedimiento a medir</li> <li>• Entreviste al personal utilizando el instrumento de medición</li> <li>• Investigue para llegar a la información precisa; no asuma respuestas</li> <li>• Pida al personal mostrar documentos, equipos o materiales</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifique las fuentes correctas de información (por ejemplo; formularios administrativos, archivos estadísticos, expedientes, Historia Clínica, entre otros)</li> <li>• Revise los documentos utilizando el instrumento de medición</li> <li>• Pregunte a los responsables de las áreas lo necesario para completar y/o aclarar la información</li> </ul> |

Si fuera el caso, al finalizar el proceso de observación, indague con el prestador por qué no realizó algunas de las acciones (criterios), contenidas en los instrumentos. Se sugiere emplear la técnica de los **Por Qué** u otra herramienta de calidad

**2.3.1.3 Cálculo del resultado de la medición según buena práctica y componentes del desempeño.**

El cálculo del resultado puede ser manual utilizando la tabla y gráficos contenidos en cada instrumento de medición (ver Anexos N° 03 al 06) o a través del aplicativo informático. Los resultados del cálculo se grafican por buenas prácticas y componentes con lo cual el equipo de salud tiene de forma clara, rápida y gráfica, un panorama de los aspectos del desempeño que deben ser mejorados.

**2.3.1.4 Presentación de los resultados por buenas prácticas y componentes.**

Los resultados de las mediciones deben ser presentados a los prestadores y gestores del establecimiento/Microrred/Red según corresponda. Para ello hay que utilizar los gráficos respectivos resultantes del cálculo de resultados.

Es relevante iniciar la presentación por los aspectos positivos (logros) que presenta el servicio, felicitando al equipo y resaltando el trabajo que realizan.

**2.3.1.5 Identificación del nivel de desempeño alcanzado – brechas y sus causas.**

Luego del cálculo de los resultados el siguiente paso es la identificación de las buenas prácticas con calificaciones menores del 80% y las brechas respectivas incluyendo los criterios no cumplidos, condicionantes de este resultado.

Seguido a ello hay que determinar las causas principales de las brechas lo cual facilita la identificación de las acciones más adecuadas para disminuirlas.

A partir de este momento, todo el proceso de análisis debe realizarse en conjunto con el equipo de gestión de la Red, Microrred o establecimiento en el que se realizó la medición.

Para el análisis de las causas que explican por qué no se cumplen, se puede utilizar la técnica de los **Por Qué** u otro que haga sus veces.

La herramienta de apoyo para esta identificación de buenas prácticas que no alcanzaron el desempeño adecuado es el FORMATO DE ANÁLISIS DE DESEMPEÑO DE BUENAS PRÁCTICAS, IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS RAÍZ Y PROPUESTA DE ACTIVIDADES/INTERVENCIONES (Ver Formato N° 01):

**FORMATO N° 01**  
**FORMATO DE ANÁLISIS DE BUENAS PRÁCTICAS NO ALCANZADAS, IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS RAÍZ Y PROPUESTA DE ACTIVIDADES/INTERVENCIONES**

|                                     |                              |
|-------------------------------------|------------------------------|
| <b>DIRESA/DISA:</b>                 |                              |
| <b>Red:</b>                         | <b>Microrred:</b>            |
| <b>Nombre del Establecimiento :</b> | <b>Proceso de Atención :</b> |
| <b>Responsable del Análisis :</b>   | <b>Fecha (dd/mm/aa) :</b>    |

| Buenas Prácticas (BP) (i) | % ALCANZADO | IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS RAÍZ (ii)      | ACTIVIDADES/INTERVENCIONES (iii) |
|---------------------------|-------------|-----------------------------------------|----------------------------------|
|                           |             |                                         |                                  |
|                           |             |                                         |                                  |
|                           |             |                                         |                                  |
|                           |             | (Agregue las filas que sean necesarias) |                                  |

**EL ANALISIS SE REALIZA POR PROCESOS DE ATENCIÓN**

- (I) Anotar las BP menores del 80% de cumplimiento. Puede consignarse sólo el código de la BP.
- (II) Identificar la causa analizando los factores que limitan el cumplimiento de la BP. Para ello puede utilizar la técnica del **¿POR QUÉ?** u otra que permita llegar a la causa raíz. En el análisis debe considerarse las brechas (buenas prácticas y componentes no alcanzadas), los criterios no cumplidos, así como los indicadores sanitarios de procesos y resultados relacionados con el servicio motivo de análisis (por ejemplo atención al niño, atención en planificación familiar), entre otros.
- (III) Proponer soluciones, para ello se debe plantear las acciones e intervenciones factibles de ser implementadas y que realmente permitan superar la causa raíz.

A continuación se presenta las recomendaciones para el uso del Formato N° 01:

- Para el trabajo tomar en cuenta los resultados del procesamiento de la medición que se encuentran en el Aplicativo o en el formato impreso de los instrumentos.
- Iniciar con la revisión de los gráficos de barras obtenidos de la aplicación del Instrumento de Medición.
- Identificar y analizar las causas relacionadas o que están generando la falta de cumplimiento de los criterios de desempeño. Iniciar el trabajo con las dos primeras columnas anotando la buena práctica no alcanzada y el porcentaje correspondiente.
- Relacionar los resultados de las mediciones con los indicadores de cobertura y resultados según los procesos de atención medidos.
- Así mismo, para el análisis tomar en cuenta cómo influyen los factores del desempeño tales como las habilidades del personal, oportunidad/recursos/ insumos/ organización y motivación.
- Anotar las actividades/intervenciones que permitan resolver o superar las causas que no permiten lograr el criterio de desempeño.
- Las intervenciones/actividades deben estar dirigidas a superar las causas y pueden estar relacionadas con (1) el desarrollo de capacidades del personal, (2) la carencia de equipos, insumos, materiales, infraestructura, etc. (3) dificultades en la organización del servicio y (4) los aspectos motivacionales, cuando al trabajador le falta motivación para realizar el trabajo, o no existe un sistema de reconocimientos e incentivos.

#### **NOTA ESPECIAL PARA EL TRABAJO EN REDES O MICRORREDES:**

Identificar las causas de las brechas relacionadas con los criterios de desempeño no alcanzados y que son comunes en los establecimientos de salud de la Red o Microrred según las buenas prácticas y componentes. Estas causas dan lugar al Plan de Mejora del Desempeño y Proyectos de mejora de la Red o Microrred.

#### **2.3.2 ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE MEJORA DEL DESEMPEÑO Y PROYECTOS DE MEJORA**

El Plan de Mejora del Desempeño presenta las acciones y proyectos de mejora dirigidos al cierre de brechas e incluye a los responsables, los plazos y la necesidad de apoyo externo requerido. Los procesos de atención mejorarán en la medida que se implemente el Plan de Mejora del Desempeño y que éste se cristalice en resultados. Para ello debe centrarse en las intervenciones críticas priorizadas, y establecer los mecanismos de revisión y seguimiento.

La herramienta de apoyo en este caso es el Formato N° 02, FORMATO DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE MEJORA DEL DESEMPEÑO EN BASE A BUENAS PRÁCTICAS. A continuación se presenta las recomendaciones para el uso de este Formato:

Anotar las actividades/intervenciones según buenas prácticas identificadas en la matriz de análisis de buenas prácticas no alcanzadas, identificación de la causa raíz y propuesta de actividades/intervenciones.

- Para cada actividad o intervención considerar el tiempo (duración y fecha aproximada), la persona responsable de la actividad, el costo y la fuente de financiamiento.
- Las actividades relacionadas con la mejora de capacidades (capacitación y asistencia técnica) deben estar incorporadas en el plan de mejora de capacidades de la Microrred.
- Debe impulsar la participación de la comunidad y actores locales.

En el caso de las Microrredes, el Plan de Mejora del Desempeño incorpora las intervenciones propuestas que son COMUNES O TRANSVERSALES, sobre todo tomar en cuenta las actividades que no pueden ser realizadas por el equipo del establecimiento. Las actividades se anotan según buenas prácticas y por procesos de atención.

**FORMATO N° 02**  
**FORMATO PARA ELABORAR EL PLAN DE MEJORA DEL DESEMPEÑO (PMD) EN BASE A BUENAS PRÁCTICAS**

| <b>DIRESA/DISA:</b>                                |                 |     |     |    |     |     |     |     |     |                       |                         |                                                       |                                  |                           |     |
|----------------------------------------------------|-----------------|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|-----|
| <b>Red:</b>                                        |                 |     |     |    |     |     |     |     |     | <b>Código RENAES:</b> |                         |                                                       |                                  | <b>Microrred:</b>         |     |
| <b>Nombre del Establecimiento :</b>                |                 |     |     |    |     |     |     |     |     | <b>Servicio :</b>     |                         |                                                       |                                  | <b>Fecha (dd/mm/aa) :</b> |     |
| <b>Responsable :</b>                               |                 |     |     |    |     |     |     |     |     |                       |                         |                                                       |                                  |                           |     |
| <b>OBJETIVOS DEL PLAN DE MEJORA DEL DESEMPEÑO:</b> |                 |     |     |    |     |     |     |     |     |                       |                         |                                                       |                                  |                           |     |
| ACTIVIDADES/<br>INTERVENCIONES<br>(i)              | CRONOGRAMA (ii) |     |     |    |     |     |     |     |     |                       | RESPONSABLE(S)<br>(iii) | PRESUPUESTO<br>Y FUENTE DE<br>FINANCIAMIENTO.<br>(iv) | DESCRIPCIÓN DE<br>AVANCES<br>(v) |                           |     |
|                                                    | Ene             | Feb | Mar | Ab | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct                   |                         |                                                       |                                  | Nov                       | Dic |
|                                                    |                 |     |     |    |     |     |     |     |     |                       |                         |                                                       |                                  |                           |     |
|                                                    |                 |     |     |    |     |     |     |     |     |                       |                         |                                                       |                                  |                           |     |
|                                                    |                 |     |     |    |     |     |     |     |     |                       |                         |                                                       |                                  |                           |     |

- (i) Copiar las actividades/intervenciones consideradas en la Matriz de Análisis de Buenas Prácticas no alcanzadas, identificación de causas raíz y propuesta de actividades/intervenciones.
- (ii) Anotar el tiempo que dura la implementación de la actividad.
- (iii) Consignar el nombre y apellidos de la (s) persona (s) responsable (s) de la actividad (puede ser intersectorial).
- (iv) Anotar el costo de la actividad y la fuente de financiamiento.
- (v) Esta columna sirve para el seguimiento del cumplimiento de las actividades/intervenciones y proyectos de mejora.

Como herramienta para la Formulación de los Proyectos de Mejora del Desempeño, se presenta el Formato N° 03.

### FORMATO N° 03

#### FORMATO PARA LA FORMULACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA DEL DESEMPEÑO

| I. INFORMACIÓN DEL PROYECTO                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |          |       |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----------|-------|----------------|
| a. TÍTULO                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |          |       |                |
| b. EQUIPO DE MEJORA<br>(incluyendo a los socios aliados que participan)                                                                               | Este rubro <u>puede</u> ser redactado o completado luego de culminar la formulación o planeamiento del Proyecto, es decir al momento de la búsqueda de fuentes de financiamiento o aliados estratégicos. |    |    |    |    |    |          |       |                |
| c. DEPENDENCIA                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |          |       |                |
| d. POBLACIÓN OBJETIVO                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |          |       |                |
| e. LUGAR DE EJECUCIÓN                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |          |       |                |
| f. DURACIÓN                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |          |       |                |
| g. ANTECEDENTES                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |          |       |                |
| II. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |          |       |                |
| <b>h. JUSTIFICACIÓN</b><br>(Descripción de la oportunidad de mejora que busca lograr o resolver. Incluye la descripción de las brechas del desempeño) |                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |          |       |                |
|                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |          |       |                |
| i. OBJETIVOS (lo que se espera lograr con el proyecto)                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |          |       |                |
|                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |          |       |                |
| PROPUESTA/INTERVENCIONES o actividades                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |          |       |                |
|                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |          |       |                |
| j. METODOLOGÍA (incluye las herramientas)                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |          |       |                |
|                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |          |       |                |
| k. RESULTADOS ESPERADOS                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |          |       |                |
|                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |          |       |                |
| I. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |          |       |                |
| ACTIVIDADES/<br>TAREAS                                                                                                                                | CRONOGRAMA                                                                                                                                                                                               |    |    |    |    |    | RECURSOS | COSTO | RESPONSABLE(S) |
|                                                                                                                                                       | 1m                                                                                                                                                                                                       | 2m | 3m | 4m | 5m | 6m |          |       |                |
| Actividad 1:<br>Tareas<br>1.1 xxx<br>1.2 ccc<br>1.3 nn                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |          |       |                |
| Actividad 2:<br>Tareas<br>a. bb<br>b. jj                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |          |       |                |
| m. PROPUESTA DE FINANCIAMIENTO (Inversión total estimada y fuentes de financiamiento)                                                                 |                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |          |       |                |
|                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    |    |          |       |                |

Las recomendaciones para el empleo del Formato N° 03 son las siguientes:

- Los proyectos se desprenden del Plan de Mejora del Desempeño y se formulan preferentemente por Red o Microrred.
- Deben contribuir al cierre de brechas comunes de la Red o Microrred.
- Deben ser presentadas a los Gobiernos Locales u otras instituciones comprometidas en el diálogo social que permita el apoyo en el cierre de brechas.

**PAUTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES/INTERVENCIONES/ PARA EL DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES CON ACTORES LOCALES, SOCIOS O SINERGIAS ENTRE INSTITUCIONES.**

Estas intervenciones/actividades están centradas en las brechas relacionadas con la dimensión habilidades clínicas del desempeño y deben impulsar estrategias de trabajo con actores locales a través de actividades de asistencia técnica y capacitación (incluida capacitación en servicio).

El desarrollo de estas intervenciones abarca procesos por los cuales los conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes que poseen los trabajadores de salud se afianzan e incrementan para poder decidir, ejecutar y darle sostenibilidad a la mejora del desempeño basada en las buenas prácticas y de la calidad de los servicios de salud. Este desarrollo debe permitir que los gestores y los trabajadores de salud, identifiquen y resuelvan sus problemas; y desarrollen e implementen estrategias que les permita conseguir sus objetivos de una manera sostenible.

#### **CRITERIOS PARA LA ELECCIÓN, DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE DESARROLLO DE CAPACIDADES**

- Las *actividades* deben surgir como consecuencia del análisis de las causas que están generando las brechas en el componente denominado Habilidades Clínicas, es decir que el análisis realizado por el equipo ha determinado la necesidad del desarrollo de las capacidades del personal para superar la brecha del desempeño
- Estas *actividades* deben formar parte del plan de mejora del establecimiento de salud
- Tener presente que el desarrollo de capacidades NO SOLO SE REALIZA CON LA CAPACITACIÓN, también puede ser con la Asistencia Técnica y el intercambio de experiencias exitosas o la combinación de éstas. Preferentemente elegir la Asistencia Técnica en servicio
- El diseño y la implementación de la capacitación debe considerar la inclusión de una estrategia metodológica es decir tener en cuenta la combinación de varias herramientas didácticas: taller, aprendizaje vivencial en el servicio, exposiciones, demostraciones, simulaciones, pasantías entre otros
- Las *actividades* deben ser organizadas y cofinanciadas con la DIRESA u otra institución o actor local
- Las *actividades* deben contar con materiales editados e impresos
- Debe contar con el auspicio de una entidad académica que permita otorgar una certificación

**EI PLAN DE MEJORA DEL DESEMPEÑO y los proyectos de mejora deben formar parte del Plan Operativo Institucional de la Red o Microrred respectiva, explicitando la fuente de financiamiento.**

## **2.4 MOMENTO 4: MEDICIÓN DEL PROGRESO Y MONITOREO DEL PLAN.**

Una vez transcurrido el período de implementación y ejecución del Plan de Mejora del Desempeño, es necesario realizar un análisis de los resultados y avances logrados así como revisar el proceso de las decisiones tomadas, incluyendo el involucramiento de las autoridades locales, la comunidad y el apoyo externo obtenido.

Hecho ello, el equipo de salud iniciará un nuevo ciclo del proceso, fortaleciendo los aspectos positivos de la experiencia anterior, corrigiendo las deficiencias e insuficiencias y reforzando continuamente la capacidad para mejorar su propio desempeño. Este ciclo se repite cada semestre, lo que genera un proceso de mejora continua a cargo de los propios equipos locales, el mismo que es conducido y apoyado por las Microrredes, Redes y las DIRESA o instancia similar.

#### OBJETIVOS DEL MOMENTO 4:

- Realizar la medición para determinar los progresos.
- Determinar el éxito de las intervenciones y los factores favorecedores y limitantes.
- Identificar brechas resistentes.
- Introducir ajustes necesarios a los planes de mejora.

#### PARTICIPANTES EN EL MOMENTO 4:

- Facilitadores de la Metodología de Mejora del Desempeño.
- Equipos de gestión.
- Todos los trabajadores.
- Actores locales.

Las Actividades y Productos de este Momento se presentan en la Tabla N° 10.

**Tabla N° 10**  
**ACTIVIDADES Y PRODUCTOS/RESULTADOS DEL MOMENTO 4**

| ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PRODUCTOS/RESULTADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Monitoreo y acompañamiento de los avances en la implementación del Plan de Mejora del Desempeño en la Red, Microrred o establecimiento de salud, según corresponda</li> <li>2 Promoción de la aplicación de mediciones internas y autoevaluaciones</li> <li>3 Énfasis en la necesidad de la gestión de todo el proceso por la DIRESA/Red/MR. Utilizando la "Guía de verificación de la gestión de la mejora del desempeño" (Ver Anexo N° 09)</li> <li>4 Organización y desarrollo de la siguiente medición en la Red. Microrred o establecimiento de salud</li> <li>5 Análisis de los cambios: incluye los resultados de la nueva medición, su relación con los indicadores sanitarios<br/>Es importante la revisión de procesos cualitativos relacionados con el cambio, por ejemplo que acciones e intervenciones o estrategias generaron el cambio. Capturar evidencias que sustenten el cambio</li> <li>6 Reajuste de planes de mejora a la luz de las brechas resistentes</li> <li>7 Documentación de las experiencias</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Red, Microrredes o establecimientos de salud con resultados de la medición de los progresos</li> <li>• Brechas resistentes, identificadas.</li> <li>• Factores, estrategias y acciones que contribuyeron al éxito de las intervenciones, identificadas</li> <li>• Planes de mejora del desempeño, ajustados y mejorados a la luz del análisis de los factores de éxito y factores limitantes</li> </ul> |

## 2.5 MOMENTO 5: RECONOCIMIENTO DE LOGROS.

El reconocimiento al desempeño es una de las piezas fundamentales en el proceso de lograr mejoras efectivas y sostenibles en la calidad de procesos de atención y estrategias de salud. Para que tenga éxito, debe integrarse a los actores que intervienen en el diálogo social, así como también a los usuarios y a la comunidad en quienes finalmente se reflejan los resultados.

**OBJETIVOS DEL MOMENTO 5:**

Premiar los avances y logros en la implementación de la metodología de mejora del desempeño y en el logro de mayor cobertura y resultados sanitarios.

**PARTICIPANTES EN EL MOMENTO 5:**

- Equipos de gestión de la DIRESA, Red, Microrred.
- Autoridades políticas (Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales) y académicas.
- Otros actores locales públicos y privados.

Las actividades y Productos de este momento se presentan en la Tabla N° 11.

**Tabla N° 11**  
**ACTIVIDADES Y PRODUCTOS DEL MOMENTO 5**

| ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PRODUCTOS / RESULTADOS                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar, caracterizar y convocar a los principales actores e instituciones locales que intervienen directa o indirectamente en el proceso de mejora del desempeño, entre los cuales se destacan por ejemplo las universidades y centros de formación de recursos humanos, el sector privado, los gremios profesionales, los gobiernos regionales, gobiernos locales, proyectos de cooperación internacional y las organizaciones de usuarios (pacientes afectados, organizaciones de base comunitaria, iglesias, asociaciones civiles, juntas vecinales comunales), entre otros</li> <li>2. Explicarles la iniciativa y garantizar su participación y apoyo en el proceso de mejora del desempeño, entre los que se destacan por ejemplo conformar un grupo de personalidades reconocidas y respetadas que se encarguen de servir de jurados calificadores.</li> <li>3. Elaborar el programa de reconocimientos de la Microrred/RED/DIRESA, según lo indicado en el numeral 6.3 y 6.4 de la Directiva. Debe resguardarse la objetividad en este proceso, a fin de consolidar el prestigio del proceso</li> <li>4. Documentar las experiencias</li> <li>5. Programar una reunión de reconocimiento público a cargo de las autoridades locales y regionales</li> <li>6. Gestionar los reconocimientos</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de incentivos de la DIRESA, Red, Microrred o establecimiento de salud organizado con la comunidad, el Gobierno Regional, Gobierno Local, entre otros</li> <li>• EESS/MR/Red y trabajadores, reconocidos</li> </ul> |

## ANEXO N° 02

## FICHA DE REGISTRO DE LAS GUÍAS APLICADAS EN LA MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

|                            |  |           |  |
|----------------------------|--|-----------|--|
| REGIÓN                     |  | RED       |  |
| DIRESA/DISA                |  | MICRORRED |  |
| NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO |  |           |  |

| TIPO/CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO              |  |                                                        |  |
|-------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|
| PUESTO DE SALUD SIN MÉDICO (categoría I-1)<br>1 |  | CENTRO DE SALUD SIN INTERNAMIENTO (categoría I-3)<br>3 |  |
| PUESTO DE SALUD CON MÉDICO (categoría I-2)<br>2 |  | CENTRO DE SALUD CON INTERNAMIENTO (categoría I-4)<br>4 |  |
|                                                 |  | TIPO FON<br>5                                          |  |

|                                                                                                            |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| NOMBRE DEL JEFE DEL ESTABLECIMIENTO                                                                        |  |  |  |
| PERSONA(S) QUE REALIZAN LA MEDICIÓN                                                                        |  |  |  |
| NÚMERO DE LA MEDICIÓN 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) <i>marcar con un (X) o aspa en el número correspondiente</i> |  |  |  |

| PROCESOS DE ATENCIÓN                    |  |                                                                            |  |
|-----------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------|--|
| ATENCIÓN EN ITS, VIH Y SIDA<br>1        |  | ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL Y PUERPERIO NORMAL EN ESTABLECIMIENTOS FONB<br>7 |  |
| ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA<br>2          |  | ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN EESS CON FONB<br>8                           |  |
| ATENCIÓN DE TUBERCULOSIS<br>3           |  | ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN EESS CON FONP<br>9              |  |
| ATENCIÓN DEL NIÑO SANO Y ENFERMO<br>4   |  | ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN EESS CON FONB<br>10             |  |
| ATENCIÓN PRENATAL PRIMERA ATENCIÓN<br>5 |  | ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR<br>11                                   |  |
| ATENCIÓN PRENATAL DE SEGUIMIENTO<br>6   |  |                                                                            |  |

|                      |                                                                          |  |     |  |     |  |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------|--|-----|--|-----|--|
| FORMATO              | 2.1 SALUD MATERNO INFANTIL / PLANIFICACIÓN FAMILIAR / SALUD REPRODUCTIVA |  |     |  |     |  |
|                      | 1.9 ATENCIÓN DE VIH/SIDA-TUBERCULOSIS-OTRAS                              |  |     |  |     |  |
| FECHA DE LA MEDICIÓN | DÍA                                                                      |  | MES |  | AÑO |  |

|                     |     |  |     |  |     |  |
|---------------------|-----|--|-----|--|-----|--|
| DIGITADO POR:       |     |  |     |  |     |  |
| FECHA DE DIGITACIÓN | DÍA |  | MES |  | AÑO |  |

| MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE PROCESOS DE ATENCIÓN DE SALUD | DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------|
|---------------------------------------------------------|------------------------------------|

1.- Identificación del establecimiento.

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Código RENAES del establecimiento |  |
|-----------------------------------|--|

2.- Jefe/responsable del establecimiento.

|                    |  |           |
|--------------------|--|-----------|
| Apellidos y Nombre |  | Profesión |
| Correo electrónico |  | Teléfono  |

3.- Recursos de comunicación en el establecimiento y la zona.

| Medio                                                                                              | SI                                                                                                     | NO | Medio                                             | SI | NO |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| Existe telefonía fija en la zona                                                                   |                                                                                                        |    | Dispone de comunicación por radio                 |    |    |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |
| Existe telefonía celular en la zona                                                                |                                                                                                        |    | Existe internet en la zona al que acceder         |    |    |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |
| Existe emisoras locales de radio públicas                                                          |                                                                                                        |    | Dispone de internet el establecimiento            |    |    |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |
| Existe emisoras locales de radio privadas                                                          |                                                                                                        |    | Tiene equipos de cómputo. Cuántos                 |    |    |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |
| Señal de TV por canales locales                                                                    |                                                                                                        |    | Algún prestador dispone de computadora propia     |    |    |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |
| Señal de TV por canales nacionales                                                                 |                                                                                                        |    | El fluido eléctrico es por 24 horas               |    |    |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |
| Frecuencia de recepción de correo publico                                                          |                                                                                                        |    | El fluido eléctrico es por 12 horas               |    |    |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |
| Dispone de teléfono fijo el establecimiento                                                        |                                                                                                        |    | El fluido eléctrico es por menos de 12 horas      |    |    |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |
| Disponen de celular los prestadores                                                                |                                                                                                        |    | El establecimiento tiene grupo electrógeno propio |    |    |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |
| Comunicación para la referencia<br>1 2 3 4 5                                                       | Tiempo de traslado de la referencia<br>1 2 3 4 5                                                       |    |                                                   |    |    | Tipo de transporte para la referencia<br>1 2 3 4 5                                                                                                                                  |  |  |  |  |
| 1. Trocha<br>2. Vía carrozable<br>3. Vía afirmada<br>4. Vía asfaltada<br>5. Vía fluvial o lacustre | 1. Menos de 1 hora<br>2. De 1 - 2 horas<br>3. De 3 - 4 horas<br>4. De 4 - 6 horas<br>5. Más de 6 horas |    |                                                   |    |    | 1. Ambulancia<br>2. Transporte público<br>3. Transporte de autoridad local<br>4. Transporte comunitario automotor<br>5. Transporte comunitario rústico<br>6. Embarcaciones o canoas |  |  |  |  |

## 4.- Categoría del establecimiento y horario de atención.

| Categoría del establecimiento |                                   | Pertenece |      | Horas de atención al día |   |    |    | Tipo de FON |
|-------------------------------|-----------------------------------|-----------|------|--------------------------|---|----|----|-------------|
|                               |                                   | MINSA     | CLAS | 6                        | 8 | 12 | 24 |             |
| I-1                           | Puesto de salud sin médico        |           |      |                          |   |    |    |             |
| I-2                           | Puesto de salud con médico        |           |      |                          |   |    |    |             |
| I-3                           | Centro de salud sin internamiento |           |      |                          |   |    |    |             |
| I-4                           | Centro de salud con internamiento |           |      |                          |   |    |    |             |

## 5.- Disponibilidad de Prestaciones.

| Prestación                                             | SI | NO | Prestación                                         | SI | NO |
|--------------------------------------------------------|----|----|----------------------------------------------------|----|----|
| Medicina General                                       |    |    | Casa de espera materna                             |    |    |
| Ginecología y Obstetricia                              |    |    | Camas de obstetricia (PUERPERIO)                   |    |    |
| Gestantes APN reenfocada                               |    |    |                                                    |    |    |
| Gestantes de riesgo                                    |    |    | Internamiento                                      |    |    |
|                                                        |    |    | Camas de pediatría                                 |    |    |
| Ginecología                                            |    |    | Camas de adulto                                    |    |    |
| Orientación /Consejería en Planificación familiar (PF) |    |    | Farmacia                                           |    |    |
| PF Métodos naturales y de Abstinencia periódica.       |    |    | Odontología                                        |    |    |
| PF Anticoncepción oral combinada                       |    |    | Sala de Dilatación                                 |    |    |
| PF Inyectable                                          |    |    | Ambiente para atención de parto                    |    |    |
| PF Condón                                              |    |    | Atención de parto vertical con adecuación cultural |    |    |
| PF DIU                                                 |    |    |                                                    |    |    |
| PF AQV Voluntaria                                      |    |    | Ayuda Diagnóstica                                  |    |    |
|                                                        |    |    | Laboratorio clínico                                |    |    |
| Anticoncepción oral de emergencia (YUZPE)              |    |    | Radiología                                         |    |    |
| Atención diferenciada de adolescentes                  |    |    | Ecografía                                          |    |    |
| Atención del Niño                                      |    |    |                                                    |    |    |
| Atención de niño sano CRED                             |    |    | Banco de sangre                                    |    |    |
| Atención de niño enfermo                               |    |    | Centro de extracción                               |    |    |
| Vacunación (todas las vacunas)                         |    |    | Ambulancia terrestre o acuática                    |    |    |

## 6.- Recursos humanos

| Tipo de personal                                   | SI | NO | Nº | Nombrado | CAS* | SERUM | CSNP** | CPF*** | Horas |
|----------------------------------------------------|----|----|----|----------|------|-------|--------|--------|-------|
| Médico general capacitado en atención materna.     |    |    |    |          |      |       |        |        |       |
| Médico general capacitado en atención de neonatos. |    |    |    |          |      |       |        |        |       |
| Médico general sin capacitación específica.        |    |    |    |          |      |       |        |        |       |
| Enfermera capacitada en atención de neonatos.      |    |    |    |          |      |       |        |        |       |
| Técnico capacitado en atención materna.            |    |    |    |          |      |       |        |        |       |
| Técnico entrenado en neonatología.                 |    |    |    |          |      |       |        |        |       |
| Enfermera general                                  |    |    |    |          |      |       |        |        |       |
| Obstetras                                          |    |    |    |          |      |       |        |        |       |
| Técnico de enfermería                              |    |    |    |          |      |       |        |        |       |
| Especialista en Gineco-Obstetricia                 |    |    |    |          |      |       |        |        |       |
| Especialista en Pediatría                          |    |    |    |          |      |       |        |        |       |
| Especialista en Cirugía                            |    |    |    |          |      |       |        |        |       |
| Odontólogo                                         |    |    |    |          |      |       |        |        |       |
| Nutricionista                                      |    |    |    |          |      |       |        |        |       |
| Psicólogo                                          |    |    |    |          |      |       |        |        |       |
| Tecnólogo médico                                   |    |    |    |          |      |       |        |        |       |
| Técnico de laboratorio                             |    |    |    |          |      |       |        |        |       |
| Químico farmacéutico                               |    |    |    |          |      |       |        |        |       |
| Técnico de farmacia                                |    |    |    |          |      |       |        |        |       |
| Chofer propio las 24 horas                         |    |    |    |          |      |       |        |        |       |
| Otros (señalar)                                    |    |    |    |          |      |       |        |        |       |

\* Contrato Administrativo de Servicios

\*\* Contrato por Servicios no Personales

\*\*\* Contrato a Plazo Fijo

## 7.- Características sociales y demográficas de la población asignada al establecimiento de salud.

| Tipo de población                              | Nº | % | Tipo de población                                       | Nº | % |
|------------------------------------------------|----|---|---------------------------------------------------------|----|---|
| Población total                                |    |   | Familias en condición de pobreza                        |    |   |
| Población total afiliada al SIS                |    |   | Familias en condición de pobreza extrema                |    |   |
| Población afiliada al Programa JUNTOS y CRECER |    |   | Familias en condición de pobreza afiliadas al SIS       |    |   |
| Niños menores de 1 año                         |    |   | Niños y niñas pobres afiliados al SIS                   |    |   |
| Niños menores de 36 meses                      |    |   | Familias en condición de pobreza con MEF                |    |   |
| Niños de 1 – 4 años                            |    |   | Mujeres en edad fértil afiliadas al SIS                 |    |   |
| Desnutrición crónica en menores de 5 años      |    |   | Niñas y niños < 5 años sin partida de nacimiento        |    |   |
| Adolescentes de 12 – 14 años                   |    |   | Familias con niñas/os que reciben papilla               |    |   |
| Adolescentes de 15 – 17 años                   |    |   | Familias beneficiadas con programas sociales            |    |   |
| Mujeres en edad fértil de 15 – 49 años (MEF)   |    |   | Familias con gestantes que reciben canasta de alimentos |    |   |
| Gestantes esperadas total                      |    |   |                                                         |    |   |
| Gestantes afiliadas al SIS                     |    |   |                                                         |    |   |

## 8.- Información estadística sanitaria (cuantificar los datos del último trimestre reportado)

| Salud materna y reproductiva                                                                                    | Nº | % | Salud infantil                                                         | Nº | % |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|------------------------------------------------------------------------|----|---|
| Total de gestantes atendidas.                                                                                   |    |   | Niños menores de 1 año con 11 controles CRED.                          |    |   |
| Gestantes Atendidas antes de las 14 semanas.                                                                    |    |   | Niños menores de 5 años con 19 controles CRED.                         |    |   |
| Gestantes controladas con 6 atenciones prenatales o más y las 15 actividades de la APN reenforcada <sup>3</sup> |    |   | Niños de < 36 meses con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. |    |   |
| Gestantes con test de VIH realizado y que conocen su resultado                                                  |    |   | Niños < 1 año con esquema de inmunización completo.                    |    |   |
| Gestantes atendidas con Plan de Parto**.                                                                        |    |   | Niños de 2 a 4 años con 11 vacunas aplicadas                           |    |   |
| Gestantes que a partir de las 16 semanas de embarazo reciben suplemento de hierro y ácido fólico*               |    |   | Niños < 1 año con sulfato ferroso (3 Frascos) <sup>1</sup> .           |    |   |
| Total de partos                                                                                                 |    |   | Niños de 1 año con sulfato ferroso (3 Frascos) <sup>1</sup>            |    |   |
| Partos domiciliarios                                                                                            |    |   | Niños menores 1 año con Vitamina A <sup>2</sup> .                      |    |   |
| Partos atendidos en establecimientos de salud por personal calificado.                                          |    |   | Atenciones por IRA en menores de 1 año                                 |    |   |
| Parejas protegidas por todos los métodos                                                                        |    |   | Atenciones por IRA en niños de 1 - 4 años                              |    |   |

| Salud materna y reproductiva                                                      | Nº | % | Salud infantil                                                                       | Nº | % |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----|---|--------------------------------------------------------------------------------------|----|---|
| Mujeres que usan MAC naturales y de Abstinencia periódica.                        |    |   | Atenciones por EDA en menores de 1 año                                               |    |   |
| Mujeres que usan MAC modernos <sup>4</sup> .                                      |    |   | Atenciones por EDA en niños de 1 – 4 años                                            |    |   |
| Las muertes maternas ocurridas en el período tienen investigación epidemiológica. |    |   | Las muertes ocurridas en el período perinatales tienen investigación epidemiológica. |    |   |

Los datos señalados a continuación han sido tomados de:

Documento Técnico: “Definiciones operacionales y criterios de programación de los Programas Estratégicos: Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal” Resolución Ministerial 098-2010/MINSA de fecha 9 de Febrero de 2010.

1.- Esquema de administración de hierro elemental a niños de 6 a 35 meses

| Ámbito              | Presentación del suplemento         | Edad de inicio de la suplementación | Intervalo de administración | Duración de la suplementación | Total de insumos requeridos |
|---------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Todo el país        | Jarabe 75 mg/5ml<br>Frasco x 180 ml | 6 meses                             | Diario                      | 6 meses                       | 3 frascos                   |
|                     |                                     | 18 meses                            | Diario                      |                               | 4 frascos                   |
|                     |                                     | 29 meses                            | Diario                      |                               | 5 frascos                   |
| Ámbitos priorizados | Polvo                               | 6 meses                             | Inter diario                | 6 meses                       | 15 sobres                   |
|                     |                                     | 18 meses                            | Inter diario                |                               |                             |
|                     |                                     | 30 meses                            | Inter diario                |                               |                             |

2.- Esquema de administración de Vitamina A en niños/as, de 6 a 35 meses.

| Edad de administración  | UI de Vitamina A | Dosis | Edad de administración |
|-------------------------|------------------|-------|------------------------|
| Menor de un año         | 100,000 UI       | 1     | 6 meses                |
| Niños y niñas de 1 año  | 200,000 UI       | 2     | 12 y 18 meses          |
| Niños y niñas de 2 años | 200,000 UI       | 2     | 24 y 30 meses          |

3.- Actividades a realizar durante la Atención Prenatal Reenfocada.

| Nº | Actividad de prestación                                                                                          | Nº | Actividad de prestación                                                                                    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Examen clínico ( general y obstétrico)                                                                           | 7  | Elaboración del Plan de Parto**                                                                            |
| 2  | Evaluación del estado nutricional                                                                                | 8  | Educación en signos de alarma***                                                                           |
| 3  | Exámenes completos de laboratorio. Incluye pruebas de tamizaje para VIH, Sífilis, orina e imágenes por ecografía | 9  | Orientación/Consejería en salud sexual y reproductiva: Incluye orientación sobre anticoncepción post parto |
| 4  | Detección de violencia basada en género                                                                          | 10 | Examen odontológico                                                                                        |
| 5  | Administración de vacuna antitetánica                                                                            | 11 | Prevención de cáncer ginecológico. Toma de PAP y examen de mamas                                           |
| 6  | Administración de sulfato ferroso y ácido fólico*                                                                | 12 | Psicoprofilaxis y estimulación prenatal                                                                    |

\* Se considera gestante suplementada, cuando la usuaria recibe un total de 60 tabletas de ácido fólico (durante los 3 primeros meses de gestación) y 210 tabletas de sulfato ferroso + ácido fólico (180 tab. de sulfato ferroso durante la gestación y 30 durante el puerperio).

\*\* **El Plan de parto:** es una estrategia efectiva que busca organizar y movilizar los recursos familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante en el momento del parto. Consta de 3 entrevistas:

1ra. Durante la primera atención prenatal con la gestante, se inicia la elaboración de la ficha del Plan de Parto y se determina la fecha de la segunda entrevista.

2da. En casa de la gestante, con los familiares o personas a cargo del cuidado de la gestante.

3ra. En casa de la gestante con la familia y un agente comunitario de salud quien realiza la vigilancia comunitaria de la zona.

Plan de Parto Completo: cuando se realiza las 3 entrevistas.

Plan de Parto efectivo: se considera aquella gestante que después de haberle realizado las 3 entrevistas termina en parto institucional.

\*\*\* La educación en signos de alarma comprende:

| Durante el embarazo                                          | Durante el puerperio                            | En el recién nacido                     |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Sangrado vaginal                                             | Fiebre de más de 38 grados y/o escalofríos      | Respira con dificultad                  |
| Dificultad respiratoria o tos persistente mayor de 2 semanas | Secreción vaginal con mal olor                  | Se mueve poco                           |
| Desmayo o mareos                                             | Molestias en la episiotomía o herida operatoria | Irritable, llora de manera constante    |
| Fiebre y/o escalofríos                                       | Dolor, enrojecimiento y/o calor en las mamas    | No mama                                 |
| Náuseas y/o vómitos persistentes                             | Molestias urinarias                             | Vomita todo lo que ingiere              |
| Molestias urinarias                                          | Pérdida de conocimiento y/o convulsiones        | Presenta coloración amarilla de la piel |
| Pérdida de líquido amniótico                                 | Coloración amarilla de piel y/o escleróticas    | Presenta coloración azulosa de la piel  |
| Cefalea intensa o leve persistente                           | Dolor en bajo vientre con o sin fiebre          | Ombligo enrojecido o con pus            |
| Visión borrosa, escotomas y/o zumbidos de oídos              | Sangrado vaginal                                | Presencia de pus en los ojos            |
| Edema generalizado                                           | Desmayo o mareos                                | Muchos granos en el cuerpo              |
| Convulsiones y/o pérdida del conocimiento                    | Dificultad respiratoria o tos persistente       | Diarrea o deposiciones con sangre       |
| Dolor abdominal severo                                       | Cefalea intensa o leve persistente              | No orina                                |
| Disminución o ausencia de movimientos fetales                | Dolor en región torácica                        | No defeca                               |
| Ser víctima de violencia familiar                            | Ser víctima de violencia familiar               | Presenta convulsiones                   |

ANEXO N° 03

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA Y NEONATAL

Instrumento 3.1

ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA

PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL

|                             |                                 |                                 |  |
|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|
| DIRESA/DISA:                |                                 | Red:                            |  |
| Microrred:                  | Código RENAES:                  |                                 |  |
| Nombre del establecimiento: |                                 |                                 |  |
| Número de medición          | Persona que realiza la medición | Fecha de la medición (dd/mm/aa) |  |

ESQUEMA GENERAL DE ACTIVIDADES EN LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA

| ACTIVIDADES                                               | Número de atención / Semanas de gestación |               |                |               |               |               |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------|----------------|---------------|---------------|---------------|
|                                                           | 1era Atención                             | 2da. Atención | 3era. Atención | 4ta. Atención | 5ta. Atención | 6ta. Atención |
|                                                           | < 14 semanas                              | 14-21 semanas | 22-24 semanas  | 25-32 semanas | 33-36 semanas | 37-40 semanas |
| Anamnesis                                                 | +                                         | +             | +              | +             | +             | +             |
| Detección de patologías y signos de alarma                | +                                         | +             | +              | +             | +             | +             |
| Medición de la talla                                      | +                                         |               |                |               |               |               |
| Medición del peso                                         | +                                         | +             | +              | +             | +             | +             |
| Determinación de la presión arterial, pulso y temperatura | +                                         | +             | +              | +             | +             | +             |
| Examen Gineco-Obstétrico                                  | +                                         |               |                |               |               |               |
| Evaluación clínica de la pelvis                           |                                           |               |                |               | +             |               |
| Confirmación del embarazo                                 | +                                         |               |                |               |               |               |
| Estimación de edad gestacional                            | +                                         | +             | +              | +             | +             | +             |
| Diagnóstico número de fetos                               |                                           | +             | +              | +             | +             | +             |

| ACTIVIDADES                                                             | Número de atención / Semanas de gestación |               |                |               |               |               |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------|----------------|---------------|---------------|---------------|
|                                                                         | 1era Atención                             | 2da. Atención | 3era. Atención | 4ta. Atención | 5ta. Atención | 6ta. Atención |
|                                                                         | < 14 semanas                              | 14-21 semanas | 22-24 semanas  | 25-32 semanas | 33-36 semanas | 37-40 semanas |
| Medir altura uterina                                                    |                                           | +             | +              | +             | +             | +             |
| Auscultar latidos fetales (antes de las 20 semanas con Doppler)         |                                           | +             | +              | +             | +             | +             |
| Evaluación clínica del volumen de líquido amniótico                     |                                           |               | +              | +             | +             | +             |
| Diagnostico presentación, situación fetal                               |                                           |               |                | +             | +             | +             |
| Evaluación estado nutricional                                           | +                                         | +             | +              | +             | +             | +             |
| Determinar grupo sanguíneo y Rh                                         | +                                         |               |                |               |               |               |
| Determinación de Hemoglobina y Hematocrito                              | +                                         |               |                |               | +             |               |
| Examen de orina completa                                                | +                                         |               |                |               | +             |               |
| Proteinuria cualitativa                                                 | +                                         | +             | +              | +             | +             | +             |
| Urocultivo o test rápido con tira reactiva                              | +                                         |               |                |               | +             |               |
| Detección diabetes gestacional                                          | +                                         |               |                | +             |               |               |
| Prueba rápida o RPR para descartar de sífilis                           | +                                         |               |                |               | +             |               |
| Pruebas de Tamizaje para VIH (Prueba rápida / Elisa) previa consejería* | +                                         |               |                |               | +             |               |
| Vacuna antitetánica (2da vacuna 2 meses de la primera)                  | +                                         |               | +              |               |               |               |
| Toma de PAP                                                             |                                           | +             |                |               |               |               |
| Evaluación odontostomatológica                                          | +                                         |               | +              |               |               |               |
| Evaluación con Ecografía                                                | +                                         |               |                |               | +             |               |
| Administración de Ácido Fólico                                          | +                                         |               |                |               |               |               |
| Administración de Hierro y Ácido Fólico                                 |                                           | +             | +              | +             | +             | +             |

| ACTIVIDADES                                                   | Número de atención / Semanas de gestación |               |                |               |               |               |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------|----------------|---------------|---------------|---------------|
|                                                               | 1era Atención                             | 2da. Atención | 3era. Atención | 4ta. Atención | 5ta. Atención | 6ta. Atención |
|                                                               | < 14 semanas                              | 14-21 semanas | 22-24 semanas  | 25-32 semanas | 33-36 semanas | 37-40 semanas |
| Administración de Calcio                                      |                                           |               | +              | +             | +             | +             |
| Elabora el Plan de parto                                      | +                                         | +             | +              |               |               |               |
| Tamizaje de violencia basada en género                        | +                                         |               |                |               |               |               |
| Detección de Depresión (SQR)                                  | +                                         |               |                |               |               |               |
| Información sobre planificación familiar y salud reproductiva |                                           | +             |                |               |               | +             |
| Psicoprofilaxis y Estimulación Prenatal                       |                                           | +             | +              | +             | +             | +             |

| BUENA PRÁCTICA APN-01: Verifica que cuenta con los recursos requeridos para las Funciones Obstétricas y Neonatales según norma del FON Recursos. |                                                                                                                                                                                       |     |              |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Atención Prenatal Reenfocada Completa.                                                                                       |                                                                                                                                                                                       |     |              |       |
| Nº                                                                                                                                               | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                             | CD  | Verificación |       |
|                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                       |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                               | Dispone de los formatos necesarios VER AYUDA APN-01-01                                                                                                                                | GLS |              |       |
| 02                                                                                                                                               | Dispone de los medios para la prevención y control de infecciones VER AYUDA APN-01-02                                                                                                 | GLS |              |       |
| 03                                                                                                                                               | Dispone de los equipos, ropa, cubiertas, insumos e instrumental necesarios VER AYUDA APN-01-03                                                                                        | GLS |              |       |
| 04                                                                                                                                               | Realiza la limpieza de los ambientes o supervisa que ésta se realice de acuerdo a procedimientos adecuados, antes de iniciar la atención y cuando fuera necesario VER AYUDA APN-01-04 | PI  |              |       |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                                                                      |                                                                                                                                                                                       |     |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                       |     |              |       |

VER AYUDA

| APN-01-01: Dispone de los formatos necesarios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | APN-01-02: Dispone de los medios para la prevención y control de infecciones.                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 Registro diario de actividades (Hoja HIS)<br>2 Ficha de referencia<br>3 Formatos del SIS<br>3 Historia clínica materno perinatal y carne perinatal<br>4 Gestograma<br>5 Ficha de Plan de Parto<br>6 Hoja de evaluación nutricional<br>7 Ficha de tamizaje de violencia familiar<br>8 Formato de referencia y contrarreferencia<br>9 Materiales educativos | 1 Recipiente para material no contaminado<br>2 Recipiente para material contaminado con solución desinfectante<br>3 Recipiente para punzocortantes<br>4 Recipiente para soluciones<br>5 Sábanas para la camilla y cubrir a la gestante.<br>6 Campos estériles<br>7 Guantes estériles |

| APN-01-03: Dispone de los equipos, ropa, cubiertas, insumos e instrumental necesarios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Cinta obstétrica o cinta métrica</li> <li>2 Estetoscopio obstétrico de Pinard y/o Doppler</li> <li>3 Estetoscopio clínico</li> <li>4 Tensiómetro</li> <li>5 Termómetro clínico</li> <li>6 Balanza funcional y calibrada</li> <li>7 Tallímetro</li> <li>8 Mesa o camilla ginecológica</li> <li>9 Biombo</li> <li>10 Equipo de examen ginecológico completo</li> <li>11 Guantes estériles</li> <li>12 Pruebas rápidas para VIH y SÍFILIS</li> <li>13 Ácido sulfosalicílico o cintas reactivas</li> <li>14 Cintas reactivas para descartar infección urinaria (nitritos)</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>Insumos para la realización de Papanicolaou y para la realización de la Inspección Visual con Ácido Acético del cérvix</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espátulas de Ayre</li> <li>• Láminas porta objeto</li> <li>• Recipientes para conservar las láminas con las muestras</li> <li>• Lápiz cristalográfico</li> <li>• Solución salina fisiológica</li> <li>• Solución para fijación de la muestra</li> <li>• Solución de ácido acético al 3-5%</li> <li>• Aplicador montado con algodón</li> <li>• Tarjetas de registro del estudio citológico</li> </ul> |
| APN-01-04: Realiza correctamente la limpieza de los ambientes o supervisa su realización.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p><b>Paredes, ventanas, cielos y puertas, incluyendo las manillas de la puerta:</b> Limpie las áreas sucias con un trapo húmedo, detergente y agua. Desempolvor estas áreas con un trapo húmedo es lo adecuado (la desinfección es innecesaria)</p> <p><b>Sillas, lámparas, mesones, superficies, camas, barandillas, barras, lámparas, marcos de puertas y bodegas:</b> Limpie diariamente y cuando están sucios con un trapo húmedo con solución de limpieza desinfectante</p> <p><b>Equipo no crítico</b> Estetoscopios y tensiómetros: Limpie diariamente y cuando se vean sucios con un trapo húmedo con una solución de detergente y agua. Si el equipo está sucio con fluidos corporales, o si el/la paciente está bajo precauciones de contacto, debe ser limpiado y desinfectado</p> <p><b>Pisos:</b> Limpie los pisos diariamente con un trapero húmedo, detergente y agua. Usar un desinfectante cuando están contaminados con fluidos corporales</p> <p><b>Lavamanos, inodoros y letrinas:</b> Frotar diariamente o más a menudo si fuera necesario con una <b>solución de limpieza desinfectante</b>. Enjuague con agua</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| BUENA PRÁCTICA APN-02: El proveedor/a descarta signos de alarma.     |                                                                                                                  |     |              |       |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir morbilidad extrema y mortalidad materna. |                                                                                                                  |     |              |       |
| Nº                                                                   | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                        | CD  | Verificación |       |
|                                                                      |                                                                                                                  |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                   | Pregunta si tiene o ha presentado signos y síntomas de alarma <b>VER AYUDA APN-02-01</b>                         | HAC |              |       |
| 02                                                                   | Si respuesta es positiva actúa de acuerdo con los procedimientos según nivel de capacidad resolutive de FON      | HAC |              |       |
| 03                                                                   | De ser necesario cumple protocolo de Diagnóstico, Estabilización y Referencia (DER), según las guías de atención | HAC |              |       |
| 04                                                                   | Realiza correctamente la referencia. <b>VER AYUDA APN-02-04</b>                                                  | GLS |              |       |
| 05                                                                   | Comunica la referencia al EESS al que refiere                                                                    | GLS |              |       |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                          |                                                                                                                  |     |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                         |                                                                                                                  |     |              |       |

## VER AYUDA

| APN-02-01: Pregunta si tiene o ha presentado signos y síntomas de alarma.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | APN-02-04: Realiza correctamente la referencia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangrado vía vaginal</li> <li>2. Dificultad respiratoria y/o tos persistente</li> <li>3. Desmayo o mareos</li> <li>4. Fiebre y/o escalofríos</li> <li>5. Nauseas y/o vómitos persistentes</li> <li>6. Síntomas urinario bajos y/o altos</li> <li>7. Pérdida de líquido amniótico</li> <li>8. Cefalea intensa o permanente</li> <li>9. Visión borrosa, escotomas y/o zumbido de oídos</li> <li>10. Edema generalizado (anasarca)</li> <li>11. Convulsiones y/o pérdida de conocimiento</li> <li>12. Dolor abdominal severo</li> <li>13. Disminución o ausencia de movimientos fetales</li> <li>14. Evidencia de ser víctima de violencia familiar</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explica a la mujer y familia las razones para la referencia</li> <li>2. Organiza el transporte para la referencia</li> <li>3. Informa al establecimiento de referencia la condición la paciente referida y el tiempo aproximado de llegada</li> <li>4. Envía al establecimiento, junto con la paciente, toda la documentación clínica disponible y que pudiera ser de ayuda</li> <li>5. Si la mujer estuviera en trabajo de parto, asegura la disponibilidad de un equipo de atención de parto limpio durante el transporte</li> <li>6. Asegura la disponibilidad de medicamentos, drogas y oxígeno durante el transporte, según se requiera</li> <li>7. En la medida de lo posible enviar junto con la paciente a personal capacitado para dar continuidad a la atención durante el transporte</li> <li>8. Asegurar que los signos vitales de la paciente sean medidos y registrados antes y durante el transporte</li> <li>9. Asegurar que la paciente se mantenga caliente (aunque no sobrecalentada) durante el transporte. En caso de recién nacido, asegurar que la madre lo mantenga caliente mediante contacto piel a piel; evitar la exposición del recién nacido al sol</li> <li>10. Asegurar que el recién nacido sea amamantado durante el transporte</li> <li>11. Solicitar al establecimiento de referencia información sobre el manejo y situación del paciente referido</li> </ol> |
| Llena correctamente la hoja de referencia consignando:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p><b>Datos generales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de la referencia</li> <li>• Fecha y hora real del día</li> <li>• Señalar tipo de seguro de la persona</li> <li>• Establecimiento de origen</li> <li>• Establecimiento destino de la referencia</li> </ul> <p><b>Identificación del afiliado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Código de afiliación</li> <li>• Nombre y apellidos</li> <li>• N° de historia clínica</li> <li>• Edad y sexo</li> </ul>                                                                                                                                                                                                     | <p><b>Resumen de la Historia Clínica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamnesis, detallar el curso de la enfermedad y condiciones del paciente</li> <li>• Examen físico general y obstétrico, principales hallazgos</li> <li>• Tratamiento antes del traslado</li> <li>• Tratamiento indicado durante el traslado</li> <li>• Con quien se coordinó en el lugar de destino</li> <li>• Personal que acompaña</li> </ul> <p><b>Resumen de la Historia Clínica en gestantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir tiempo de gestación</li> <li>• Evolución de la atención prenatal</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| BUENA PRÁCTICA APN-03: El personal asegura un clima apropiado de relación interpersonal, brindando un trato cordial y humanizado adecuado a la cultura de la usuaria. |                                                                                                                   |                                             |              |    |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Garantizar los derechos de la usuaria.                                                                                                            |                                                                                                                   |                                             |              |    |    |
| N°                                                                                                                                                                    | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                         | CD                                          | Verificación |    |    |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                   |                                             | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                                                                                    | Realiza protocolo de saludo. VER AYUDA APN-03-01                                                                  | RPU                                         |              |    |    |
| 02                                                                                                                                                                    | Respeto derechos de las usuarias, asegurando privacidad y reafirmando confidencialidad. VER AYUDA APN-03-02       | RPU                                         |              |    |    |
| 03                                                                                                                                                                    | Identifica ideas y creencias, referidas a la atención del embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido | RPU                                         |              |    |    |
| 04                                                                                                                                                                    | Explica la importancia y objetivos de la atención prenatal                                                        | IU                                          |              |    |    |
| 05                                                                                                                                                                    | Explica los derechos que tiene la usuaria durante la atención prenatal. VER AYUDA APN-03-05                       | IU                                          |              |    |    |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                   | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                                          |                                                                                                                   |                                             |              |    |    |

VER AYUDA

| APN-03-01: Realiza el protocolo de saludo.                                                                                                                                                                                                                 | APN-03-02: Respeto derechos de las usuarias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>Saluda a la usuaria cordialmente en forma adecuada a las costumbres locales</li><li>Se presenta y le dice su nombre, cargo y función</li><li>Pregunta su nombre y apellidos</li><li>La llama por su nombre</li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>Mantiene cerrada la puerta del consultorio</li><li>Habla en voz baja para evitar que otras personas escuchen la conversación</li><li>No permite la presencia de otras personas en el consultorio sin consentimiento de la usuaria</li><li>Le habla de manera comprensible con palabras sencillas</li><li>Con cortesía y respeto identifica si pertenece a una comunidad étnica y la identificación cultural que tiene con la misma</li><li>Establece comunicación adecuada en la lengua nativa de los usuarios o dispone de la ayuda de un intérprete</li></ol> |

| APN-03-05: Explica a la gestante los derechos que tiene durante la atención prenatal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>Recibir toda la atención de forma gratuita en los lugares de extrema pobreza</li><li>Recibir información sobre los procedimientos para afiliarse y recibir atención por el SIS</li><li>Recibir información completa y actualizada en su idioma y que el mensaje es comprendido</li><li>Tomar decisiones a través del consentimiento informado</li><li>Recibir suplementos de hierro y ácido fólico gratuitos en los lugares de extrema pobreza</li><li>Realizar un Plan de Parto con el objetivo de tener un parto institucional</li><li>Escoger la posición en la cual quiere tener el parto</li><li>Que durante la atención sus creencias, religión, valores y actitudes propias de su cultura serán respetadas</li></ol> |

| BUENA PRÁCTICA APN-04: El proveedor/a realiza correctamente el interrogatorio de la gestante utilizando la Historia Clínica Perinatal. |                                                                                                                                                            |     |              |    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Identificar factores de riesgo para la gestante y embrión o feto.                                                  |                                                                                                                                                            |     |              |    |    |
| N°                                                                                                                                     | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                  | CD  | Verificación |    |    |
|                                                                                                                                        |                                                                                                                                                            |     | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                                                     | Pregunta y registra los datos de antecedentes personales y familiares                                                                                      | HAC |              |    |    |
| 02                                                                                                                                     | Pregunta y registra los antecedentes obstétricos, establecidos en la Historia Clínica Materno Perinatal                                                    | HAC |              |    |    |
| 03                                                                                                                                     | Analiza características y resultados del último embarazo                                                                                                   | HAC |              |    |    |
| 04                                                                                                                                     | Pregunta y registra fecha de la última menstruación, asegurando la certeza del dato                                                                        | HAC |              |    |    |
| 05                                                                                                                                     | El proveedor pregunta por el peso habitual de la gestante                                                                                                  | HAC |              |    |    |
| 06                                                                                                                                     | Indaga sobre características y resultado de la última gestación                                                                                            | HAC |              |    |    |
| 07                                                                                                                                     | Calcula tiempo de gestación y fecha probable del parto, usando gestograma y le informa a la gestante.                                                      | HAC |              |    |    |
| 08                                                                                                                                     | Busca condiciones y signos de violencia familiar o sexual y los registra en la Ficha de Tamizaje de Violencia Basada en Género. <b>VER AYUDA APN-04-08</b> | HAC |              |    |    |
| 09                                                                                                                                     | Indaga respecto a la ingesta de bebidas alcohólicas y/o coca u otros estupefacientes                                                                       | HAC |              |    |    |
| 10                                                                                                                                     | Indaga respecto a las dosis previas de vacuna antitetánica                                                                                                 | HAC |              |    |    |
| 11                                                                                                                                     | Indaga sobre las características y hábitos de alimentación                                                                                                 | HAC |              |    |    |
| <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b>                                                                                     |                                                                                                                                                            |     |              |    |    |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                                    |                                                                                                                                                            |     |              |    |    |

| <b>APN-04-08: CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN PARA ADOLESCENTES, JOVENES Y ADULTOS (SQR): Referir si tiene nueve o más respuestas positivas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>APN-04-08: FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? <span style="float: right;">SI NO</span></p> <p>2. ¿Tiene poco apetito? <span style="float: right;">SI NO</span></p> <p>3. ¿Duerme mal? <span style="float: right;">SI NO</span></p> <p>4. ¿Se asusta con facilidad? <span style="float: right;">SI NO</span></p> <p>5. ¿Le tiemblan las manos? <span style="float: right;">SI NO</span></p> <p>6. ¿Se siente nervioso o tenso? <span style="float: right;">SI NO</span></p> <p>7. ¿Sufre de mala digestión? <span style="float: right;">SI NO</span></p> <p>8. ¿Es incapaz de pensar con claridad? <span style="float: right;">SI NO</span></p> <p>9. ¿Se siente triste? <span style="float: right;">SI NO</span></p> <p>10. ¿Llora usted con mucha frecuencia? <span style="float: right;">SI NO</span></p> <p>11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? <span style="float: right;">SI NO</span></p> <p>12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? <span style="float: right;">SI NO</span></p> <p>13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? <span style="float: right;">SI NO</span></p> <p>14. ¿Su trabajo se ha visto afectado? <span style="float: right;">SI NO</span></p> <p>15. ¿Es incapaz de pensar un papel útil en su vida? <span style="float: right;">SI NO</span></p> <p>16. ¿Ha perdido interés en las cosas? <span style="float: right;">SI NO</span></p> <p>17. ¿Se siente aburrido? <span style="float: right;">SI NO</span></p> <p>18. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? <span style="float: right;">SI NO</span></p> <p>19. ¿Se siente cansado todo el tiempo? <span style="float: right;">SI NO</span></p> | <div style="text-align: center;">  <p>MINISTERIO DE SALUD<br/>DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - AJUMAR</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>Ficha de Tamizaje - Violencia Familiar y Maltrato Infantil</b></p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL</p> </div> <p>FECHA: .....</p> <p>DISA: .....</p> <p>SERVICIO: <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Pediatría <input type="checkbox"/> Gineco-obstetricia <input type="checkbox"/> CRED <input type="checkbox"/> Otros .....</p> <p>NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO: .....</p> <p>EDAD: ..... SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>DIRECCIÓN: .....</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Lea al Paciente:</b></p> <p>Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de Salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellos en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas:</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Pregunte:</b></p> <p><b>Si es adulto (a):</b></p> <p>¿Alguna vez un miembro de su familia le insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span></p> <p>¿Quién? .....</p> <p><b>Si es padre o madre de familia:</b></p> <p>¿Su hijo es muy desobediente? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span></p> <p>¿Alguna vez pierde el control y lo golpea? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Marque con aspa (x), todos los indicadores de maltrato que observe...</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><b>Físico</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables.</p> <p><input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras.</p> <p><input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables.</p> <p><input type="checkbox"/> Marca de mordeduras.</p> <p><input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño), problemas con apetito, Enuresis, (niños).</p> <p><input type="checkbox"/> Psicología</p> <p><input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><b>Revelamiento</b></p> <p><input type="checkbox"/> Llanto frecuente.</p> <p><input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresaltos.</p> <p><input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.</p> <p><input type="checkbox"/> Tirrimúsculo.</p> <p><input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar.</p> <p><input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad.</p> <p><input type="checkbox"/> Mala adaptación a la escuela o retenerse tarde.</p> <p><input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico.</p> <p><input type="checkbox"/> Aislamiento de personas.</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><b>Intento de suicidio.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Uso alcohol, drogas.</p> <p><input type="checkbox"/> Tranquilizantes o analgésicos.</p> <p><input type="checkbox"/> Sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños).</p> <p><input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.</p> <p><input type="checkbox"/> Embarazo precoz.</p> <p><input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de aborto.</p> <p><input type="checkbox"/> Enferm. de trans. sexual.</p> <p><input type="checkbox"/> Negligencia.</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.</p> <p><input type="checkbox"/> Accidentes, o enf. muy frecuentes.</p> <p><input type="checkbox"/> Descuido en higiene y aseo.</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo.</p> <p><input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.</p> </td> </tr> </table> <hr/> <p>FECHA: ..... DERIVADO POR: ..... FIRMA: .....</p> <p>NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE ATENDIO AL CASO: .....</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA FAMILIAR Y EL MALTRATO INFANTIL EN EL MUNDO ENERO 2007</p> | <p><b>Físico</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables.</p> <p><input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras.</p> <p><input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables.</p> <p><input type="checkbox"/> Marca de mordeduras.</p> <p><input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño), problemas con apetito, Enuresis, (niños).</p> <p><input type="checkbox"/> Psicología</p> <p><input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.</p>                                                                                                                                                                                                                    | <p><b>Revelamiento</b></p> <p><input type="checkbox"/> Llanto frecuente.</p> <p><input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresaltos.</p> <p><input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.</p> <p><input type="checkbox"/> Tirrimúsculo.</p> <p><input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar.</p> <p><input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad.</p> <p><input type="checkbox"/> Mala adaptación a la escuela o retenerse tarde.</p> <p><input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico.</p> <p><input type="checkbox"/> Aislamiento de personas.</p> | <p><b>Intento de suicidio.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Uso alcohol, drogas.</p> <p><input type="checkbox"/> Tranquilizantes o analgésicos.</p> <p><input type="checkbox"/> Sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños).</p> <p><input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.</p> <p><input type="checkbox"/> Embarazo precoz.</p> <p><input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de aborto.</p> <p><input type="checkbox"/> Enferm. de trans. sexual.</p> <p><input type="checkbox"/> Negligencia.</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.</p> <p><input type="checkbox"/> Accidentes, o enf. muy frecuentes.</p> <p><input type="checkbox"/> Descuido en higiene y aseo.</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo.</p> <p><input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.</p> |
| <p><b>Físico</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables.</p> <p><input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras.</p> <p><input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables.</p> <p><input type="checkbox"/> Marca de mordeduras.</p> <p><input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño), problemas con apetito, Enuresis, (niños).</p> <p><input type="checkbox"/> Psicología</p> <p><input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p><b>Revelamiento</b></p> <p><input type="checkbox"/> Llanto frecuente.</p> <p><input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresaltos.</p> <p><input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.</p> <p><input type="checkbox"/> Tirrimúsculo.</p> <p><input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar.</p> <p><input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad.</p> <p><input type="checkbox"/> Mala adaptación a la escuela o retenerse tarde.</p> <p><input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico.</p> <p><input type="checkbox"/> Aislamiento de personas.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p><b>Intento de suicidio.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Uso alcohol, drogas.</p> <p><input type="checkbox"/> Tranquilizantes o analgésicos.</p> <p><input type="checkbox"/> Sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños).</p> <p><input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.</p> <p><input type="checkbox"/> Embarazo precoz.</p> <p><input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de aborto.</p> <p><input type="checkbox"/> Enferm. de trans. sexual.</p> <p><input type="checkbox"/> Negligencia.</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.</p> <p><input type="checkbox"/> Accidentes, o enf. muy frecuentes.</p> <p><input type="checkbox"/> Descuido en higiene y aseo.</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo.</p> <p><input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| BUENA PRÁCTICA APN-05: El proveedor/a realiza correctamente acciones de prevención de la transmisión vertical del VIH/SIDA, u otras ITS. |                                                                                                                              |     |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir la incidencia de ITS y la transmisión vertical del VIH/SIDA. Evitar la sífilis congénita.                    |                                                                                                                              |     |              |       |
| N°                                                                                                                                       | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                    | CD  | Verificación |       |
|                                                                                                                                          |                                                                                                                              |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                       | Indaga y evalúa factores de riesgo de ITS y VIH/SIDA                                                                         | HAC |              |       |
| 02                                                                                                                                       | Pregunta a la usuaria si alguna vez se ha hecho análisis para descartar infección por VIH y sífilis                          | HAC |              |       |
| 03                                                                                                                                       | Realiza la PR para VIH y sífilis o indica RPR o ELISA previa consejería. <b>VER AYUDA APN-05-03</b>                          | IU  |              |       |
| 04                                                                                                                                       | En gestante VIH reactiva, coordina con la estrategia ITS-VIH para el tratamiento antirretroviral. <b>VER AYUDA APN-05-04</b> | HAC |              |       |
| 05                                                                                                                                       | En gestante con prueba de VIH negativa realiza la orientación/consejería post test. <b>VER AYUDA APN-05-05</b>               | HAC |              |       |
| 06                                                                                                                                       | En gestantes positivas realiza orientación/consejería post test y de soporte refiere a establecimiento FONE (TARGA)          | GLS |              |       |
| 07                                                                                                                                       | Indaga sobre síntomas y/o signos de otras ITS, según diagnóstico sintromico                                                  | HAC |              |       |
| 08                                                                                                                                       | En caso de diagnóstico positivo indica tratamiento de acuerdo al síndrome identificado. <b>VER AYUDA APN-05-08</b>           | HAC |              |       |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                                                              |                                                                                                                              |     |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                             |                                                                                                                              |     |              |       |

## VER AYUDA:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>APN-05-03: En usuaria que nunca se ha realizado test de VIH, realiza consejería sobre las ventajas de realizarlo e indica la prueba.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>APN-05-04: En gestante VIH reactiva, indaga sobre síntomas y profilaxis antirretroviral y coordina con la estrategia de prevención y control de ITS- VIH/SIDA.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>La detección temprana de la infección por VIH puede evitar la transmisión vertical (madre – niño)</li> <li>Importancia de la atención prenatal</li> <li>La transmisión vertical del VIH se puede producir durante el embarazo, el parto y durante la lactancia</li> <li>Importancia de culminar la gestación por cesárea.</li> <li>El inicio precoz de la profilaxis antirretroviral durante el embarazo disminuye la posibilidad de la transmisión vertical</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cómo alimentó a su bebe anterior</li> <li>Qué tratamiento recibe o recibió, incluyendo enfermedades asociadas</li> <li>Número de parejas sexuales y si conocen su seroestado</li> <li>Si conoce las medidas preventivas – Prevención positiva</li> <li>El EESS, provee antirretroviral gratis para la gestante y para el recién nacido expuesto al VIH</li> <li>Informa la necesidad de que el parto sea por cesárea, para disminuir el riesgo de transmisión al niño</li> <li>Informa que no debe dar de lactar, el EESS provee sucedáneos de la leche materna gratuitamente</li> </ul> |
| <b>APN-05-05: En gestante con prueba de VIH negativa, pregunta antecedentes de la realización.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuando se realizó el último tamizaje</li> <li>Si ha repetido el test 03 meses después del resultado anterior</li> <li>Entrega de condón</li> <li>Programa la realización del siguiente test</li> <li>Qué está haciendo para evitar la transmisión</li> </ul>                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>APN-05-08: En caso de diagnóstico positivo de ITS indica tratamiento de acuerdo al síndrome identificado.</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Síndrome/Síntomas</b>                                                                                         | <b>Tratamiento</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Persona que refiere úlcera en región genital                                                                     | Gestante o Mujer que da de lactar y en menores de 16 años, el tratamiento será: Penicilina G benzatínica 2.4 millones de UI, vía IM + Azitromicina 1g. Vía oral en dosis única, o Eritromicina base 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días. La Ciprofloxacina está contraindicada en mujeres gestantes, durante la lactancia y en pacientes menores de 16 años (especialmente si pesan menos de 45 Kg.) según normatividad                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Mujer que refiere flujo vaginal                                                                                  | Gestante o Mujer que da de lactar: Metronidazol 2 g VO, dosis única; en caso de prurito además dar Clotrimazol 500 mg vía vaginal dosis única<br>Alternativas para el manejo de Vaginosis Bacteriana: a partir del II Trimestre se recomienda usar Metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas (ó 250 mg vía oral cada 8 horas) por 7 días; o Clindamicina 300 mg vía oral cada 12 horas por 7 días<br><u>Recomendaciones Generales:</u> - Metronidazol: Evitar su uso durante el I Trimestre del embarazo y cuando hay antecedentes de alergia. Como se excreta por la leche materna, se recomienda NO dar de lactar hasta 48 horas después de administrada la última dosis |
| Mujer que refiere dolor bajo vientre<br><u>Signo de alarma:</u><br>Defensa e hipersensibilidad                   | En el caso de <b>mujer gestante</b> referir a <b>establecimiento FONE</b><br>En el caso de <b>mujer que da de lactar y menores de 16 años</b> se recomienda el uso de un régimen alternativo que no incluya Ciprofloxacina ni Doxiciclina<br>Tratamiento de <b>EPI en gestantes</b> referir a <b>establecimiento FONE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Persona con ganglio inguinal aumentado de tamaño y/o doloroso<br>Bubón o inflamación inguinal                    | Gestante o Mujer que da de lactar, se recomienda el uso de Eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas por 21 días                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| BUENA PRÁCTICA APN-06: El proveedor/a realiza correctamente acciones de control de las enfermedades prevalentes: tuberculosis y malaria en la atención de la gestante. |                                                                                                                                        |     |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Prevención de mortalidad materna indirecta por TBC y Malaria.                                                                                      |                                                                                                                                        |     |              |       |
| Nº                                                                                                                                                                     | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                              | CD  | Verificación |       |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                        |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                                     | Indaga sobre condiciones de alto riesgo en relación a Tuberculosis. <b>VER AYUDA APN-06-01</b>                                         | HAC |              |       |
| 02                                                                                                                                                                     | Indaga por tos con expectoración de 15 días o más de duración                                                                          | HAC |              |       |
| 03                                                                                                                                                                     | Si respuesta es positiva, indica dos baciloscopías de esputo o refiere para su realización                                             | HAC |              |       |
| 04                                                                                                                                                                     | Pregunta si es contacto domiciliario, en el trabajo o estudio de un paciente tuberculoso                                               | HAC |              |       |
| 05                                                                                                                                                                     | Si la gestante es portadora de la enfermedad indaga sobre tratamiento actual                                                           | HAC |              |       |
| 06                                                                                                                                                                     | Coordina con la estrategia de TB el seguimiento del cumplimiento del tratamiento                                                       | HAC |              |       |
| 07                                                                                                                                                                     | Indaga presencia de síntomas o condiciones de riesgo de malaria, si presenta, indica examen de gota gruesa. <b>VER AYUDA APN-06-07</b> | HAC |              |       |
| 08                                                                                                                                                                     | Si el resultado de gota gruesa es positivo, indica tratamiento. <b>VER AYUDA APN-06-08</b>                                             | HAC |              |       |
| 09                                                                                                                                                                     | Brinda orientación sobre medidas de prevención de malaria. <b>VER AYUDA APN-06-09</b>                                                  | IU  |              |       |
| 10                                                                                                                                                                     | En zona endémica y tiene 26 semanas de gestación o más, indica vacunación contra la fiebre amarilla                                    | HAC |              |       |
| <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b>                                                                                                                     |                                                                                                                                        |     |              |       |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                    |                                                                                                                                        |     |              |       |

## VER AYUDA:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>APN-06-01: Indaga sobre condiciones de alto riesgo en relación a Tuberculosis.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>APN-06-07: En presencia de síntomas o condiciones de riesgo de malaria, indica examen de gota gruesa.</b>                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contacto domiciliario o extra domiciliario de enfermo</li> <li>2. Reside en un área de elevado riesgo de transmisión</li> <li>3. Es personal de salud o estudiante de ciencias de la salud</li> <li>4. Persona viviendo con VIH o en Estado SIDA</li> <li>5. Conducta de riesgo: alcoholismo, consumo de drogas</li> <li>6. Población indígena o Residente en zonas de frontera</li> </ol>                                                                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fiebre y/o Escalofríos</li> <li>2. Cefalea</li> <li>3. Malestar general</li> <li>4. Procedencia o residencia en áreas endémicas</li> <li>5. Conviviente de enfermo</li> </ol>                                                                                                                                                  |
| <b>APN-06-08: Si el resultado de gota gruesa es positivo, indica tratamiento según lo normado.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>APN-06-09: Brinda orientación sobre medidas de prevención de malaria.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p>Las gestantes no deben recibir PRIM AQUINA, por el riesgo de producir hemólisis y metahemoglobinemia en el feto, solo se les administrará CLOROQUINA en forma descrita para un adulto, a razón de 10 mg/Kg de peso/día (10 tabletas en total).<br/>Luego se administrará semanalmente una dosis de Cloroquina de 2 tabletas ó 5 mg base/Kg de peso hasta la semana del parto. Después del parto se les administrará 2 tabletas de Primaquina de 15 mg diarios, durante 07 días. (R.M. N° 076-2007/MINSA)</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uso de mosquiteros</li> <li>2. Uso de mosquiteros impregnados de insecticida</li> <li>3. Usar ropa que cubra la mayor parte del cuerpo en horarios de mayor actividad de picaduras del mosquito</li> <li>4. Uso de telas o mallas metálicas en puertas y ventanas</li> <li>5. Uso continuado de repelentes químicos</li> </ol> |

| BUENA PRÁCTICA APN-07: El proveedor/a realiza correctamente acciones de control de otras enfermedades metaxénicas, según la región, en la atención de la gestante. |                                                                                                      |                                             |              |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Identificar factores de riesgo para la gestante y embrión o feto por enfermedades metaxénicas.                                                 |                                                                                                      |                                             |              |       |
| Nº                                                                                                                                                                 | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                            | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                      |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                                 | Si procede de área endémica indaga por síntoma de Dengue. VER AYUDA APN-07-01                        | HAC                                         |              |       |
| 02                                                                                                                                                                 | Si procede de área endémica indaga por síntomas de Bartonellosis. VER AYUDA APN-07-02                | HAC                                         |              |       |
| 03                                                                                                                                                                 | Si el resultado de gota gruesa es positivo, indica tratamiento según lo normado. VER AYUDA APN-07-03 | HAC                                         |              |       |
| 04                                                                                                                                                                 | Si procede de área endémica indaga por síntomas de Leishmaniosis. VER AYUDA APS-07-04                | HAC                                         |              |       |
| 05                                                                                                                                                                 | En cualquier caso sospechoso de enfermedad refiere la gestante a un Establecimiento FONE             | GLS                                         |              |       |
| 06                                                                                                                                                                 | Realiza el reporte al sistema de Vigilancia Epidemiológica                                           | GLS                                         |              |       |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                      | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                                       |                                                                                                      |                                             |              |       |

## VER AYUDA:

| APN-07-01: Si procede de área endémica indaga por síntoma de dengue.                                                            | APN-07-02: Si procede de área endémica indaga por síntomas de Bartonellosis.                                                                                                                                                                                                                | APN-07-03: Si el resultado de gota gruesa es positivo, indica tratamiento según lo normado.                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Fiebre y cefalea<br>2. Mialgia<br>3. Dolor retrocular<br>4. Erupción cutánea<br>5. Si petequias, hacer prueba del torniquete | 1. Sensación de alza térmica o presencia de 1 ó más episodios febriles en los últimos 14 días sin evidencia de foco infeccioso<br>2. Antecede o acompaña; malestar general, decaimiento y artralgia<br>3. Presencia de lesiones cutáneas pápulo verrugosas, rojizas y fácilmente sangrantes | <b>Alternativa</b> en Gestantes: Cloranfenicol cada 8 horas a 50 mg/Kg/día los 03 primeros días, y luego 30 mg/Kg/día hasta completar 14 días <b>o Cotrimoxazol excepto en el I y el III Trimestre</b> a la dosis de 800/160 mg cada 12 horas <b>ó Amoxicilina</b> 1 g cada 8 horas |

| APS-07-04: Si procede de área endémica indaga por sintoma de Leishmaniosis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p data-bbox="216 592 236 869">Úlcera cutánea en Leishmaniosis</p>  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p data-bbox="456 1804 476 2043"><b><u>Leishmaniosis cutánea</u></b></p> <p data-bbox="482 1190 581 2043">Presencia de una o más lesiones en la piel que inician con una pápula eritematosa, aumentando de tamaño hasta formar nódulos, con progresión a lesiones ulcerativas o úlcero-costrosas, poco profundas de aspecto redondeado, no dolorosa, de bordes bien definidos y ligeramente elevados, con secreción serosa o seropurulenta</p> <p data-bbox="588 1716 608 2043"><b><u>Leishmaniosis cutáneo mucosa</u></b></p> <p data-bbox="614 1190 686 2043">Presencia de una o más lesiones granulomatosas elevadas o ulceradas de la mucosa nasal, boca, paladar blanco, faringe, con antecedente de lesiones cutáneas activas o cicatrizadas, habiéndose excluido lesión por bacterias comunes</p> <p data-bbox="693 1809 713 2043"><b><u>Leishmaniosis visceral</u></b></p> <p data-bbox="719 1190 765 2043">Presencia de fiebre intermitente u ondulante, pérdida de peso y apetito, palidez progresiva, debilidad, esplenomegalia, hepatomegalia, sin ictericia</p> |                                                                                                                                                       |

| BUENA PRÁCTICA APN-08: El proveedor/a realiza correctamente el examen clínico de la gestante. |                                                                                                                                                             |     |              |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Identificar factores de riesgo para la gestante y embrión o feto.         |                                                                                                                                                             |     |              |       |
| Nº                                                                                            | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                   | CD  | Verificación |       |
|                                                                                               |                                                                                                                                                             |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                            | Explica a la gestante en qué consiste el examen clínico y lo realiza                                                                                        | IU  |              |       |
| 02                                                                                            | Realiza higiene de manos antes y después del procedimiento. <b>VER AYUDA APN-08-02</b>                                                                      | PI  |              |       |
| 03                                                                                            | Mide la talla de la gestante utilizando la técnica correcta                                                                                                 | HAC |              |       |
| 04                                                                                            | Mide el peso de la gestante utilizando la técnica correcta y registra en la gráfica y determina si la ganancia de peso es adecuada para la edad gestacional | HAC |              |       |
| 05                                                                                            | Toma y registra frecuencia cardíaca, temperatura, y frecuencia respiratoria                                                                                 | HAC |              |       |
| 06                                                                                            | Toma y registra con técnica correcta tensión arterial, descartando pre eclampsia. <b>VER AYUDA APN-08-06</b>                                                | HAC |              |       |
| 07                                                                                            | Si el diagnóstico de pre eclampsia es positivo, refiere a establecimiento con FONE                                                                          | HAC |              |       |
| 08                                                                                            | Ausulta los latidos cardíacos y pulmones                                                                                                                    | HAC |              |       |
| 09                                                                                            | Examina cabeza y cuello, palpa glándula tiroides                                                                                                            | HAC |              |       |
| 10                                                                                            | Examina piel y mucosas, buscando signos de anemia y/o ictericia                                                                                             | HAC |              |       |
| 11                                                                                            | Examina miembros inferiores: Valora el edema y descarta várices                                                                                             | HAC |              |       |
| 12                                                                                            | Evalúa reflejos osteotendinosos                                                                                                                             | HAC |              |       |
| 13                                                                                            | Examina abdomen                                                                                                                                             | HAC |              |       |
| <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b>                                            |                                                                                                                                                             |     |              |       |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                           |                                                                                                                                                             |     |              |       |

VER AYUDA:

| APN-08-02: Realiza higiene de manos antes y después del procedimiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | APN-08-06: Toma y registra con técnica correcta tensión arterial, descartando pre eclampsia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b><u>Lava las manos con agua corriente y jabón</u></b></p> <p><b>PASO 1:</b> Mojar las manos completamente</p> <p><b>PASO 2:</b> Aplicar un jabón sencillo (no es necesario un agente antiséptico)</p> <p><b>PASO 3:</b> Frotar todas las áreas de la mano y los dedos al mismo tiempo por 10 a 15 segundos, prestando atención a las áreas bajo las uñas y entremedio de los dedos</p> <p><b>PASO 4:</b> Enjuagar completamente con agua limpia corriente</p> <p><b>PASO 5:</b> Secar las manos con una toalla de papel y usar el papel para cerrar la llave</p> <p><b>O, realiza el lavado de manos con alcohol glicerinado</b></p> <p><b>PASO 1:</b> Aplicar alcohol glicerinado para cubrir la superficie de las manos y los dedos</p> <p><b>PASO 2:</b> Frotar la solución sobre las manos, especialmente entremedio de los dedos y debajo de las uñas, hasta que se seque</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La gestante debe estar en reposo 5 minutos, sentada o acostada</li> <li>2. Verificar que el brazalete no tenga aire</li> <li>3. Colocar el brazalete en la mitad del brazo derecho, el borde inferior de 3-4 cm. Por encima del pliegue del codo</li> <li>4. Buscar el latido de la arteria y aplicar allí el estetoscopio</li> <li>5. No colocar el estetoscopio debajo del brazalete</li> <li>6. Insuflar aire hasta que marque 200 mmHg</li> <li>7. Abrir lentamente la válvula.</li> <li>8. Escuchar los latidos y observando el reloj se anota el primer latido, que es la presión diastólica</li> <li>9. Seguir escuchando y cuando el latido se atenúa o desaparece, representa la presión diastólica</li> <li>10. Abrir completamente la válvula y retirar el tensiómetro</li> </ol> |

| BUENA PRÁCTICA APN-09: El proveedor/a realiza correctamente el examen obstétrico de la gestante. |                                                                                                                                                                   |     |              |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Identificar factores de riesgo para la gestante y embrión o feto.            |                                                                                                                                                                   |     |              |       |
| N°                                                                                               | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                         | CD  | Verificación |       |
|                                                                                                  |                                                                                                                                                                   |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                               | Explica el examen obstétrico y para que se realiza; pide su consentimiento; solicita que vacíe la vejiga                                                          | IU  |              |       |
| 02                                                                                               | Promueve la presencia de un acompañante preferiblemente un familiar, si la usuaria lo permite puede ser otro prestador.                                           | RPU |              |       |
| 03                                                                                               | Ayuda a la usuaria a subir a la mesa de exámenes y la cubre con campos                                                                                            | RPU |              |       |
| 04                                                                                               | Realiza higiene de manos antes y después del procedimiento. <b>VER AYUDA APN-09-04</b>                                                                            | PI  |              |       |
| 05                                                                                               | Realiza el examen de las mamas y descarta tumoraciones. <b>VER AYUDA APN-09-05</b>                                                                                | HAC |              |       |
| 06                                                                                               | Mide la altura uterina con cinta obstétrica o métrica y registra en la gráfica y determina si el crecimiento es adecuado para la edad gestacional.                | HAC |              |       |
| 07                                                                                               | Si la gestación es de más de 27 semanas, realiza las maniobras de Leopold e identifica posición y presentación fetales                                            | HAC |              |       |
| 08                                                                                               | Ausulta la Frecuencia Cardíaca Fetal y determina si es adecuada                                                                                                   | HAC |              |       |
| 09                                                                                               | Ponerse guantes en ambas manos para el examen ginecológico. <b>VER AYUDA APN-09-10</b>                                                                            | HAC |              |       |
| 10                                                                                               | Elimina correctamente los guantes y desechos sólidos en depósitos con bolsas diferenciadas para material contaminado y no contaminado. <b>VER AYUDA APN-09-11</b> | PI  |              |       |
| 11                                                                                               | Si corresponde solicita a la gestante la realización del PAP, si está de acuerdo la realiza                                                                       | HAC |              |       |
| 12                                                                                               | Explica a la usuaria los hallazgos más importantes del examen físico y obstétrico                                                                                 | IU  |              |       |
| 13                                                                                               | Registra los datos en la historia clínica materna perinatal y carné materno perinatal                                                                             | GLS |              |       |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                      |                                                                                                                                                                   |     |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                     |                                                                                                                                                                   |     |              |       |

## VER AYUDA:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>APN-09-04: Realiza higiene de manos antes y después del examen</b></p> <p><b>Lava las manos con agua corriente y jabón</b></p> <p><b>PASO 1:</b> Mojar las manos completamente</p> <p><b>PASO 2:</b> Aplicar un jabón sencillo (no es necesario un agente antiséptico).</p> <p><b>PASO 3:</b> Frotar todas las áreas de la mano y los dedos al mismo tiempo por 10 a 15 segundos, prestando atención a las áreas bajo las uñas y entremedio de los dedos.</p> <p><b>PASO 4:</b> Enjuagar completamente con agua limpia</p> <p><b>PASO 5:</b> Secar las manos con una toalla de papel y usar el papel para cerrar la llave</p> <p><b>O, realiza el lavado de manos con alcohol glicerinado</b></p> <p><b>PASO 1:</b> Aplicar alcohol glicerinado para cubrir la superficie de las manos y los dedos</p> <p><b>PASO 2:</b> Frotar la solución sobre las manos, especialmente entremedio de los dedos y debajo de las uñas, hasta que se seque</p> | <p><b>APN-09-05: Realiza el examen de las mamas y descarta tumoraciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expone las mamas y las compara visualmente</li> <li>• Observa su simetría, tamaño, forma, color de la piel, textura, patrones vasculares, presencia de lunares y nódulos visibles</li> <li>• Pide a la usuaria que alce los brazos por encima de la cabeza y verifica que su tamaño y forma mantienen su simetría durante el movimiento</li> <li>• Pide a la usuaria que sitúe las manos sobre las caderas, presionando para contraer los músculos pectorales</li> <li>• Precisa características del pezón (formado, no formado, umbilicado)</li> </ul>   |
| <p><b>APN-09-10: Se pone guantes en ambas manos y realiza el examen ginecológico siguiendo los pasos establecidos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examina los genitales externos en busca de flujos anormales y úlceras</li> <li>• Examina la vagina y cuello uterino con espéculo, sin lubricar ni hacer tacto vaginal</li> <li>• Toma muestra para examen de Papanicolaou, si procede y la usuaria está de acuerdo</li> <li>• Realiza inspección visual con ácido acético (IVAA)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p><b>APN-09-11: Elimina correctamente los desechos sólidos y guantes.</b></p> <p><b>PASO 1:</b> Lleva puesto guantes utilitarios mientras manipula y transporta los desechos</p> <p><b>PASO 2:</b> Eliminar los desechos sólidos en un recipiente de plástico o metálico galvanizado con tapa que cierre bien</p> <p><b>PASO 3:</b> Recoger los recipientes regularmente y traslada los que son combustibles al incinerador o al área de incineración</p> <p><b>PASO 4:</b> Se quita de los guantes gruesos o utilitarios (lavarlos diariamente o cuando estén visiblemente sucios y secarlos)</p> <p><b>PASO 5:</b> Lava y seca las manos o utiliza una solución antiséptica</p> |

| BUENA PRÁCTICA APN-10: El proveedor/a solicita los análisis correspondientes y realiza correctamente las indicaciones basado en el tiempo de gestación. |                                                                                                                                                                    |                                                    |              |    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Garantizar la calidad de la atención prenatal reenfocada.                                                                           |                                                                                                                                                                    |                                                    |              |    |    |
| N°                                                                                                                                                      | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                          | CD                                                 | Verificación |    |    |
|                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                    |                                                    | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                                                                      | Solicita determinación grupo sanguíneo y Rh                                                                                                                        | HAC                                                |              |    |    |
| 02                                                                                                                                                      | Solicita determinación de Hemoglobina y Hematocrito                                                                                                                | HAC                                                |              |    |    |
| 03                                                                                                                                                      | Solicita determinación de Examen de orina completa                                                                                                                 | HAC                                                |              |    |    |
| 04                                                                                                                                                      | Solicita determinación de Urocultivo o test rápido con tira reactiva                                                                                               | HAC                                                |              |    |    |
| 05                                                                                                                                                      | Solicita determinación de Glucosa en sangre                                                                                                                        | HAC                                                |              |    |    |
| 06                                                                                                                                                      | Solicita o realiza prueba rápida para descartar VIH y Sífilis                                                                                                      | HAC                                                |              |    |    |
| 07                                                                                                                                                      | Indica profilácticamente sulfato ferroso (60 mg) y ácido fólico (400 mcg) al día, a partir de las 16 semanas de gestación                                          | HAC                                                |              |    |    |
| 08                                                                                                                                                      | Indica profilácticamente ácido fólico 400 mcg/día si está en el primer trimestre de la gestación                                                                   | HAC                                                |              |    |    |
| 09                                                                                                                                                      | Indica 500 mg de calcio esencial 2 veces al día si tiene 20 semanas o más de gestación                                                                             | HAC                                                |              |    |    |
| 10                                                                                                                                                      | Si corresponde indica vacunación con Toxóide Tetánico a partir de las 14 semanas de gestación explicando la importancia de la misma.<br><b>VER AYUDA APN-10-10</b> | HAC                                                |              |    |    |
| 11                                                                                                                                                      | Indica atención odontológica                                                                                                                                       | HAC                                                |              |    |    |
| 12                                                                                                                                                      | Indica ecografía si corresponde y dispone del medio                                                                                                                | HAC                                                |              |    |    |
| 13                                                                                                                                                      | Si la consulta fue realizada por personal no profesional refiere a la gestante para evaluación por profesional calificado                                          | GLS                                                |              |    |    |
| 14                                                                                                                                                      | Consejería nutricional adecuada a la cultura, disponibilidad de alimentos en la zona y posibilidad económica personal                                              | IU                                                 |              |    |    |
| 15                                                                                                                                                      | Explica a la gestante que de presentar algún signo de alarma, a donde debe acudir de forma inmediata                                                               | IU                                                 |              |    |    |
| 16                                                                                                                                                      | Orienta como recibir ayuda en caso de violencia basada en género                                                                                                   | IU                                                 |              |    |    |
| 17                                                                                                                                                      | Orienta sobre la importancia de la Psicoprofilaxis y Estimulación prenatal                                                                                         | IU                                                 |              |    |    |
| 18                                                                                                                                                      | Orienta sobre las relaciones sexuales durante el embarazo                                                                                                          | IU                                                 |              |    |    |
| 19                                                                                                                                                      | Orienta sobre los efectos nocivos del tabaco, drogas y alcohol                                                                                                     | IU                                                 |              |    |    |
| 20                                                                                                                                                      | Informa sobre los posibles efectos secundarios de la ingesta de las sales de hierro                                                                                | IU                                                 |              |    |    |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                     |                                                                                                                                                                    | <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b> |              |    |    |
| VER AYUDA:                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                    |                                                    |              |    |    |

| APN-10-10: Si corresponde indica vacunación con Toxóide Tetánico.                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Se vacunará a la gestante lo más precozmente posible</li> <li>No existe contraindicación con la edad gestacional</li> <li>Si la gestante ha recibido vacunación anteriormente, determinar si está protegida</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Si sólo ha recibido T1, considerar no vacunada</li> <li>En todos los casos se realiza reactivación entre las semanas 26 y 28</li> <li>En zona endémica de Fiebre Amarilla inmunización después de la semana 26</li> </ul> |

| BUENA PRÁCTICA APN-11: El proveedor/a se asegura que la usuaria y su familia estén preparados para el parto y la atención de complicaciones posibles durante el mismo. |                                                                                                                                                                                                             |                                             |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Incrementar el parto institucional.<br>Incrementar las parejas protegidas y un periodo intergenésico adecuado.                                     |                                                                                                                                                                                                             |                                             |              |       |
| Nº                                                                                                                                                                     | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                   | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                             |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                                     | Asegura que la usuaria y la familia conozcan la importancia de buscar atención urgente si presenta los signos de alarma                                                                                     | RPU                                         |              |       |
| 02                                                                                                                                                                     | Inicia la elaboración del Plan de Parto, acordando con la gestante y su pareja, o quien ella elija, una primera opción del Plan de Parto e informa sobre casa de espera materna. <b>VER AYUDA APN-11-02</b> | HAC                                         |              |       |
| 03                                                                                                                                                                     | Entrega a la gestante copia del Plan de Parto                                                                                                                                                               | IU                                          |              |       |
| 04                                                                                                                                                                     | Define con la gestante la fecha de la visita domiciliaria para la segunda entrevista del Plan de Parto                                                                                                      | RPU                                         |              |       |
| 05                                                                                                                                                                     | Registra en la historia clínica, carné y Plan de Parto el método post-parto preferido por la usuaria, si hubiera tomado una decisión                                                                        | GLS                                         |              |       |
| 06                                                                                                                                                                     | Explica, según corresponda que el Seguro Integral de Salud cubre los gastos del parto a las usuarias afiliadas y sus bebés                                                                                  | IU                                          |              |       |
| 07                                                                                                                                                                     | Entrega el carné materno perinatal a la gestante y orienta de la importancia de éste, de portarlo en las visitas siguientes y en el momento del parto                                                       | IU                                          |              |       |
| 08                                                                                                                                                                     | Programa fecha de la próxima consulta de acuerdo al tiempo de gestación y lo establecido en la normatividad. <b>VER AYUDA APN-11-08</b>                                                                     | GLS                                         |              |       |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                             | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                             |                                             |              |       |

VER AYUDA:

|                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| APN-11-02: Acuerda con la gestante y su pareja, o quien ella elija, una primera opción del Plan de Parto} | <div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

[illegible]

## RESULTADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN BUENAS PRÁCTICAS. Observación de una Primera Atención Prenatal.

| BUENAS PRÁCTICAS                                                                                                                                   | Criterios de Verificación |             |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-------------|
|                                                                                                                                                    | Observados                | Verificados | % de avance |
| APN-01: El proveedor/a al comenzar la consulta verifica si dispone de los medios para brindar una atención completa                                |                           |             |             |
| APN-02: El proveedor/a descarta e identifica signos de alarma                                                                                      |                           |             |             |
| APN-03: El personal asegura un clima apropiado de relación interpersonal, brindando trato cordial y humanizado adecuado a la cultura de la usuaria |                           |             |             |
| APN-04: El proveedor/a realiza correctamente el interrogatorio de la gestante utilizando la Historia Clínica Perinatal                             |                           |             |             |
| APN-05: El proveedor/a realiza correctamente acciones de prevención de la transmisión vertical del VIH/SIDA y SÍFILIS, u otras ITS                 |                           |             |             |
| APN-06: El proveedor/a realiza correctamente acciones de control de las enfermedades prevalentes: tuberculosis y malaria                           |                           |             |             |
| APN-07: El proveedor/a realiza correctamente acciones de control de otras enfermedades metaxénicas, según la región                                |                           |             |             |
| APN-08: El proveedor/a realiza correctamente el examen clínico de la gestante                                                                      |                           |             |             |
| APN-09: El proveedor/a realiza correctamente el examen obstétrico de la gestante                                                                   |                           |             |             |
| APN-10: El proveedor/a realiza correctamente las indicaciones basado en el tiempo de gestación                                                     |                           |             |             |
| APN-11: El proveedor/a procura que la usuaria se encuentre preparada para el parto                                                                 |                           |             |             |
| <b>TOTAL DEL PROCESO DE PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL</b>                                                                                              |                           |             |             |

AVANCE SEGUN BUENAS PRACTICAS

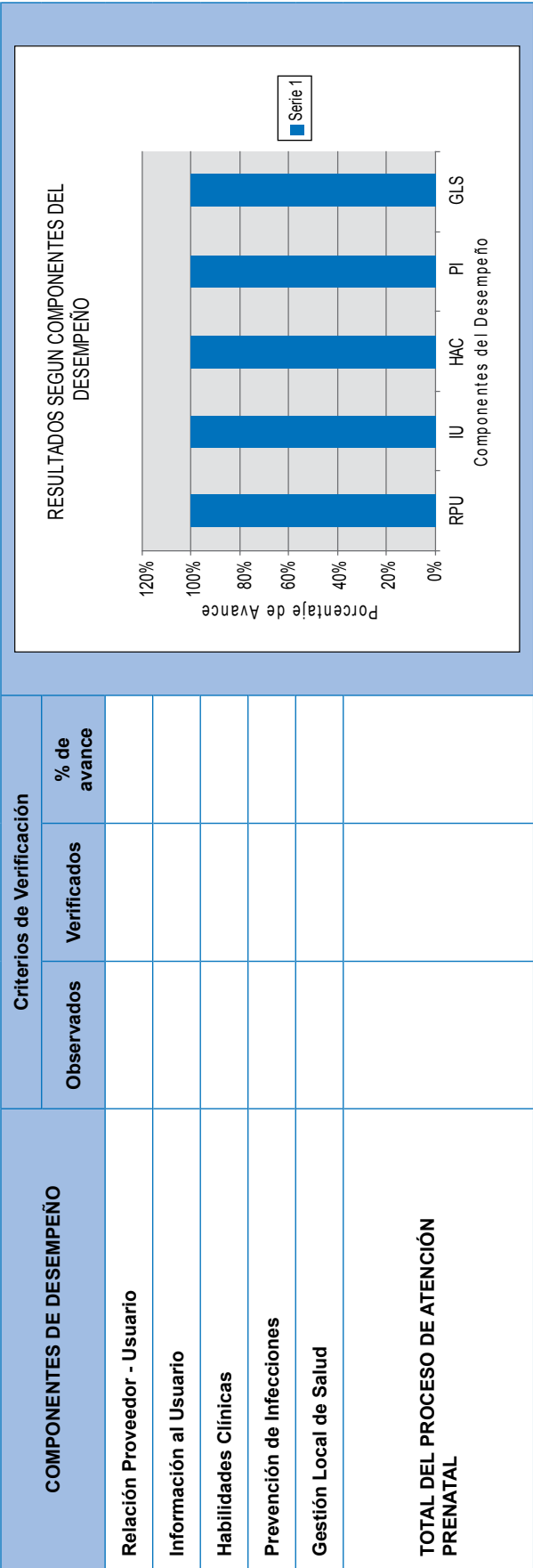
Porcentaje de Avance

120%  
100%  
80%  
60%  
40%  
20%  
0%

APN-01 APN-02 APN-03 APN-04 APN-05 APN-06 APN-07 APN-08 APN-09 APN-10 APN-11

Serie 1

RESULTADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN COMPONENTES DE DESEMPEÑO. Observación de una Primera Atención Prenatal



**ANEXO N° 03**  
**INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA Y NEONATAL**  
*Instrumento 3.2*  
**ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA**  
**ATENCIÓN PRENATAL DE SEGUIMIENTO**

|                           |                                        |                                        |  |
|---------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--|
| <b>DIRESA/DISA:</b>       |                                        | <b>Red:</b>                            |  |
| <b>Microrred:</b>         |                                        | <b>Código RENAES:</b>                  |  |
|                           |                                        |                                        |  |
| <b>Número de medición</b> | <b>Persona que realiza la medición</b> | <b>Fecha de la medición (dd/mm/aa)</b> |  |

**ESQUEMA GENERAL DE ACTIVIDADES EN LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA**  
**ATENCIÓNES PRENATALES DE SEGUIMIENTO**

| ACTIVIDADES                                                     | Número de atención / Semanas de gestación |                               |                                |                               |                               |                               |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
|                                                                 | 1era atención<br>< 14 semanas             | 2da atención<br>14-21 semanas | 3era atención<br>22-24 semanas | 4ta atención<br>25-32 semanas | 5ta atención<br>33-36 semanas | 6ta atención<br>37-40 semanas |
| Anamnesis                                                       | +                                         | +                             | +                              | +                             | +                             | +                             |
| Detección de patologías y signos de alarma                      | +                                         | +                             | +                              | +                             | +                             | +                             |
| Medición de la talla                                            | +                                         |                               |                                |                               |                               |                               |
| Medición del peso                                               | +                                         | +                             | +                              | +                             | +                             | +                             |
| Determinación de la presión arterial, pulso y temperatura       | +                                         | +                             | +                              | +                             | +                             | +                             |
| Examen Gineco-Obstétrico                                        |                                           | +                             |                                |                               | +                             |                               |
| Evaluación clínica de la pelvis                                 |                                           |                               |                                |                               | +                             |                               |
| Confirmación del embarazo                                       | +                                         |                               |                                |                               |                               |                               |
| Estimación de edad gestacional                                  | +                                         | +                             | +                              | +                             | +                             | +                             |
| Diagnóstico número de fetos                                     |                                           | +                             | +                              | +                             | +                             | +                             |
| Medir altura uterina                                            |                                           | +                             | +                              | +                             | +                             | +                             |
| Auscultar latidos fetales (antes de las 20 semanas con Doppler) |                                           | +                             | +                              | +                             | +                             | +                             |
| Evaluación clínica del volumen de líquido amniótico             |                                           |                               | +                              | +                             | +                             | +                             |
| Diagnostico presentación, situación fetal                       |                                           |                               |                                | +                             | +                             | +                             |

| ACTIVIDADES                                                             | Número de atención / Semanas de gestación |                               |                                |                               |                               |                               |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
|                                                                         | 1era atención<br>< 14 semanas             | 2da atención<br>14-21 semanas | 3era atención<br>22-24 semanas | 4ta atención<br>25-32 semanas | 5ta atención<br>33-36 semanas | 6ta atención<br>37-40 semanas |
| Evaluación estado nutricional                                           | +                                         | +                             | +                              | +                             | +                             | +                             |
| Determinar grupo sanguíneo y Rh                                         | +                                         |                               |                                |                               |                               |                               |
| Determinación de Hemoglobina y Hematocrito                              | +                                         |                               |                                |                               | +                             |                               |
| Examen de orina completa                                                | +                                         |                               |                                |                               | +                             |                               |
| Proteinuria cualitativa                                                 | +                                         | +                             | +                              | +                             | +                             | +                             |
| Urocultivo o test rápido con tira reactiva                              | +                                         |                               |                                |                               | +                             |                               |
| Detección diabetes gestacional                                          | +                                         |                               |                                | +                             |                               |                               |
| Prueba rápida o RPR para descartar de sífilis                           | +                                         |                               |                                |                               | +                             |                               |
| Pruebas de Tamizaje para VIH (Prueba rápida / Elisa) previa consejería* | +                                         |                               |                                |                               | +                             |                               |
| Vacuna antitetánica (2da vacuna 2 meses de la primera)                  | +                                         |                               | +                              |                               |                               |                               |
| Toma de PAP                                                             |                                           | +                             |                                |                               |                               |                               |
| Evaluación odontostomatológica                                          | +                                         |                               | +                              |                               |                               |                               |
| Evaluación con Ecografía                                                | +                                         |                               |                                |                               | +                             |                               |
| Administración de Ácido Fólico                                          | +                                         |                               |                                |                               |                               |                               |
| Administración de Hierro y ácido fólico                                 |                                           | +                             | +                              | +                             | +                             | +                             |
| Administración de Calcio                                                |                                           | +                             | +                              | +                             | +                             | +                             |
| Elabora el Plan de Parto                                                | +                                         | +                             | +                              |                               |                               |                               |
| Tamizaje de violencia basada en género                                  | +                                         |                               |                                |                               |                               |                               |
| Detección de Depresión (SQR)                                            | +                                         |                               |                                |                               |                               |                               |
| Información sobre planificación familiar y salud reproductiva           |                                           | +                             |                                |                               |                               | +                             |
| Psicoprofilaxis y Estimulación Prenatal                                 |                                           | +                             | +                              | +                             | +                             | +                             |

| BUENA PRÁCTICA APS-01: Verifica que cuenta con los recursos requeridos para las Funciones Obstétricas y Neonatales según norma del FON Recursos, en el momento de prestar la atención a la usuaria. |                                                                                                                                                                                               |     |              |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Atención Prenatal Reenfocada completa.                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                               |     |              |       |
| Nº                                                                                                                                                                                                  | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                     | CD  | Verificación |       |
|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                               |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                                                                  | Dispone de los formatos necesarios. <b>VER AYUDA APS-01-01</b>                                                                                                                                | GLS |              |       |
| 02                                                                                                                                                                                                  | Dispone de los medios para la prevención y control de infecciones. <b>VER AYUDA APS-01-02</b>                                                                                                 | GLS |              |       |
| 03                                                                                                                                                                                                  | Dispone de los equipos, ropa, cubiertas, insumos e instrumental necesarios. <b>VER AYUDA APS-01-03</b>                                                                                        | GLS |              |       |
| 04                                                                                                                                                                                                  | Realiza la limpieza de los ambientes o supervisa que ésta se realice de acuerdo a procedimientos adecuados, antes de iniciar la atención y cuando fuera necesario. <b>VER AYUDA APS-01-04</b> | PI  |              |       |
| <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b>                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                               |     |              |       |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                               |     |              |       |

VER AYUDA:

| APS-01-01: Dispone de los formatos necesarios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | APS-01-02: Dispone de los medios para la prevención y control de infecciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Registro diario de actividades (Hoja HIS).</li> <li>2. Ficha de referencia</li> <li>3. Formatos del SIS</li> <li>4. Historia clínica y carné perinatal</li> <li>5. Gestograma</li> <li>6. Ficha de Plan de Parto</li> <li>7. Hoja de evaluación nutricional</li> <li>8. Ficha de tamizaje de violencia familiar</li> <li>9. Cuestionario de síntomas de depresión - SQR</li> <li>10. Formato de referencia y contrarreferencia</li> <li>11. Materiales educativos</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recipiente para material no contaminado</li> <li>2. Recipiente para material contaminado con solución desinfectante</li> <li>3. Recipiente para punzocortantes</li> <li>4. Recipiente para soluciones</li> <li>5. Sábanas para la camilla y para cubrir a la gestante</li> <li>6. Campos estériles</li> <li>7. Guantes estériles</li> </ol> |

**APS-01-01: CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN PARA ADOLESCENTES, JÓVENES Y ADULTOS (SQR):** Referir si tiene nueve o más respuestas positivas.

APS-01-01: FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR.



MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN REGIONAL  
DE SALUD - APURÍMAC

**Ficha de Tamizaje - Violencia Familiar  
y Maltrato Infantil**



INSTITUTO NACIONAL DE  
SALUD MENTAL

FECHA: .....

DISA: .....

SERVICIO: ☐ Emergencia ☐ Pediatría ESTABLECIMIENTO: ☐ Gineco-obstetricia ☐ CRED ☐ Otros

NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO

EDAD: ..... SEXO: ☐ Masculino ☐ Femenino

DIRECCIÓN .....

**Les al Paciente:**

Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de Salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas:

| Pregunte:                                                                                                         |                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Si es adulto (a):</b>                                                                                          |                                                         |
| ¿Alguna vez un miembro de su familia le insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| <b>Si es padre o madre de familia:</b>                                                                            |                                                         |
| ¿Su hijo es muy desobediente?                                                                                     | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez pierde el control y le golpea?                                                                        | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

**Marque con aspa (x), todos los indicadores de maltrato que observe...**

| Físico                                                                                                                                               | Psicológico                                                                  | Sexuales                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables.                                                                                       | <input type="checkbox"/> Retraimiento.                                       | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio.                                   |
| <input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras.                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Llanto frecuente.                                   | <input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, tranquilizantes o analgésicos. |
| <input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables.                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresaltos.          | <input type="checkbox"/> Secuelas                                               |
| <input type="checkbox"/> Lesiones de cabeza, cuello, pecho, brazos, piernas, recto, etc.                                                             | <input type="checkbox"/> Demandas excesivas de gratificación.                | <input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiados (niños).   |
| <input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.                                                                                  | <input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños. | <input type="checkbox"/> Intentos de suicidio y homicidio.                      |
| <input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño), problemas con apetito. | <input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar.            | <input type="checkbox"/> Embarazo precoz.                                       |
| <input type="checkbox"/> Enuresis, (niños)                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Robo, mentira, fugas, desobediencia, agresividad.   | <input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de abortos.                          |
| <input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.                                                                                     | <input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.     | <input type="checkbox"/> Enferm. de trans. sexual.                              |
| <input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.                                                                                             | <input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico o deterioro de personas. | <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.           |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.                        |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Negligencia                                            |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.           |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.                        |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Negligencia                                            |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.           |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.                        |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Negligencia                                            |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.           |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.                        |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Negligencia                                            |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.           |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.                        |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Negligencia                                            |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.           |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.                        |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Negligencia                                            |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.           |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.                        |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Negligencia                                            |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.           |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.                        |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Negligencia                                            |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.           |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.                        |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Negligencia                                            |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.           |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.                        |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Negligencia                                            |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.           |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.                        |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Negligencia                                            |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.           |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.                        |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Negligencia                                            |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.           |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.                        |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Negligencia                                            |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.           |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.                        |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Negligencia                                            |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.           |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.                        |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Negligencia                                            |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.           |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.                        |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Negligencia                                            |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.           |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.                        |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Negligencia                                            |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.           |
|                                                                                                                                                      |                                                                              | <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.                        |

**VER AYUDA:**

| <b>APS-01-03: Dispone de los equipos, ropa, cubiertas, insumos e instrumental necesarios.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cinta obstétrica o cinta métrica</li> <li>2. Estetoscopio obstétrico de Pinard y/o Doppler</li> <li>3. Estetoscopio clínico</li> <li>4. Tensiómetro</li> <li>5. Martillo de reflejos</li> <li>6. Termómetro clínico oral/axilar</li> <li>7. Balanza funcional y calibrada</li> <li>8. Tallímetro</li> <li>9. Negatoscopio (en EESS FONB)</li> <li>10. Espécúlos vaginales</li> <li>11. Mesa o camilla ginecológica, con piñeras, tobilleras o taconeras</li> <li>12. Biombo para asegurar privacidad</li> <li>13. Equipo de examen ginecológico completo</li> <li>14. Pruebas rápidas</li> <li>15. Ácido sulfosalicílico o cintas reactivas</li> <li>16. Cintas reactivas para descartar infección urinaria (nitritos)</li> <li>17. Algodón en torunda y gasa estéril</li> <li>18. Baja lenguas</li> <li>19. Esparadrapo</li> <li>20. Set para atención de parto inminente</li> <li>21. Lámpara de cuello de ganso</li> <li>22. Linterna para examen operativa</li> </ol>                                                                                                                          | <p>Insumos para la realización de Papanicolau y para la realización de la Inspección Visual con Ácido Acético del Cérvix</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espátulas de Ayre</li> <li>• Láminas porta objeto</li> <li>• Recipientes para conservar las láminas con las muestras</li> <li>• Lápiz cristalográfico</li> <li>• Solución salina fisiológica</li> <li>• Solución para fijación de la muestra</li> <li>• Solución de ácido acético al 3-5%</li> <li>• Aplicador montado con algodón</li> <li>• Tarjetas de registro del estudio citológico</li> </ul> |
| <b>APS-01-04: Realiza correctamente la limpieza de los ambientes o supervisa su realización.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p><b>Paredes, ventanas, cielos y puertas, incluyendo las manillas de la puerta:</b> Limpie las áreas sucias con un trapo húmedo, detergente y agua. Desempolvor estas áreas con un trapo húmedo es lo adecuado (la desinfección es innecesaria)</p> <p><b>Sillas, lámparas, mesones, superficies, camas, barandillas, barras, lámparas, marcos de puertas y bodegas:</b> Limpie diariamente y cuando están sucios con un trapo húmedo con solución de limpieza desinfectante</p> <p><b>Equipo no crítico</b> Estetoscopios y tensiómetros: Limpie diariamente y cuando se vean sucios con un trapo húmedo con una solución de detergente y agua. Si el equipo está sucio con fluidos corporales, o si el/la paciente está bajo precauciones de contacto, debe ser limpiado y desinfectado</p> <p><b>Pisos:</b> Limpie los pisos diariamente con un trapero húmedo, detergente y agua. Usar un desinfectante cuando están contaminados con de fluidos corporales</p> <p><b>Lavamanos, inodoros y letrinas:</b> Frotar diariamente o más a menudo si fuera necesario con una <b>solución de limpieza desinfectante</b>. Enjuague con agua</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| BUENA PRÁCTICA APS-02: El proveedor/a descarta signos de alarma.     |                                                                                                                  |                                             |              |       |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir morbilidad extrema y mortalidad materna. |                                                                                                                  |                                             |              |       |
| Nº                                                                   | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                        | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                      |                                                                                                                  |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                   | Pregunta si tiene o ha presentado signos y síntomas de alarma. VER AYUDA APS-02-01                               | HAC                                         |              |       |
| 02                                                                   | Si respuesta es positiva actúa de acuerdo con los procedimientos según nivel de capacidad resolutive de FON      | HAC                                         |              |       |
| 03                                                                   | De ser necesario cumple protocolo de Diagnóstico, Estabilización y Referencia (DER), según las guías de atención | HAC                                         |              |       |
| 04                                                                   | Realiza correctamente la referencia. VER AYUDA APS-02-04                                                         | GLS                                         |              |       |
| 05                                                                   | Comunica la referencia al EESS al que refiere                                                                    | GLS                                         |              |       |
|                                                                      |                                                                                                                  | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                         |                                                                                                                  |                                             |              |       |

VER AYUDA:

| APS-02-01: Pregunta si tiene o ha presentado signos y síntomas de alarma.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | APS-02-04: Realiza correctamente la referencia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>1. Sangrado vía vaginal</div> <div>2. Dificultad respiratoria y/o tos persistente.</div> <div>3. Desmayo o mareos</div> <div>4. Fiebre y/o escalofríos</div> <div>5. Náuseas y/o vómitos persistentes</div> <div>6. Síntomas urinario bajos y/o altos</div> <div>7. Pérdida de líquido amniótico</div> <div>8. Cefalea intensa o permanente</div> <div>9. Visión borrosa, escotomas y/o zumbido de oídos</div> <div>10. Edema generalizado (anasarca)</div> <div>11. Convulsiones y/o pérdida de conocimiento</div> <div>12. Dolor abdominal severo</div> <div>13. Disminución o ausencia de movimientos fetales</div> <div>14. Evidencia de ser víctima de violencia familiar</div> <div>15. Insomnio</div> <div>16. Llanto inmotivado</div> | <div>1. Explicar a la mujer y familia las razones para la referencia</div> <div>2. Organiza el transporte para la referencia</div> <div>3. Informa al establecimiento de referencia la condición la paciente referida y el tiempo aproximado de llegada</div> <div>4. Envía al establecimiento, junto con la paciente, toda la documentación clínica disponible y que pudiera ser de ayuda</div> <div>5. Si la mujer estuviera en trabajo de parto, asegura la disponibilidad de un equipo de atención de parto limpio durante el transporte</div> <div>6. Asegura la disponibilidad de medicamentos, drogas y oxígeno durante el transporte, según se requiera</div> <div>7. En la medida de lo posible enviar junto con la paciente a personal capacitado para dar continuidad a la atención durante el transporte</div> <div>8. Asegurar que los signos vitales de la paciente sean medidos y registrados antes y durante el transporte</div> <div>9. Asegurar que la paciente se mantenga caliente (aunque no sobrecalentada) durante el transporte. En caso de recién nacido, asegurar que la madre lo mantenga caliente mediante contacto piel a piel; evitar la exposición del recién nacido al sol</div> <div>10. Asegurar que el recién nacido sea amamantado durante el transporte</div> <div>11. Solicitar al establecimiento de referencia información sobre el manejo y situación del paciente referido</div> |

|                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Llena correctamente la hoja de referencia consignando:</p> | <p><b>Datos generales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de la referencia</li> <li>• Fecha y hora real del día</li> <li>• Señalar tipo de seguro de la persona</li> <li>• Establecimiento de origen</li> <li>• Establecimiento destino de la referencia</li> </ul> <p><b>Identificación del afiliado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Código de afiliación</li> <li>• Nombre y apellidos</li> <li>• N° de historia clínica</li> <li>• Edad y sexo</li> </ul> <p><b>Resumen de la Historia Clínica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamnesis, detallar el curso de la enfermedad y condiciones del paciente</li> <li>• Examen físico general y obstétrico, principales hallazgos</li> <li>• Tratamiento antes del traslado</li> <li>• Tratamiento indicado durante el traslado</li> <li>• Con quien se coordinó en el lugar de destino</li> <li>• Personal que acompaña</li> </ul> <p><b>Resumen de la Historia Clínica en gestantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir tiempo de gestación</li> <li>• Evolución de la atención prenatal</li> </ul> |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| BUENA PRÁCTICA APS-03: El personal asegura un clima apropiado de relación interpersonal, brindando un trato cordial y humanizado adecuado a la cultura de la usuaria. |                                                                                                                   |                                             |              |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Garantizar los derechos de la usuaria.                                                                                                            |                                                                                                                   |                                             |              |       |
| Nº                                                                                                                                                                    | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                         | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                   |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                                    | Realiza protocolo de saludo. VER AYUDA APS-03-01                                                                  | RPU                                         |              |       |
| 02                                                                                                                                                                    | Respeto derechos de las usuarias, asegurando privacidad y reafirmando confidencialidad. VER AYUDA APS-03-02       | RPU                                         |              |       |
| 03                                                                                                                                                                    | Identifica ideas y creencias, referidas a la atención del embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido | RPU                                         |              |       |
| 04                                                                                                                                                                    | Explica la importancia y objetivos de la atención prenatal                                                        | IU                                          |              |       |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                   | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                                          |                                                                                                                   |                                             |              |       |

VER AYUDA:

| APS-03-01: Realiza el protocolo de saludo.                                                                                                                                                                                                                 | APS-03-02: Respeto derechos de las usuarias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>Saluda a la usuaria cordialmente en forma adecuada a las costumbres locales</li><li>Se presenta y le dice su nombre, cargo y función</li><li>Pregunta su nombre y apellidos</li><li>La llama por su nombre</li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>Mantiene cerrada la puerta del consultorio</li><li>Habla en voz baja para evitar que otras personas escuchen la conversación</li><li>No permite la presencia de otras personas en el consultorio sin consentimiento de la usuaria</li><li>Le habla de manera comprensible con palabras sencillas</li><li>Con cortesía y respeto identifica si pertenece a una comunidad étnica y la identificación cultural que tiene con la misma</li><li>Establece comunicación adecuada en la lengua nativa de los usuarios o dispone de la ayuda de un intérprete</li></ol> |

| BUENA PRÁCTICA APS-04: El proveedor/a realiza correctamente la evaluación de la gestante en los controles prenatales de seguimiento. |                                                                                                                                          |                                             |              |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Identificar factores de riesgo para la gestante y embrión o feto.                                                |                                                                                                                                          |                                             |              |    |    |
| Nº                                                                                                                                   | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                | CD                                          | Verificación |    |    |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                                          |                                             | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                                                   | Indaga sobre la presencia de signos y síntomas presentados desde la última atención prenatal realizada y registra en la Historia Clínica | HAC                                         |              |    |    |
| 02                                                                                                                                   | Calcula el tiempo de gestación actual                                                                                                    | HAC                                         |              |    |    |
| 03                                                                                                                                   | Ve los resultados de los exámenes de laboratorio e informa de los mismos a la gestante según corresponda                                 | HAC                                         |              |    |    |
| 04                                                                                                                                   | Indaga sobre la presencia y frecuencia de los movimientos fetales                                                                        | HAC                                         |              |    |    |
| 05                                                                                                                                   | Pregunta sobre las características de la micción y defecación                                                                            | HAC                                         |              |    |    |
| 06                                                                                                                                   | Pregunta sobre síntomas relacionados con infección genital                                                                               | HAC                                         |              |    |    |
| 07                                                                                                                                   | Indaga sobre las características de las relaciones sexuales                                                                              | HAC                                         |              |    |    |
| 08                                                                                                                                   | Valora la posibilidad de anemia según resultado de análisis y altitud del lugar. VER AYUDA APS-04-08                                     | HAC                                         |              |    |    |
| 09                                                                                                                                   | Pregunta sobre posibles efectos secundarios de la ingestión de las sales de hierro, según corresponda                                    | HAC                                         |              |    |    |
| 10                                                                                                                                   | Evalúa las características de la alimentación                                                                                            | HAC                                         |              |    |    |
| 11                                                                                                                                   | Comprueba si asiste a Psicoprofilaxis y estimulación prenatal según corresponda                                                          | HAC                                         |              |    |    |
| 12                                                                                                                                   | Comprueba si asiste al odontólogo y fecha de la última atención                                                                          | HAC                                         |              |    |    |
| 13                                                                                                                                   | Busca condiciones y signos de violencia familiar o sexual                                                                                | HAC                                         |              |    |    |
| 14                                                                                                                                   | Revisa el cumplimiento en la elaboración del Plan de Parto                                                                               | HAC                                         |              |    |    |
| 15                                                                                                                                   | Registra los resultados en la Historia Clínica Perinatal y el carné                                                                      | GLS                                         |              |    |    |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                                          | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                         |                                                                                                                                          |                                             |              |    |    |

VER AYUDA:

| APS-04-08: Valora la posibilidad de anemia según altitud del lugar. |                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Altitud en metros                                                   | Valor normal de hemoglobina por decilitro | Valor normal de hematocrito (%) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| < 1000                                                              | 11.0                                      | 33.0                            | <p><b>Confirmado el diagnóstico de anemia</b><br/>Se indica 120 mg. (2 tabletas), diarios durante 4 semanas, si se ha normalizado mantener esta dosis durante los siguientes tres (03), meses y posteriormente pasar a la dosis profiláctica</p> <p><b>Con cifras de hemoglobina que sean un 25% menos que el valor normal</b><br/>Indicar 200 mg. diarios durante 4 semanas, si hay incremento aunque sin llegar a ser normal mantener la dosis por 4 semanas más, si se ha normalizado mantener una dosis de 120 mg por día hasta el parto</p> |
| 1000-1499                                                           | 11.2                                      | 33.5                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 1500-1999                                                           | 11.5                                      | 34.5                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2000-2499                                                           | 11.8                                      | 35.5                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2500-2999                                                           | 12.3                                      | 37.0                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 3000-3499                                                           | 12.9                                      | 39.0                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 3500-3999                                                           | 13.7                                      | 41.5                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 4000-4499                                                           | 14.5                                      | 44.0                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 4500 a +                                                            | 15.5                                      | 47                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| BUENA PRÁCTICA APS-05: El proveedor/a realiza correctamente acciones de prevención de la transmisión vertical del VIH/SIDA, u otras ITS. |                                                                                                                                                                       |                                                    |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir la incidencia de ITS y la transmisión vertical del VIH/SIDA. Evitar la sífilis congénita.                    |                                                                                                                                                                       |                                                    |              |       |
| Nº                                                                                                                                       | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                             | CD                                                 | Verificación |       |
|                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                                    | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                       | Indaga y evalúa factores de riesgo de ITS y VIH/SIDA                                                                                                                  | HAC                                                |              |       |
| 02                                                                                                                                       | Pregunta y verifica en la HC si se ha hecho análisis para descartar infección por VIH y/o sífilis                                                                     | HAC                                                |              |       |
| 03                                                                                                                                       | En usuaria que no se ha realizado test de VIH, realiza consejería sobre las ventajas de realizarlo e indica la prueba                                                 | IU                                                 |              |       |
| 04                                                                                                                                       | En gestante con resultado de prueba de VIH reactiva, realiza consejería y refiere según norma que la culminación del parto es por cesárea. <b>VER AYUDA APS-05-04</b> | HAC                                                |              |       |
| 05                                                                                                                                       | Refiere a establecimiento FONE la gestante con VIH positivo                                                                                                           | GLS                                                |              |       |
| 06                                                                                                                                       | Indaga sobre síntomas y/o signos de otras ITS, según diagnóstico sintromico                                                                                           | HAC                                                |              |       |
| 07                                                                                                                                       | En caso de diagnóstico positivo indica tratamiento de acuerdo al síndrome identificado. <b>VER AYUDA APS-05-07</b>                                                    | HAC                                                |              |       |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                                      |                                                                                                                                                                       | <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b> |              |       |

VER AYUDA:

| APS-05-04: En gestante con resultado de prueba de VIH reactiva, realiza consejería y refiere según normatividad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | APS-05-07: En usuaria que no se ha realizado test de VIH, realiza consejería sobre las ventajas de realizarlo e indica la prueba.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Ventajas de realizar el test VIH para la prevención de la transmisión vertical</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar las posibles consecuencias para su salud</li> <li>2. Explicar las formas de transmisión del VIH de madre-niño</li> <li>3. Informar sobre las estrategias para disminuir la posibilidad de infección al niño, por ejemplo la administración de profilaxis antirretroviral durante el embarazo</li> <li>4. La profilaxis antirretroviral es administrada de forma gratuita por el Ministerio de Salud</li> <li>5. Otras medidas preventivas: cesárea electiva, tratamiento profiláctico al bebé, suspensión de la lactancia materna</li> <li>6. Informar sobre el proceso de transmisión de anticuerpos maternos al recién nacido y la necesidad de esperar que el niño tenga 18 meses de nacido para confirmar su seroestado VIH</li> <li>7. Informar sobre servicios de salud y/o grupos de apoyo existentes</li> <li>8. Recomendar la participación de la pareja en este proceso de toma de decisiones y de espera</li> <li>9. Promover conductas de auto cuidado y de búsqueda de servicios de salud, importancia de la atención prenatal</li> <li>10. Importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de otras ITS</li> <li>11. Orientaciones para la culminación del parto</li> </ol> | <p><b>Ventajas de realizar el test VIH para la prevención de la transmisión vertical</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La detección temprana de la infección puede evitar la transmisión de la misma al bebé</li> <li>2. Importancia de la atención prenatal</li> <li>3. La transmisión de la enfermedad al niño se puede producir durante el embarazo, el parto y posiblemente durante la lactancia</li> <li>4. El inicio precoz del tratamiento durante el embarazo prácticamente elimina la posibilidad de infectar al bebé</li> <li>5. El MINSA, provee tratamiento gratis para la mamá y para el bebé</li> <li>6. Se ofrece la realización de una cesárea, lo que disminuye el riesgo de infección del niño</li> <li>7. Como se recomienda no lactar, el MINSA provee leches artificiales gratuitamente</li> </ol> |

| BUENA PRÁCTICA APS-06: El proveedor/a realiza correctamente acciones de control de las enfermedades prevalentes: tuberculosis y malaria en la atención de la gestante. |                                                                                                                                 |     |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Prevención de mortalidad materna indirecta por TBC y Malaria.                                                                                      |                                                                                                                                 |     |              |       |
| Nº                                                                                                                                                                     | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                       | CD  | Verificación |       |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                 |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                                     | Indaga sobre condiciones de alto riesgo en relación a Tuberculosis. VER AYUDA APS-06-01                                         | HAC |              |       |
| 02                                                                                                                                                                     | Indaga por tos con expectoración de 15 días o más de duración                                                                   | HAC |              |       |
| 03                                                                                                                                                                     | Si respuesta es positiva, indica dos baciloscopías de esputo o refiere para su realización                                      | HAC |              |       |
| 04                                                                                                                                                                     | Pregunta si es contacto domiciliario, en el trabajo o estudio de un paciente tuberculoso                                        | HAC |              |       |
| 05                                                                                                                                                                     | Si la gestante es portadora de la enfermedad indaga sobre tratamiento actual                                                    | HAC |              |       |
| 06                                                                                                                                                                     | Coordina con la estrategia de TB el seguimiento del cumplimiento del tratamiento                                                | HAC |              |       |
| 07                                                                                                                                                                     | Indaga presencia de síntomas o condiciones de riesgo de malaria, si presenta, indica examen de gota gruesa. VER AYUDA APS-06-07 | HAC |              |       |
| 08                                                                                                                                                                     | En zona endémica indica examen de gota gruesa en cada atención prenatal                                                         | HAC |              |       |
| 09                                                                                                                                                                     | Brinda orientación sobre medidas de prevención de malaria. VER AYUDA APS-06-09                                                  | IU  |              |       |
| 10                                                                                                                                                                     | Si el resultado de gota gruesa es positivo, indica tratamiento. VER AYUDA APS-06-10                                             | HAC |              |       |
| 11                                                                                                                                                                     | Si el resultado de gota gruesa es positivo, reporta el caso al Sistema de Vigilancia Epidemiológica                             | GLS |              |       |
| 12                                                                                                                                                                     | En zona endémica y tiene 26 semanas de gestación o más indica vacunación contra la fiebre amarilla                              | HAC |              |       |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                                                                                            |                                                                                                                                 |     |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                                           |                                                                                                                                 |     |              |       |

## VER AYUDA:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>APS-06-01: Indaga sobre condiciones de alto riesgo en relación a Tuberculosis.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contacto domiciliario o extra domiciliario de enfermo</li> <li>2. Reside en un área de elevado riesgo de transmisión</li> <li>3. Es personal de salud o estudiante de ciencias de la salud</li> <li>4. Portador de VIH o enfermo de SIDA</li> <li>5. Conducta de riesgo: alcoholismo, consumo de drogas</li> <li>6. Población indígena o residente en zonas de frontera</li> </ol>                                                                                                       | <p><b>APS-06-07: En presencia de síntomas o condiciones de riesgo de malaria, indica examen de gota gruesa.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fiebre y/o escalofríos</li> <li>2. Cefalea</li> <li>3. Malestar general</li> <li>4. Procedencia o residencia en áreas endémicas</li> <li>5. Conviviente de enfermo</li> </ol>                                                                                                                  |
| <p><b>APS-06-09: Si el resultado de gota gruesa es positivo, indica tratamiento según lo normatividad.</b></p> <p>Las gestantes no deben recibir PRIM AQUINA, por el riesgo de producir hemólisis y metanemoglobinemia en el feto, sólo se les administrará CLOROQUINA en forma descrita para un adulto, a razón de 10 mg/Kg de peso/día (10 tabletas en total)</p> <p>Luego se administrará semanalmente una dosis de Cloroquina de 2 tabletas ó 5 mg base/Kg de peso hasta la semana del parto. Después del parto se les administrará 2 tabletas de Primaquina de 15 mg diarios, durante 07 días. (R.M N° 076-2007/MINSA)</p> | <p><b>APS-06-10: Brinda orientación sobre medidas de prevención de malaria.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uso de mosquiteros</li> <li>2. Uso de mosquiteros impregnados de insecticida</li> <li>3. Usar ropa que cubra la mayor parte del cuerpo en horarios de mayor actividad de picaduras del mosquito</li> <li>4. Uso de telas o mallas metálicas en puertas y ventanas</li> <li>5. Uso continuado de repelentes químicos</li> </ol> |

| BUENA PRÁCTICA APS-07: El proveedor/a realiza correctamente acciones de control de otras enfermedades metaxénicas, según la región, en la atención de la gestante. |                                                                                                                    |     |              |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Identificar factores de riesgo para la gestante y embrión o feto por enfermedades metaxénicas.                                                 |                                                                                                                    |     |              |       |
| Nº                                                                                                                                                                 | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                          | CD  | Verificación |       |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                    |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                                 | Si procede de área endémica indaga por síntoma de Dengue. VER AYUDA APS-07-01                                      | HAC |              |       |
| 02                                                                                                                                                                 | Si procede de área endémica indaga por síntomas de Bartonellosis. VER AYUDA APS-07-02                              | HAC |              |       |
| 03                                                                                                                                                                 | Si el resultado de gota gruesa es positivo, indica tratamiento según lo normado. VER AYUDA APS-07-03               | HAC |              |       |
| 04                                                                                                                                                                 | Si procede de área endémica indaga por síntomas de Leishmaniosis. VER AYUDA APS-07-04                              | HAC |              |       |
| 05                                                                                                                                                                 | En cualquier caso sospechoso de enfermedad refiere la gestante a la Estrategia de Enfermedades Metaxénicas y Otras | GLS |              |       |
| 06                                                                                                                                                                 | Realiza el reporte al sistema de vigilancia epidemiológica                                                         | GLS |              |       |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                                                                                        |                                                                                                                    |     |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                                       |                                                                                                                    |     |              |       |

VER AYUDA:

| APS-07-01: Si procede de área endémica indaga por síntoma de dengue.                                                                                                        | APS-07-02: Si procede de área endémica indaga por síntomas de Bartonellosis.                                                                                                                                                                                                                                           | APS-07-03: Si el resultado de gota gruesa es positivo, indica tratamiento según lo normado.                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>1. Fiebre y cefalea</div> <div>2. Mialgia</div> <div>3. Dolor retroocular</div> <div>4. Erupción cutánea</div> <div>5. Si petequias, hacer prueba del torniquete</div> | <div>1. Sensación de alza térmica o presencia de 1 ó más episodios febriles en los últimos 14 días sin evidencia de foco infeccioso</div> <div>2. Antecede o acompaña: malestar general, decaimiento y artralgia</div> <div>3. Presencia de lesiones cutáneas pápulo verrugosas, rojizas y fácilmente sangrantes</div> | <div>Amoxicilina + Acido clavulánico 1 g c/ 12 horas por 14 días</div> <div>O</div> <div>Cotrimoxazol 160 mg c/ 12 horas por 14 días</div> <div>Excepto en el primer y tercer trimestre</div> |

VER AYUDA:

**APS-07-04: Si procede de área endémica indaga por síntoma de Leishmaniosis**

**Leishmaniosis cutánea**

Presencia de una o más lesiones en la piel que inician con una pápula eritematosa, aumentando de tamaño hasta formar nódulos, con progresión a lesiones ulcerativas o úlcero-costrosas, poco profundas de aspecto redondeado, no dolorosa, de bordes bien definidos y ligeramente elevados, con secreción serosa o seropurulenta

**Leishmaniosis cutáneo mucosa**

Presencia de una o más lesiones granulomatosas elevadas o ulceradas de la mucosa nasal, boca, paladar blando, faringe, con antecedente de lesiones cutáneas activas o cicatrizadas, habiéndose excluido lesión por bacterias comunes

**Leishmaniosis visceral**

Presencia de fiebre intermitente u ondulante, pérdida de peso y apetito, palidez progresiva, debilidad, esplenomegalia, hepatomegalia, sin ictericia

**Úlcera cutánea en Leishmaniosis**



| BUENA PRÁCTICA APS-08: El proveedor/a realiza correctamente el examen clínico, obstétrico y ginecológico de la gestante. |                                                                                                                                                      |                                                    |              |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Identificar factores de riesgo para la gestante y embrión o feto.                                    |                                                                                                                                                      |                                                    |              |       |
| N°                                                                                                                       | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                            | CD                                                 | Verificación |       |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                      |                                                    | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                       | Realiza higiene de manos antes y después del procedimiento. <b>VER AYUDA APS-08-01</b>                                                               | PI                                                 |              |       |
| 02                                                                                                                       | Toma y registra correctamente, tensión arterial, descartando pre eclampsia. <b>VER AYUDA APS-08-02</b>                                               | HAC                                                |              |       |
| 03                                                                                                                       | Realiza la prueba de ácido sulfosalicílico                                                                                                           | HAC                                                |              |       |
| 04                                                                                                                       | Examina y evalúa reflejos osteotendinosos                                                                                                            | HAC                                                |              |       |
| 05                                                                                                                       | Si el diagnóstico de pre eclampsia es positivo refiere a establecimiento con FONE                                                                    | HAC                                                |              |       |
| 06                                                                                                                       | Entre las 28 – 32 semanas en gestantes de riesgo realiza la Prueba de Rodamiento (Gant). <b>VER AYUDA APS-08-06</b>                                  | HAC                                                |              |       |
| 07                                                                                                                       | Examina coloración de piel y mucosas u otros sistemas de acuerdo a sintomatología referida                                                           | HAC                                                |              |       |
| 08                                                                                                                       | Pesa a la gestante, aprecia si la ganancia de peso desde la última atención prenatal es adecuada y registra en gráfico en HC y carné                 | HAC                                                |              |       |
| 09                                                                                                                       | Realiza el examen de mamas, busca presencia de calostro de acuerdo a la edad gestacional                                                             | HAC                                                |              |       |
| 10                                                                                                                       | Mide la altura uterina y comprueba si es acorde al tiempo de gestación y registra en gráfico en HC y carné                                           | HAC                                                |              |       |
| 11                                                                                                                       | Realiza las maniobras de Leopold si más de 27 semanas de gestación e identifica situación, posición y presentación fetal                             | HAC                                                |              |       |
| 12                                                                                                                       | Ausulta el foco fetal con técnica acorde a la edad gestacional y determina si es adecuada                                                            | HAC                                                |              |       |
| 13                                                                                                                       | Si 35 semanas, o más, realiza valoración clínica de la relación feto pélvica, palvimetría interna, PAP según corresponda. <b>VER AYUDA APS-08-14</b> | HAC                                                |              |       |
| 14                                                                                                                       | Evalúa la presencia de edemas y/o várices                                                                                                            | HAC                                                |              |       |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                      |                                                                                                                                                      | <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b> |              |       |

## VER AYUDA:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>APS-08-01: Realiza higiene de manos antes y después del procedimiento.</b></p> <p><u>Lava las manos con agua corriente y jabón</u></p> <p><b>PASO 1:</b> Mojar las manos completamente</p> <p><b>PASO 2:</b> Aplicar un jabón sencillo (no es necesario un agente antiséptico)</p> <p><b>PASO 3:</b> Frotar todas las áreas de la mano y los dedos al mismo tiempo por 10 a 15 segundos, prestando atención a las áreas bajo las uñas y entremedio de los dedos</p> <p><b>PASO 4:</b> Enjuagar completamente con agua limpia corriente</p> <p><b>PASO 5:</b> Secar las manos con una toalla de papel y usar el papel para cerrar la llave</p> <p><b>O</b></p> <p><u>Realiza el lavado de manos con alcohol glicerinado</u></p> <p><b>PASO 1:</b> Aplicar alcohol glicerinado para cubrir la superficie de las manos y los dedos.</p> <p><b>PASO 2:</b> Frotar la solución sobre las manos, especialmente entremedio de los dedos y debajo de las uñas, hasta que se seque</p> | <p><b>APS-08-02: Toma y registra con técnica correcta tensión arterial, descartando pre eclampsia.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La gestante debe estar en reposo 5 minutos, sentada o acostada</li> <li>2. Verificar que el brazalete no tenga aire</li> <li>3. Colocar el brazalete en la mitad del brazo derecho, el borde inferior de 3-4 cm. Por encima del pliegue del codo</li> <li>4. Buscar el latido de la arteria y aplicar allí el estetoscopio</li> <li>5. No colocar el estetoscopio debajo del brazalete</li> <li>6. Insuflar aire hasta que marque 200 mmHg.</li> <li>7. Abrir lentamente la válvula</li> <li>8. Escuchar los latidos y observando el reloj se anota el primer latido, que es la presión</li> <li>9. Seguir escuchando y cuando el latido se atenúa o desaparece, representa la presión diastólica</li> <li>10. Abrir completamente la válvula y retirar el tensiómetro</li> </ol> |
| <p><b>APS-08-06: Realiza Prueba de Gant (Prueba de rodamiento).</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toma la TA en decúbito lateral izquierdo en el brazo derecho</li> <li>2. Coloca a la gestante en decúbito supino</li> <li>3. Espera cinco (5) minutos</li> <li>4. Toma nuevamente la TA en el brazo derecho</li> </ol> <p><b>Interpretación</b></p> <p><b>Es positiva cuando:</b></p> <p>La TA diastólica aumenta en 20 mmHg o más</p> <p>La TA media es mayor de 85 mmHg</p> <p><b>Fórmula para el cálculo del TA media</b></p> <p><b>PRESIÓN SISTÓLICA + 2 PRESIÓN DIASTÓLICA</b></p> <p><b>3</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p><b>APS-08-14: Si 35 semanas, o más, realiza valoración clínica de la relación feto pélvica, Pelvimetría interna.</b></p> <p>Pelvimetría interna y valoración feto pélvica</p> <p>Precisión de la presentación fetal</p> <p>Determinación del encajamiento de la presentación fetal</p> <p>Cabeza fetal por encima de la sínfisis del pubis</p> <p>Altura uterina mayor de 35 cm</p> <p>Ponderación fetal mayor de 4 Kg por examen clínico o ecográfico</p> <p><b>Criterio diagnósticos de pelvis estrecha en pelvimetría interna</b></p> <p>Conjugado diagonal menor de 12 cm</p> <p>Curvatura sacra con exostosis</p> <p>Diámetro biciático &lt; 9.5 cm</p> <p>Falta de descenso de la presentación en nulíparas en las DOS últimas semanas</p> <p>Diámetro biisquiático menor de 8.5 cm</p> <p>Ligamento sacrociático menor de 2.5 cm</p> <p>Angulo sub púbico &lt; 90°</p>                                                       |

| BUENA PRÁCTICA APS-09: El proveedor/a realiza correctamente las indicaciones y brinda orientación basado en los hallazgos y el tiempo de gestación. |                                                                                                                                                                                                                                            |     |                                             |    |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Garantizar la calidad de la atención prenatal reenfocada.                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                            |     |                                             |    |    |
| N°                                                                                                                                                  | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                  | CD  | Verificación                                |    |    |
|                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                            |     | SI                                          | NO | NA |
| 01                                                                                                                                                  | Indica la administración de ácido fólico 400 mcg hasta las 15 semanas de gestación (primeros meses de embarazo)                                                                                                                            | HAC |                                             |    |    |
| 02                                                                                                                                                  | Indica la administración del Toxóide Tetánico, si corresponde                                                                                                                                                                              | HAC |                                             |    |    |
| 03                                                                                                                                                  | Indica suplemento de hierro/ácido fólico a partir de las 16 semanas de gestación: un comprimido de 60 mg de hierro elemental y 400 microgramos de Ácido Fólico. Si la hemoglobina es menor de 7 g/dl: duplicar la dosis a 120 mg de hierro | HAC |                                             |    |    |
| 04                                                                                                                                                  | Indica suplemento de Calcio: 500 mg de calcio esencial 2 veces al día a partir de la semana 20 de gestación                                                                                                                                | HAC |                                             |    |    |
| 05                                                                                                                                                  | Si la glicemia en ayunas es mayor de 100 mg/dl, indica prueba de tolerancia a la glucosa                                                                                                                                                   | HAC |                                             |    |    |
| 06                                                                                                                                                  | Si la gestante es Rh negativo, indica Prueba de Coombs indirecto y grupo y Rh del esposo, o refiere a FONE                                                                                                                                 | HAC |                                             |    |    |
| 07                                                                                                                                                  | Si la gestante es <b>Rh negativa y esposo Rh positivo</b> y la prueba de Coombs indirecta es negativa, y tiene entre 28-34 semanas, se refiere para FONE para tratamiento con inmunoglobulina anti D 250 mcg                               | HAC |                                             |    |    |
| 08                                                                                                                                                  | Indica los exámenes de laboratorio que correspondan según edad gestacional. <b>VER ESQUEMA GENERAL AL INICIO DEL INSTRUMENTO</b>                                                                                                           | HAC |                                             |    |    |
| 09                                                                                                                                                  | Con orina anormal, con o sin síntomas, indica Urocultivo y orienta el tratamiento o referencia de acuerdo al nivel del proveedor                                                                                                           | HAC |                                             |    |    |
| 10                                                                                                                                                  | Orienta control de movimientos fetales a partir de la semana 36. <b>VER AYUDA APS-09-10</b>                                                                                                                                                | HAC |                                             |    |    |
| 11                                                                                                                                                  | Si la gestante tiene 36 semanas o más de gestación, y de ser necesario, orienta acudir a la Casa de Espera Materna                                                                                                                         | HAC |                                             |    |    |
| 12                                                                                                                                                  | Si la gestante esta al final de la semana 40 refiere a establecimiento con FONE                                                                                                                                                            | GLS |                                             |    |    |
| 13                                                                                                                                                  | Brinda consejería nutricional adecuada a la cultura local, disponibilidad local de alimentos y posibilidad económica personal                                                                                                              | IU  |                                             |    |    |
| 14                                                                                                                                                  | Orienta atención odontológica y verifica asistencia                                                                                                                                                                                        | IU  |                                             |    |    |
| 15                                                                                                                                                  | Indica asistencia a Psicoprofilaxis y estimulación prenatal                                                                                                                                                                                | HAC |                                             |    |    |
| 16                                                                                                                                                  | Establece la fecha de la próxima consulta de acuerdo a los hallazgos y recomienda que deban completarse al menos seis atenciones antes del parto                                                                                           | GLS |                                             |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            |     | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |    |    |

## VER AYUDA:

| APS-09-10: Orienta control de los movimientos fetales a partir de la semana 36. |                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 1.                                                                              | Palpando el abdomen controla los movimientos fetales                |
| 2.                                                                              | Lo hará 4 veces al día, durante 30 minutos                          |
| 3.                                                                              | Al día debe tener más de 10 movimientos del feto                    |
| 4.                                                                              | Si tiene menos de 10 movimientos debe acudir inmediatamente al EESS |

| BUENA PRÁCTICA APS-10: El proveedor/a se asegura que la usuaria y su familia estén preparados para el parto y la atención de complicaciones posibles durante el mismo. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Incrementar el parto institucional. Incrementar las parejas protegidas y un período intergenésico adecuado.                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |              |       |
| Nº                                                                                                                                                                     | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                              | CD  | Verificación |       |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                                     | Verifica que la usuaria conozca la importancia de buscar atención urgente si presenta los signos de alarma del embarazo                                                                                                                                                                                | RPU |              |       |
| 02                                                                                                                                                                     | Verifica que al menos un integrante de la familia, reconoce los signos de alarma en el embarazo, parto y puerperio                                                                                                                                                                                     | RPU |              |       |
| 03                                                                                                                                                                     | Si el domicilio está alejado del establecimiento de salud, orienta sobre los beneficios de utilizar la Casa de Espera Materna, si estuviera disponible                                                                                                                                                 | IU  |              |       |
| 04                                                                                                                                                                     | Verifica la continuación de la elaboración del Plan de Parto. <b>VER AYUDA APS-10-04</b>                                                                                                                                                                                                               | HAC |              |       |
| 05                                                                                                                                                                     | Insiste que serán respetadas sus decisiones y costumbres durante la atención del parto en un EESS                                                                                                                                                                                                      | RPU |              |       |
| 06                                                                                                                                                                     | Verifica que está identificado el miembro del núcleo familiar o de la comunidad, que toma las decisiones relacionadas con la búsqueda de ayuda en caso de complicaciones, con la finalidad de informarla y motivarla para el cumplimiento del Plan de Parto y garantizar la búsqueda oportuna de ayuda | RPU |              |       |
| 07                                                                                                                                                                     | Proporciona orientación en planificación familiar post-parto utilizando la estrategia de consejería balanceada                                                                                                                                                                                         | HAC |              |       |
| 08                                                                                                                                                                     | Registra en la historia clínica, carné y plan de parto el método post-parto preferido por la usuaria, si hubiera tomado una decisión                                                                                                                                                                   | GLS |              |       |
| 09                                                                                                                                                                     | Explica según corresponda que el Seguro Integral de Salud cubre los gastos del parto a las usuarias afiliadas y sus bebés                                                                                                                                                                              | IU  |              |       |
| 10                                                                                                                                                                     | Entrega el carné obstétrico a la gestante y orienta de la importancia de éste, de portarlo en las visitas siguientes y en el momento del parto                                                                                                                                                         | IU  |              |       |
| 11                                                                                                                                                                     | Programa fecha de la próxima consulta de acuerdo al tiempo de gestación y lo establecido en la normatividad                                                                                                                                                                                            | GLS |              |       |
| <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b>                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |              |       |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |              |       |

VER AYUDA:

| APS-10-04: Verifica el cumplimiento en la elaboración del Plan de Parto.                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Primera Entrevista:</b><br><br>Se elabora la ficha de plan de parto en la primera atención prenatal, entregándole una copia a la gestante para que la socialice con su familia y decidan todas las opciones concernientes a la atención del parto: así mismo fijen la fecha para que el personal de salud acuda a su domicilio para la segunda y tercera entrevista | <b>Segunda Entrevista:</b><br><br>Se realiza en el domicilio de la gestante para sensibilizar a la familia acerca del plan de parto y la importancia del parto institucional | <b>Tercera Entrevista:</b><br><br>Se realiza en el domicilio de la gestante con la presencia del agente comunitario de salud, para asegurar el apoyo en caso de ser necesario el traslado por una emergencia y/o atención del parto institucional |

| BUENA PRÁCTICA APS-11: El personal de salud en el establecimiento aplica procesos de bioseguridad universal. |                                                                                                                                                                                                |    |              |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Garantizar la seguridad del usuario y del personal de salud.                             |                                                                                                                                                                                                |    |              |       |
| N°                                                                                                           | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                      | CD | Verificación |       |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                |    | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                           | Durante la atención procesa correctamente el instrumental utilizado. <b>VER AYUDA APS-11-01</b>                                                                                                | PI |              |       |
| 02                                                                                                           | Elimina correctamente los elementos punzo cortantes en depósito especial seguro. <b>VER AYUDA APS-11-02</b>                                                                                    | PI |              |       |
| 03                                                                                                           | Elimina correctamente los guantes y desechos sólidos en depósitos con bolsas diferenciadas para material contaminado y no contaminado. <b>VER AYUDA APS-11-03</b>                              | PI |              |       |
| 04                                                                                                           | Realiza la limpieza de los ambientes o supervisa que está se realice de acuerdo a procedimientos adecuados, antes de iniciar la atención y cuando fuera necesarios. <b>VER AYUDA APS-11-04</b> | PI |              |       |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                                  |                                                                                                                                                                                                |    |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                 |                                                                                                                                                                                                |    |              |       |

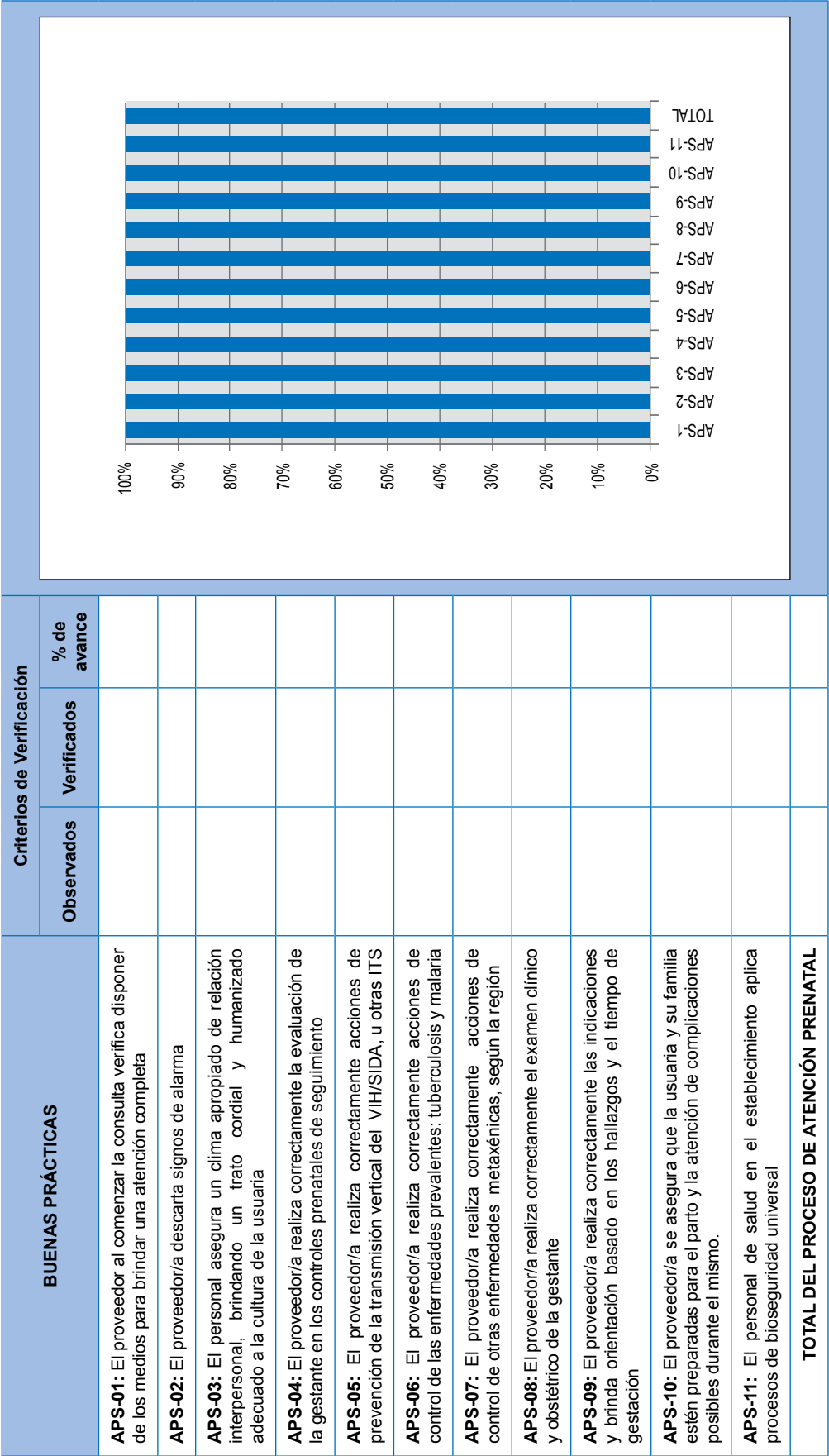
VER AYUDA:

| APS-11-01: Durante la atención procesa correctamente el instrumental utilizado incluido los guantes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | APS-11-02: Elimina correctamente los elementos punzo cortantes en depósito especial seguro.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Descontaminación</b><br/>Remojar en una solución de cloro al 0,5% por 10 minutos antes de limpiarlos. Enjuagarlos y lavarlos inmediatamente</p> <p><b>Limpieza</b><br/>Usando un cepillo, lavarlos con jabón y agua. Enjuagarlos con agua limpia. Si tienen que ser esterilizados, secarlos al aire o con toalla y envolverlos en paquetes o individualmente<br/>En el caso de los guantes descartables eliminar en las bolsas destinadas a los residuos biológicos peligrosos, después de ser descontaminados</p> | <p><b>PASO 1:</b> No retapar, ni desmontar la aguja ni la jeringa<br/><b>PASO 2:</b> Después del uso, para descontaminar la aguja y jeringa montada, sostiene la punta de la aguja bajo la superficie de una solución de cloro al 0,5%, llenar la jeringa con la solución y enjuagar tres veces<br/><b>PASO 3:</b> Colocar las agujas y jeringas montadas que se eliminan en un recipiente de corto punzantes con tapa y resistente a los pinchazos, de cartón duro, plástica o metal.<br/><b>PASO 4:</b> Cuando el recipiente está tres cuartos lleno, debe ser retirado del área para su eliminación</p> |

| APS-11-03: Elimina correctamente los desechos sólidos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | APS-11-04: Realiza correctamente la limpieza de los ambientes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>PASO 1:</b><br/>Lleva puesto guantes gruesos o utilitarios mientras manipula y transporta los desechos sólidos</p> <p><b>PASO 2:</b><br/>Eliminar los desechos sólidos colocándolos en un recipiente de plástico o metálico galvanizado con tapa que cierre bien</p> <p><b>PASO 3:</b><br/>Recoger los recipientes regularmente y trasladar los que son combustibles al incinerador o al área de incineración</p> <p><b>PASO 4:</b><br/>Se quita de los guantes gruesos o utilitarios (lavarlos diariamente o cuando estén visiblemente sucios y secarlos)</p> <p><b>PASO 5:</b><br/>Lava y seca las manos o utiliza una solución antiséptica</p> | <p><b>Paredes, ventanas, cielos y puertas, incluyendo las manillas de la puerta:</b> Limpie las áreas que están sucias con un trapo húmedo, detergente y agua. Desempolvillar estas áreas con un trapo húmedo <b>sillas, lámparas, mesones, superficies, camas, barandillas, barras, lámparas, marcos de puertas y bodegas:</b> Limpie diariamente y cuando están sucios con un trapo húmedo con solución de limpieza desinfectante. Se debe usar una solución desinfectante cuando estén contaminados con fluidos corporales</p> <p><b>Equipo no crítico</b> (ej., Estetoscopios y tensiómetros: Limpie diariamente y cuando se vean sucios con un trapo húmedo con una solución de detergente y agua. Si el equipo está sucio con fluidos corporales, o si ella paciente está bajo precauciones de contacto, debe ser limpiado y desinfectado antes de reutilizarlo</p> <p><b>Pisos:</b> Limpie los pisos diariamente (y cuando sea necesario) con un trapero húmedo, detergente y agua. Debe usar un desinfectante cuando están contaminados con fluidos corporales</p> <p><b>Lavamanos, inodoros y letrinas:</b> Frotar diariamente o más a menudo si fuera necesario, con un trapo, escobilla o brocha y una <b>solución de limpieza desinfectante</b>. Enjuague con agua</p> |



RESULTADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN BUENAS PRÁCTICAS. Observación de una Atención Prenatal de Seguimiento.



RESULTADOS DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN COMPONENTES DE DESEMPEÑO. Observación de una Atención Prenatal de Seguimiento.

| COMPONENTES DE DESEMPEÑO               | Criterios de Verificación |             |             |
|----------------------------------------|---------------------------|-------------|-------------|
|                                        | Observados                | Verificados | % de avance |
| Relación Proveedor - Usuario           |                           |             |             |
| Información al Usuario                 |                           |             |             |
| Habilidades Clínicas                   |                           |             |             |
| Prevención de Infecciones              |                           |             |             |
| Gestión Local de Salud                 |                           |             |             |
| TOTAL DEL PROCESO DE ATENCIÓN PRENATAL |                           |             |             |

RESULTADOS SEGUN COMPONENTES DEL DESEMPEÑO

| Componentes del Desempeño | Porcentaje de Avance |
|---------------------------|----------------------|
| RPU                       | 100%                 |
| IU                        | 100%                 |
| HAC                       | 100%                 |
| PI                        | 100%                 |
| GLS                       | 100%                 |

ANEXO N° 03  
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA Y NEONATAL  
Instrumento 3.3

ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL Y PUERPERIO NORMAL EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD FONB

| MINISTERIO DE SALUD                            |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD CON FONB<br>ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO NORMAL |  |  |  |  |  |  |  |  |  | DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  |
|------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------------|--|
| 1. Identificación del establecimiento de salud |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |
| Código HIS del establecimiento                 |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Fecha de medición (dd/mm/aa):      |  |
| Nombre del establecimiento                     |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Categoría del ES:                  |  |
| Provincia                                      |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Distrito                           |  |
| Red                                            |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Microrred                          |  |
| 2. Jefe/responsable del establecimiento        |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |
| Apellidos y Nombres                            |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Profesión                          |  |
| Correo electrónico                             |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Teléfono                           |  |

## 3. Características del personal en el servicio

| N° | NOMBRE Y APELLIDOS | Horas contratadas | Tiempo de permanencia en el servicio |       | Profesión<br>1. Médico Ginecobstetra<br>2. Médico Pediatra<br>3. Médico General<br>4. Obstetra<br>5. Enfermera<br>6. Técnico de enfermería | Condición Laboral<br>1. Nombrado Ley 276<br>2. SNP<br>3. CAS<br>4. Contratado (RO)<br>5. SERUM (RO)<br>6. SERUM equivalente<br>7. Servicios de terceros | Quién financia<br>1. MINSA (RO)<br>2. RDR<br>3. CLAS<br>4. SIS<br>5. Municipio<br>6. PPR/JUNTOS | Ha recibido capacitación en IHH el último año<br>SI 1<br>NO 2 |
|----|--------------------|-------------------|--------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
|    |                    |                   |                                      |       |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                         |                                                                                                 |                                                               |
|    |                    |                   | Años                                 | Meses |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                         |                                                                                                 |                                                               |
| 1  |                    |                   |                                      |       | 1 2 3 4 5 6                                                                                                                                | 1 2 3 4 5 6 7                                                                                                                                           | 1 2 3 4 5 6                                                                                     | 1 2                                                           |
| 2  |                    |                   |                                      |       | 1 2 3 4 5 6                                                                                                                                | 1 2 3 4 5 6 7                                                                                                                                           | 1 2 3 4 5 6                                                                                     | 1 2                                                           |
| 3  |                    |                   |                                      |       | 1 2 3 4 5 6                                                                                                                                | 1 2 3 4 5 6 7                                                                                                                                           | 1 2 3 4 5 6                                                                                     | 1 2                                                           |
| 4  |                    |                   |                                      |       | 1 2 3 4 5 6                                                                                                                                | 1 2 3 4 5 6 7                                                                                                                                           | 1 2 3 4 5 6                                                                                     | 1 2                                                           |
| 5  |                    |                   |                                      |       | 1 2 3 4 5 6                                                                                                                                | 1 2 3 4 5 6 7                                                                                                                                           | 1 2 3 4 5 6                                                                                     | 1 2                                                           |
| 6  |                    |                   |                                      |       | 1 2 3 4 5 6                                                                                                                                | 1 2 3 4 5 6 7                                                                                                                                           | 1 2 3 4 5 6                                                                                     | 1 2                                                           |
| 7  |                    |                   |                                      |       | 1 2 3 4 5 6                                                                                                                                | 1 2 3 4 5 6 7                                                                                                                                           | 1 2 3 4 5 6                                                                                     | 1 2                                                           |

## 4. Información Estadística Básica (último año)

| N° | INDICADOR                                                  | N° | %/TASA | N° | %/TASA                                                   |
|----|------------------------------------------------------------|----|--------|----|----------------------------------------------------------|
|    | Total de nacimientos                                       |    |        |    | Recién nacidos con APGAR 4-6 en el primer minuto de vida |
|    | Total de nacidos vivos                                     |    |        |    | Mortalidad materna directa                               |
|    | % de nacidos vivos con bajo peso al nacer (< 2500 gramos)  |    |        |    | Mortalidad materna indirecta                             |
|    | Tasa Mortalidad perinatal x 1000 nacidos vivos (NNP)       |    |        |    | Mortalidad materna no relacionada                        |
|    | Mortalidad neonatal tardía x 1000 nacidos vivos (NNT)      |    |        |    | Mortalidad fetal tardía x 1000 nacimientos               |
|    | Mortalidad neonatal total x 1000 nacidos vivos (NNP + NNT) |    |        |    | Mortalidad fetal tardía intraparto x 1000 nacimientos    |
|    | Recién nacidos con APGAR 1-3 en el primer minuto de vida   |    |        |    | Tasa de incidencia de endometritis post parto vaginal    |

5. Nombre, Cargo y Procedencia del/la responsable de la medición.

|                       |  |          |  |
|-----------------------|--|----------|--|
| Apellidos y Nombre(s) |  |          |  |
| Profesión             |  | Cargo    |  |
| Correo Electrónico    |  | Teléfono |  |
| Fecha                 |  | Firma    |  |

| BUENA PRÁCTICA COB-01: El personal verifica al inicio del turno de trabajo que están disponibles los equipos e insumos para la atención del parto y el recién nacido, en cantidad suficiente. |                                                                                |                                             |              |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| OBJETIVO SANITARIO: Garantizar la calidad de la atención del parto.                                                                                                                           |                                                                                |                                             |              |       |
| Nº                                                                                                                                                                                            | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                      | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                                                                                                                               |                                                                                |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                                                            | Balón de oxígeno con manómetro y fluxómetro, operativo                         | GLS                                         |              |       |
| 02                                                                                                                                                                                            | Detector Doppler de latidos fetales y/o estetoscopio de Pinard                 | GLS                                         |              |       |
| 03                                                                                                                                                                                            | Aspirador eléctrico de secreciones funcional                                   | GLS                                         |              |       |
| 04                                                                                                                                                                                            | Tensiómetro y estetoscopio clínico                                             | GLS                                         |              |       |
| 05                                                                                                                                                                                            | Lámpara Cialítica o de cuello de ganso con foco operativo                      | GLS                                         |              |       |
| 06                                                                                                                                                                                            | Set de atención de partos. <b>VER AYUDA COB-01-06</b>                          | GLS                                         |              |       |
| 07                                                                                                                                                                                            | Set de episiotomía. <b>VER AYUDA COB-02-07</b>                                 | GLS                                         |              |       |
| 08                                                                                                                                                                                            | Set de revisión de cuello uterino. <b>VER AYUDA COB-02-08</b>                  | GLS                                         |              |       |
| 09                                                                                                                                                                                            | Soluciones salinas, Cloruro de Sodio al 0.9% x 1000 ml                         | GLS                                         |              |       |
| 10                                                                                                                                                                                            | Catéter endovenosa Nº 18 y 23 y equipo de venoclisis con cámara de micro goteo | GLS                                         |              |       |
| 11                                                                                                                                                                                            | Catgut crómico 00 c/a                                                          | GLS                                         |              |       |
| 12                                                                                                                                                                                            | Lidocaína al 1% y 2% sin epinefrina                                            | GLS                                         |              |       |
| 13                                                                                                                                                                                            | Oxitocina 10 UI iny. 1 ml y/o Ergometrina 0.2 mg/ml ampolla x 1 ml             | GLS                                         |              |       |
| 14                                                                                                                                                                                            | 1 Depósito para material contaminado con bolsa descartable de color rojo       | GLS                                         |              |       |
| 15                                                                                                                                                                                            | 1 Depósito para material no contaminado con bolsa descartable de color negro   | GLS                                         |              |       |
| 16                                                                                                                                                                                            | Recipiente con solución descontaminante                                        | GLS                                         |              |       |
| 17                                                                                                                                                                                            | 1 Reloj con segundo                                                            | GLS                                         |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                  |                                                                                | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |

VER AYUDA:

| COB-01-06: Set de atención de partos.                                                                                                                    | COB-02-07: Set de episiotomía.                                                                                          | COB-02-08: Set de revisión de cuello uterino.                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Clamp o cinta de ligadura del cordón umbilical<br>2. 1 pinza Pean larga y 2 pinzas Kocher<br>3. 1 tijera de cordón umbilical y 1 tijera de mayo recta | Si requiere episiotomía agregar al set de parto<br>1. Pinza de disección mediana con dientes<br>2. 1 pinza porta agujas | 1. 4 pinzas de anillo<br>2. Pinza de disección larga sin dientes<br>3. Valvas de Doyen (2) |

| BUENA PRÁCTICA COB-02: El personal recibe a la gestante e identifica signos de alarma y/o riesgo y toma decisiones clínicas adecuadas frente a ellas. |                                                                                                                                                                           |     |                                             |    |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Reducir riesgos de mortalidad materna.                                                                                            |                                                                                                                                                                           |     |                                             |    |    |
| N°                                                                                                                                                    | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                 | CD  | Verificación                                |    |    |
|                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                           |     | SI                                          | NO | NA |
| 01                                                                                                                                                    | Pregunta a la usuaria o acompañante por signos y síntomas de alarma. VER AYUDA COB-02-01                                                                                  | HAC |                                             |    |    |
| 02                                                                                                                                                    | En caso de identificar algún signo de alarma asegura que la usuaria reciba atención prioritaria e inmediata de acuerdo a las guías de atención de emergencias obstétricas | HAC |                                             |    |    |
| 03                                                                                                                                                    | De ser necesario cumple protocolo de Diagnóstico, Estabilización y Referencia (DER), según las guías de atención y tipo de emergencia                                     | HAC |                                             |    |    |
| 04                                                                                                                                                    | Trata con amabilidad y respeto a la usuaria y sus familiares, cumpliendo el protocolo de salud y mostrando respeto a sus derechos. VER AYUDA COB-02-04                    | RPU |                                             |    |    |
| 05                                                                                                                                                    | Solicita el carné perinatal y revisa la evolución de la atención prenatal                                                                                                 | HAC |                                             |    |    |
| 06                                                                                                                                                    | Si no tiene el carné realiza interrogatorio indagando características de la evolución del embarazo. VER AYUDA COB-02-06                                                   | HAC |                                             |    |    |
| 07                                                                                                                                                    | Permite la presencia de un acompañante elegido por la parturienta durante la atención                                                                                     | RPU |                                             |    |    |
| 08                                                                                                                                                    | En gestante sin pruebas de VIH y/o sífilis realizadas, brinda orientación/consejería e indica la prueba rápida                                                            | HAC |                                             |    |    |
| 09                                                                                                                                                    | Si la prueba de VIH es negativa fue realizada hace más de 6 meses, brinda orientación/consejería e indica prueba rápida                                                   | HAC |                                             |    |    |
| 10                                                                                                                                                    | Pregunta qué posición prefiere adoptar durante el trabajo de parto y el parto, le permite deambular si lo desea, y organiza la atención de acuerdo a dichas preferencias  | RPU |                                             |    |    |
| 11                                                                                                                                                    | Permite parto vertical si no hay contraindicaciones para el mismo. VER AYUDA COB-02-11                                                                                    | HAC |                                             |    |    |
| 12                                                                                                                                                    | Coordina con la familia la alimentación durante la atención del parto y puerperio. Recomienda beber y comer alimentos ligeros cada vez que le apetezca                    | RPU |                                             |    |    |
| 13                                                                                                                                                    | Indaga con la familia si solicitará la entrega de la placenta y orienta la manipulación segura de la misma                                                                | RPU |                                             |    |    |
| 14                                                                                                                                                    | Si hay condición de riesgo de infección por RPM lo señala de forma visible en la HC e inicia la administración de antibiótico según norma si corresponde                  | HAC |                                             |    |    |
| 15                                                                                                                                                    | Indaga sobre los síntomas de parto. VER AYUDA COB-02-15                                                                                                                   | HAC |                                             |    |    |
| 16                                                                                                                                                    | Registra en el libro de admisión de emergencias, verifica ficha SIS, y refiere a la usuaria a sala de trabajo de parto o de parto                                         | GLS |                                             |    |    |
|                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                           |     | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                          |                                                                                                                                                                           |     |                                             |    |    |

**VER AYUDA:**

| COB-02-01: Preguntas a la usuaria o acompañante por signos y síntomas de alarma.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | COB-02-04: Cumple con el Protocolo de Saludo y muestra respeto a los derechos de la usuaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangrado vía vaginal</li> <li>2. Convulsiones o pérdida de conciencia</li> <li>3. Cefalea intensa, incluyendo visión borrosa</li> <li>4. Dolor abdominal intenso</li> <li>5. Dificultad respiratoria</li> <li>6. Disminución o ausencia de movimientos fetales</li> <li>7. Fiebre</li> <li>8. Pérdida de líquido</li> <li>9. Edemas</li> </ol>                                                     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saluda a la usuaria cordialmente en forma adecuada a las costumbres locales</li> <li>2. Se presenta y le dice su nombre, cargo y función</li> <li>3. Preguenta su nombre y apellidos</li> <li>4. La llama por su nombre</li> <li>5. Habla en voz baja para evitar que otras personas escuchen la conversación</li> <li>6. No permite la presencia de otras personas sin consentimiento de la usuaria</li> <li>7. Llama a la usuaria por su nombre</li> <li>8. Le habla de manera comprensible</li> <li>9. Con cortesía y respeto identifica la cultura a que pertenece a la identificación cultural que tiene con ella</li> <li>10. Establece comunicación adecuada en la lengua nativa de los usuarios o dispone de la ayuda de un intérprete</li> </ol>                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| COB-02-06: Si no tiene el carné realiza interrogatorio indagando características de la evolución del embarazo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fecha de la última menstruación</li> <li>2. Qué tiempo de embarazo considera tener</li> <li>3. Problemas o enfermedades ha presentado en el embarazo actual</li> <li>4. Número de partos y abortos anteriores e hijos vivos</li> <li>5. Problemas en el parto en embarazos anteriores</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| COB-02-15: Indaga sobre los síntomas de parto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | COB-02-11: Contraindicaciones para el parto vertical.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tiempo transcurrido desde el inicio de las contracciones</li> <li>2. Tiempo transcurrido desde que presentó pérdida de líquido</li> <li>3. Si ocurrió la pérdida de líquido, color y olor del mismo</li> <li>4. Si ha presentado sangrado, color y cantidad de sangre</li> <li>5. Movimientos del feto: si no los percibe, desde cuándo</li> <li>6. Que remedios naturales ha utilizado</li> </ol> | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="890 917 1141 1426"> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cesárea anterior, una sola vez si es de tipo corporal</li> <li>2. Cesárea iterativa</li> <li>3. Incompatibilidad feto pélvica</li> <li>4. Sufrimiento fetal</li> <li>5. Feto en podálico</li> <li>6. Embarazo gemelar</li> <li>7. Distocia de presentación</li> <li>8. Distocia de cordón</li> </ol> </td><td data-bbox="890 289 1141 917"> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distocias de contracción</li> <li>2. Macrosomía fetal</li> <li>3. Trabajo de parto pre término</li> <li>4. Hemorragia del III trimestre (placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta)</li> <li>5. Ruptura Prematura de Membranas con cabeza alta</li> <li>6. Embarazo post término</li> <li>7. Pre eclampsia severa, eclampsia</li> </ol> </td></tr> </table> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cesárea anterior, una sola vez si es de tipo corporal</li> <li>2. Cesárea iterativa</li> <li>3. Incompatibilidad feto pélvica</li> <li>4. Sufrimiento fetal</li> <li>5. Feto en podálico</li> <li>6. Embarazo gemelar</li> <li>7. Distocia de presentación</li> <li>8. Distocia de cordón</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distocias de contracción</li> <li>2. Macrosomía fetal</li> <li>3. Trabajo de parto pre término</li> <li>4. Hemorragia del III trimestre (placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta)</li> <li>5. Ruptura Prematura de Membranas con cabeza alta</li> <li>6. Embarazo post término</li> <li>7. Pre eclampsia severa, eclampsia</li> </ol> |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cesárea anterior, una sola vez si es de tipo corporal</li> <li>2. Cesárea iterativa</li> <li>3. Incompatibilidad feto pélvica</li> <li>4. Sufrimiento fetal</li> <li>5. Feto en podálico</li> <li>6. Embarazo gemelar</li> <li>7. Distocia de presentación</li> <li>8. Distocia de cordón</li> </ol>                                                                                               | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distocias de contracción</li> <li>2. Macrosomía fetal</li> <li>3. Trabajo de parto pre término</li> <li>4. Hemorragia del III trimestre (placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta)</li> <li>5. Ruptura Prematura de Membranas con cabeza alta</li> <li>6. Embarazo post término</li> <li>7. Pre eclampsia severa, eclampsia</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| BUENA PRÁCTICA COB-03: Si el parto no es inminente, el proveedor/a realiza el examen físico general entre contracciones. |                                                                                                                                                                         |     |              |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Identificar factores de riesgo para la gestante y feto.                                              |                                                                                                                                                                         |     |              |       |
| Nº                                                                                                                       | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                               | CD  | Verificación |       |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                         |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                       | Explica en qué consiste el examen que debe realizar                                                                                                                     | IU  |              |       |
| 02                                                                                                                       | Si la gestante lo desea, permite la presencia de un acompañante, estimula la presencia del esposo                                                                       | RPU |              |       |
| 03                                                                                                                       | Ausulta los latidos cardíacos y pulmones                                                                                                                                | HAC |              |       |
| 04                                                                                                                       | Examina piel, mucosas descartando la presencia de anemia                                                                                                                | HAC |              |       |
| 05                                                                                                                       | Explora reflejos osteotendinosos                                                                                                                                        | HAC |              |       |
| 06                                                                                                                       | Toma y registra tensión arterial con técnica correcta, descartando hipertensión. <b>VER AYUDA COB-03-06</b>                                                             | HAC |              |       |
| 07                                                                                                                       | Toma y registra la frecuencia cardíaca y respiratoria                                                                                                                   | HAC |              |       |
| 08                                                                                                                       | Examina en busca de edemas y registra los hallazgos                                                                                                                     | HAC |              |       |
| 09                                                                                                                       | Informa los resultados del examen                                                                                                                                       | IU  |              |       |
| 10                                                                                                                       | Si identifica en el examen algún signo de peligro, cumple protocolo de Diagnóstico, Estabilización y Referencia (DER), según las guías de atención y tipo de emergencia | HAC |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                             |                                                                                                                                                                         |     |              |       |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                                              |                                                                                                                                                                         |     |              |       |

VER AYUDA:

| COB-03-06: Toma y registra tensión arterial con técnica correcta, descartando hipertensión.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. La gestante debe estar en reposo 5 minutos, sentada o acostada</li><li>2. Verificar que el brazalete no tenga aire</li><li>3. Colocar el brazalete en la mitad del brazo derecho, el borde inferior de 3-4 cm. Por encima del pliegue del codo</li><li>4. Buscar el latido de la arteria y aplicar allí el estetoscopio</li><li>5. No colocar el estetoscopio debajo del brazalete</li><li>6. Insuflar aire hasta que marque 200 mmHg</li><li>7. Abrir lentamente la válvula</li><li>8. Escuchar los latidos y observando el reloj se anota el primer latido, que es la presión sistólica</li><li>9. Seguir escuchando y cuando el latido se atenúa o desaparece, representa la presión diastólica</li><li>10. Abrir completamente la válvula y retirar el tensiómetro</li></ol> |

| BUENA PRÁCTICA COB-04: Si el parto no es inminente, el proveedor realiza el examen obstétrico entre contracciones. |                                                                                                                                                                                              |                                                    |              |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Identificar factores de riesgo para la gestante y feto.                                        |                                                                                                                                                                                              |                                                    |              |       |
| Nº                                                                                                                 | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                    | CD                                                 | Verificación |       |
|                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                              |                                                    | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                 | Pide a la usuaria que orine                                                                                                                                                                  | HAC                                                |              |       |
| 02                                                                                                                 | Explica a la usuaria todo el procedimiento a realizar                                                                                                                                        | IU                                                 |              |       |
| 03                                                                                                                 | Realiza lavado clínico de manos antes y después del examen. <b>VER AYUDA COB-04-03</b>                                                                                                       | PI                                                 |              |       |
| 04                                                                                                                 | Realiza inspección y palpación del abdomen incluyendo maniobras de Leopold                                                                                                                   | HAC                                                |              |       |
| 05                                                                                                                 | Mide la altura uterina con la cinta obstétrica o métrica                                                                                                                                     | HAC                                                |              |       |
| 06                                                                                                                 | Ausulta adecuadamente e interpreta correctamente la Frecuencia Cardíaca Fetal                                                                                                                | HAC                                                |              |       |
| 07                                                                                                                 | Mide correctamente la dinámica uterina                                                                                                                                                       | HAC                                                |              |       |
| 08                                                                                                                 | Evalúa progreso del parto mediante la realización segura de tacto vaginal. <b>VER AYUDA COB-04-08</b>                                                                                        | HAC                                                |              |       |
| 09                                                                                                                 | Registra los datos en el partograma si la dilatación cervical es de 4 cm. o más; o en la HC si dilatación es menor de 4 cm. <b>VER PARTOGRAMA EN LA PARTE FINAL DEL PRESENTE INSTRUMENTO</b> | HAC                                                |              |       |
| 10                                                                                                                 | Explica a la usuaria y acompañante los hallazgos con palabras sencillas                                                                                                                      | IU                                                 |              |       |
|                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                              | <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b> |              |       |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                |                                                                                                                                                                                              |                                                    |              |       |

**VER AYUDA:**

| COB-04-03: Lavado clínico de las manos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | COB-04-08: Evalúa progreso del parto mediante la realización segura de tacto vaginal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quitarse las joyas, reloj y pulseras</li> <li>2. Lavarse las manos, especialmente entre los dedos y los antebrazos hasta los codos, con jabón y agua. Si usa un cepillo, debe estar limpio y esterilizado; si usan esponjas, deben ser desechables.</li> <li>3. Limpiar las uñas con un elemento para este propósito</li> <li>4. Enjuagar las manos y antebrazos con agua manteniendo las manos en alto</li> <li>5. Aplicar un agente antiséptico a las superficies de las manos y antebrazos hasta los codos y frotar vigorosamente por lo menos 2 minutos</li> <li>6. Sostener las manos juntas más alto que los codos, y enjuagar las manos y ante brazos completamente con agua limpia</li> <li>7. Mantener las manos arriba y separadas del cuerpo, no tocar ninguna superficie o artículo y secar las manos y antebrazos con una toalla limpia y seca o secarlas al aire</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se coloca guantes estériles en ambas manos</li> <li>2. Asea el periné con solución no alcohólica con la mano que no utilizará para el tacto</li> <li>3. Separa los labios mayores con el pulgar e índice de la mano que no utilizará para el tacto</li> <li>4. No retira los dedos hasta completar la realización del tacto</li> <li>5. Retira los dedos con cuidado, se quita los guantes invirtiéndolos</li> <li>6. Deposita los guantes en un recipiente para material contaminado</li> </ol> |

| BUENA PRÁCTICA COB-05: El proveedor/a sigue los procedimientos correctos durante la atención del período de dilatación. |                                                                                                               |     |              |    |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|----|----|
| OBJETIVO SANITARIO: Evitar morbilidad y mortalidad materna o perinatal.                                                 |                                                                                                               |     |              |    |    |
| Nº                                                                                                                      | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                     | CD  | Verificación |    |    |
|                                                                                                                         |                                                                                                               |     | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                                      | Permite la de ambulación de la usuaria si esta lo desea y no existe contraindicación                          | RPU |              |    |    |
| 02                                                                                                                      | Orienta a la usuaria que orine y vigila estado de evacuación vesical                                          | IU  |              |    |    |
| 03                                                                                                                      | Informa a la gestante y/o familiares la evolución del trabajo de parto                                        | IU  |              |    |    |
| 04                                                                                                                      | Mide la dinámica uterina cada 30 minutos y lo registra gráficamente                                           | HAC |              |    |    |
| 05                                                                                                                      | Mide la frecuencia cardíaca fetal cada 30 minutos                                                             | HAC |              |    |    |
| 06                                                                                                                      | Al realizar el tacto toma medidas de bioseguridad en prevención de infecciones. VER AYUDA COB-05-06           | PI  |              |    |    |
| 07                                                                                                                      | Evalúa el progreso del parto mediante la realización del tacto vaginal. VER AYUDA COB-05-07                   | HAC |              |    |    |
| 08                                                                                                                      | Registra los datos en el Partograma y maneja curva de alerta VER PARTOGRAMA AL FINAL DEL PRESENTE INSTRUMENTO | HAC |              |    |    |
| 09                                                                                                                      | Toma conductas adecuadas según evolución de curva de alerta. VER AYUDA COB-05-09                              | HAC |              |    |    |
| 10                                                                                                                      | Indica antibióticos profilácticos cuando corresponde. VER AYUDA COB-05-10                                     | HAC |              |    |    |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                                             |                                                                                                               |     |              |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                            |                                                                                                               |     |              |    |    |

## VER AYUDA:

| COB-05-06: Lavado clínico de las manos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | COB-05-07: Evalúa progreso del parto mediante la realización de tacto vaginal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quitar las joyas, reloj y pulseras</li> <li>2. Lavarse las manos, especialmente entre los dedos y los antebrazos hasta los codos, con jabón y agua. Si usa un cepillo, debe estar limpio y esterilizado; si usan esponjas, deben ser desechables</li> <li>3. Limpiar las uñas con un elemento para este propósito</li> <li>4. Enjuagar las manos y antebrazos con agua manteniendo las manos en alto</li> <li>5. Aplicar un agente antiséptico a las superficies de las manos y antebrazos hasta los codos y frotar vigorosamente por lo menos 2 minutos</li> <li>6. Sostener las manos juntas más alto que los codos, y enjuagar las manos y ante brazos completamente con agua limpia</li> <li>7. Mantener las manos arriba y separadas del cuerpo, no tocar ninguna superficie o artículo y secar las manos y antebrazos con una toalla limpia y seca o secarlas al aire</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se coloca guantes estériles en ambas manos</li> <li>2. Asea el periné con solución no alcohólica con la mano que no utilizará para el tacto</li> <li>3. Separa los labios mayores con el pulgar e índice de la mano que no utilizará para el tacto</li> <li>4. No retira los dedos hasta completar la realización del tacto</li> <li>5. Retira los dedos con cuidado, se quita los guantes invirtiéndolos</li> <li>6. Deposita los guantes en un recipiente para material contaminado</li> </ol> |

| COB-05-09: Conductas adecuadas según la evolución de curva de alerta |                                                                                                                                                                                        |  | COB-05-10: Indica antibióticos profilácticos cuando corresponde.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Condición                                                            | Conducta                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Evolución normal                                                     | Observación sin medicamentos ni maniobras, traslado a expulsivo con dilatación completa.<br>Limitar tactos, no realizar con menos de 4 horas entre uno y otro                          |  | <b><u>Rotura prematura de membranas de más de 6 horas de evolución</u></b><br>Ampicilina 500 mg EV cada 6 horas<br><b><u>Trabajo de parto prolongado. más de 8 horas, o paciente con múltiples tactos realizados (+ de 4)</u></b><br>Cefalexina 1 g EV cada 6 horas<br><b><u>Parto pre término con menos de 28 semanas</u></b><br>Ampicilina 500 mg EV cada 6 horas<br><b>EN TODOS LOS CASOS HASTA LAS 24 HORAS DESPUES DEL PARTO, EN CASO DE FIEBRE INTRAPARTO SE MANTIENE EL TRATAMIENTO HASTA LAS 48 HORAS POST PARTO</b> |
| Hiperdinamia uterina                                                 | Cambio de posición. Si frecuencia mayor de 5 contracciones /minuto<br>Útero inhibición (si dispone), y referencia a establecimiento FONE                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Hipodinamia                                                          | Deambulación. Si persiste evaluar y según condiciones realizar la estimulación con Oxitocina                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Taquicardia fetal leve                                               | Colocar en decúbito lateral izquierdo. Si persiste referir a establecimiento FONE                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Dips variables o Dips tipo I con membranas sanas                     | Vigilancia más frecuente de la FCF<br>Si persiste y dilatación de 6 cm o mas amniotomía para valorara característica del líquido amniótico, si meconial referir a establecimiento FONE |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Bradicardia fetal o Dips tipo II                                     | Referir a establecimiento FONE                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Parto prolongado según curvas de alerta                              | Referir a establecimiento FONE                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Membranas rotas con líquido meconial                                 | Referir a establecimiento FONE                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Fiebre intraparto                                                    | Referir a establecimiento FONE                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| BUENA PRÁCTICA COB-06: El proveedor/a realiza adecuadamente la atención del parto durante el periodo expulsivo. |                                                                                                                                                                              |     |              |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| OBJETIVO SANITARIO: Evitar morbilidad y mortalidad materna o perinatal.                                         |                                                                                                                                                                              |     |              |       |
| N°                                                                                                              | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                    | CD  | Verificación |       |
|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                              |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                              | Garantiza que la atención del parto sea limpia y segura. VER AYUDA COB-06-01                                                                                                 | PI  |              |       |
| 02                                                                                                              | Se asegura que la usuaria vacíe su vejiga                                                                                                                                    | HAC |              |       |
| 03                                                                                                              | Atiende correctamente el periodo expulsivo en la posición elegida por la usuaria. VER AYUDA COB-06-03                                                                        | HAC |              |       |
| 04                                                                                                              | Brinda las instrucciones de comportamiento a la usuaria durante el expulsivo                                                                                                 | HAC |              |       |
| 05                                                                                                              | Monitoriza la FCF cada cinco minutos durante el expulsivo                                                                                                                    | HAC |              |       |
| 06                                                                                                              | Realiza la episiotomía solo cuando hay una indicación precisa. VER AYUDA COB-06-06                                                                                           | HAC |              |       |
| 07                                                                                                              | Realiza secado inmediato con paño precalentado, elimina paño húmedo y lo cambia por otro paño seco                                                                           | GLS |              |       |
| 08                                                                                                              | Pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical después del primer minuto de vida; si la parturienta es Rh negativa lo pinza inmediatamente después de la expulsión del feto | HAC |              |       |
| 09                                                                                                              | Informa a la madre del sexo del recién nacido y le muestra los genitales e identifica adecuadamente al recién nacido                                                         | IU  |              |       |
| 10                                                                                                              | Realiza el contacto piel a piel de la madre con el recién nacido                                                                                                             |     |              |       |
| 11                                                                                                              | Registra fecha y hora del nacimiento.                                                                                                                                        | HAC |              |       |
| 12                                                                                                              | Informa a los familiares el estado de la puérpera y el recién nacido                                                                                                         | RPU |              |       |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                                     |                                                                                                                                                                              |     |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                    |                                                                                                                                                                              |     |              |       |

**VER AYUDA:**

| <b>COB-06-01: Garantiza que la atención del parto sea limpia y segura.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>1.- Se asegura que todos los artículos necesarios están disponibles.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>Dos pares de guantes quirúrgicos estériles</li> <li>Guantes quirúrgicos estériles sin dedos</li> <li>Un bacinete de agua tibia, jabón, toallita para la cara y una toalla seca limpia</li> <li>Un delantal plástico o de goma y protector facial (o mascarilla y gafas)</li> <li>Una solución antiséptica basada en alcohol para las manos o una solución de Gluconato de clorhexidina al 2% yodopovidona yodada al 10%.</li> </ol>                                                                                                                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>Tijeras romas (Mayo) desinfectadas a alto nivel o estériles</li> <li>Una pinza de cuello</li> <li>Cuatro apósitos de gasa estéril (para aseo genital)</li> <li>Un clamp o hilo estéril o desinfectado a alto nivel para ligar el cordón umbilical</li> <li>Oxitocina 10 U.I. inyectable o misoprostol oral</li> <li>Un bacinete limpio para la placenta</li> </ol>                                                                                                                                                                                          | <ol style="list-style-type: none"> <li>Tres paños limpios o sábanillas clínicas estériles</li> <li>Apósitos para cubrir el perineo post parto</li> <li>Una fuente de luz (interna o lámpara) si fuera necesaria</li> <li>Un recipiente a prueba de pinchazos para los corto punzantes</li> <li>Un balde plástico con tapa con solución de cloro al 0,5% para descontaminación</li> <li>Una bolsa de plástico a prueba de agua o un recipiente con tapa para la eliminación de los desechos contaminados</li> </ol> |  |
| <b>2.- REALIZA LAVADO CLÍNICO DE MANOS.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| <b>COB-06-03: Atiende correctamente el periodo expulsivo en la posición elegida por la usuaria.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>Permite el acompañamiento de un familiar</li> <li>Permite la posición que elija la parturienta</li> <li>Orienta jadear cuando presente las contracciones</li> <li>Protege el periné durante el expulsivo</li> <li>Coloca los dedos contra la cabeza fetal para mantenerla flexionada y controlar la expulsión</li> <li>Orienta dejar de pujar una vez expulsada la cabeza fetal</li> <li>Verifica la presencia de circulares</li> <li>Aspira boca y nariz, si el líquido amniótico es meconial</li> <li>Permite la rotación espontánea de la cabeza</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>Coloca las palmas de las manos en la región parietal de la cabeza</li> <li>Orienta pujar en la siguiente contracción para extraer el hombro anterior</li> <li>Luego extrae el hombro posterior</li> <li>Sostiene al bebe mientras se produce la salida</li> <li>Coloca la <b>RECIÉN NACIDO</b> sobre la madre y clampa y corta el cordón umbilical, después de transcurrido 3 minutos de la expulsión, <b>o deje de latir</b></li> <li>Lo mantiene sobre el tórax de la madre hasta por 30 minutos para estímulo del pezón e inicio de lactancia</li> </ol> | <b>COB-06-06: Realiza la episiotomía solo cuando hay una indicación precisa.</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Parto podálico</li> <li>Parto pretérmino con menos de 34 semanas.</li> <li>Parto gemelar</li> <li>Periné grueso</li> <li>Inminencia de desgarro vagino-perineal</li> <li>Cicatriz de desgarro anterior mal curado</li> </ol>                                                                                                                                                               |  |

| BUENA PRÁCTICA COB-07: El proveedor/a aplica procedimientos para la atención del alumbramiento mediante el manejo activo del tercer periodo del parto. |                                                                                                                |                                             |              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|----|
| OBJETIVO SANITARIO: Prevención de hemorragias post parto.                                                                                              |                                                                                                                |                                             |              |    |
| N°                                                                                                                                                     | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                      | CD                                          | Verificación |    |
|                                                                                                                                                        |                                                                                                                |                                             | SI           | NO |
| 01                                                                                                                                                     | Durante el primer minuto, después de la expulsión del feto palpa abdomen para descartar presencia de otro feto | HAC                                         |              |    |
| 02                                                                                                                                                     | Administra 10 UI de Oxitocina por vía intramuscular                                                            | HAC                                         |              |    |
| 03                                                                                                                                                     | Realiza tracción controlada del cordón umbilical. VER AYUDA COB-07-03                                          | HAC                                         |              |    |
| 04                                                                                                                                                     | Después de la expulsión de la placenta realiza masaje bimanual externo                                         | HAC                                         |              |    |
| 05                                                                                                                                                     | Revisa y verifica integridad de la placenta                                                                    | HAC                                         |              |    |
| 06                                                                                                                                                     | El proveedor cumple normas de bioseguridad al finalizar la atención del parto. VER AYUDA COB-07-06             | PI                                          |              |    |
|                                                                                                                                                        |                                                                                                                | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                           |                                                                                                                |                                             |              |    |

**VER AYUDA:**

| COB-07-03: Realiza tracción controlada del cordón umbilical.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | COB-07-06: El proveedor cumple normas de bioseguridad al finalizar la atención del parto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Pinza el cordón cerca del periné</li> <li>Con una mano sobre el pubis estabiliza el útero</li> <li>Conserva la tensión sobre el cordón y espera una contracción uterina</li> <li>Con la contracción uterina orienta a la mujer pujar</li> <li>Mantiene tracción firme del cordón y presiona sobre el útero</li> <li>Si no expulsa en 30 ó 40 segundos de tracción suspende la misma hasta la próxima contracción</li> <li>Nunca aplica tracción del cordón sin hacer tracción sobre el pubis y con útero contraído</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Descarta la placenta en un contenedor a prueba de filtraciones con bolsa plástica, excepto que sea solicitada por los familiares</li> <li>Desecha las gasas y desechos médicos en un depósito con bolsa plástica para material biológico contaminado</li> <li>Coloca los lenzuelos sucios en un depósito a prueba de filtraciones</li> <li>Destruye y abre todos los instrumentos y los coloca en un depósito con solución desinfectante de cloro al 0.5% por 10 minutos</li> <li>Limpia todas las superficies con un trapo con solución de cloro al 0.5%</li> </ul> |

| BUENA PRÁCTICA COB-08: El proveedor/a realiza correctamente la revisión y reparación del canal del parto. |                                                                                                                                                                        |                                             |              |    |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|----|----|
| OBJETIVO SANITARIO: Prevención de hemorragias post parto.                                                 |                                                                                                                                                                        |                                             |              |    |    |
| Nº                                                                                                        | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                              | CD                                          | Verificación |    |    |
|                                                                                                           |                                                                                                                                                                        |                                             | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                        | Se asegura que la vejiga está vacía en caso contrario, la evacua                                                                                                       | HAC                                         |              |    |    |
| 02                                                                                                        | Realiza higiene de vulva y periné                                                                                                                                      | PI                                          |              |    |    |
| 03                                                                                                        | Se coloca guantes estériles y coloca campos estériles                                                                                                                  | PI                                          |              |    |    |
| 04                                                                                                        | Realiza revisión del canal del parto según lo normado. <b>VER AYUDA COB-08-04</b>                                                                                      | HAC                                         |              |    |    |
| 05                                                                                                        | En parto en establecimiento FONB, si realiza episiotomía u ocurren desgarros <b>grado I – II</b> , realiza sutura, según procedimiento                                 | HAC                                         |              |    |    |
| 06                                                                                                        | Si desgarros <b>grado III o IV</b> refiere a EESS con FONE, según norma, con vía colocada con solución salina                                                          | HAC                                         |              |    |    |
| 07                                                                                                        | Si desgarros de cuello con prolongación a segmento realiza taponamiento vaginal y refiere a establecimiento con FONE según norma, con vía colocada con solución salina | HAC                                         |              |    |    |
| 08                                                                                                        | Terminado el procedimiento lava el periné                                                                                                                              | PI                                          |              |    |    |
| 09                                                                                                        | Dispone adecuadamente de los instrumentos al terminar el procedimiento. <b>VER AYUDA COB-08-09</b>                                                                     | PI                                          |              |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                              |                                                                                                                                                                        | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |    |    |

**VER AYUDA:**

| COB-08-04: Realiza revisión del canal del parto según lo normado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | COB-08-09: Dispone adecuadamente de los instrumentos al terminar el procedimiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informa a la puérpera del procedimiento a realizar</li> <li>2. Solicita su conformidad</li> <li>3. Mantiene vía EV segura con CINA al 0.9%</li> <li>4. Coloca paños estériles</li> <li>5. Palpa digitalmente paredes vaginales y fondo de saco vaginal</li> <li>6. Para la revisión del cuello uterino: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coloca valvas vaginales</li> <li>• Colocar atropina 0.5 mg EV</li> <li>• Fija el cuello con dos pinzas Foerster colocadas a las 12 y la 6 e inspecciona</li> <li>• Si requiere sutura, coloca el primer punto 0.5 cm por encima del ángulo de la lesión</li> </ul> </li> </ol> <p><b>En todas las suturas utiliza catgut crómico 2/0</b></p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desecha las gasas y desechos médicos en un depósito con bolsa plástica</li> <li>2. Coloca los lienzos sucios en un depósito a prueba de filtraciones</li> <li>3. Destraba y abre todos los instrumentos y los coloca en un depósito con solución descontaminante de cloro al 0.5% por 10 minutos</li> <li>4. Limpia todas las superficies con un trapo con solución de cloro al 0.5%</li> <li>5. Los guantes descartables, los sumerge en una solución descontaminante de cloro al 0.5% por 10 minutos y los coloca en un depósito para desechos contaminados con bolsa plástica</li> </ol> |

| BUENA PRÁCTICA COB-09: El proveedor/a brinda adecuada atención en el post-parto inmediato y mediato.                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                    |              |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------|----|----|
| OBJETIVO SANITARIO: Prevención de complicaciones post parto. Conductas saludables en el cuidado personal y del recién nacido. Espaciamiento adecuado de embarazos. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                    |              |    |    |
| Nº                                                                                                                                                                 | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                         | CD                                                 | Verificación |    |    |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                    | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                                                                                 | Se asegura que la madre este confortable (limpia, hidratada y tapada con un cobertor) y en compañía del recién nacido                                                                                                                                                                                             | GLS                                                |              |    |    |
| 02                                                                                                                                                                 | Permite alimentación de acuerdo a las costumbres de la localidad                                                                                                                                                                                                                                                  | RPU                                                |              |    |    |
| 03                                                                                                                                                                 | Realiza lavado clínico de manos antes y después de cada examen                                                                                                                                                                                                                                                    | PI                                                 |              |    |    |
| 04                                                                                                                                                                 | Realiza vigilancia del puerperio según lo normado; en las primeras dos horas, cada 15 minutos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Funciones vitales (pulso, temperatura. TA y frecuencia respiratoria)</li> <li>Contracción del útero</li> <li>Sangrado genital</li> <li>Estado de la episiorrafia</li> </ul> | HAC                                                |              |    |    |
| 05                                                                                                                                                                 | Continúa la vigilancia del puerperio según lo normado. <b>VER AYUDA COB-09-05</b>                                                                                                                                                                                                                                 | HAC                                                |              |    |    |
| 06                                                                                                                                                                 | Evaluar en cada examen estado de evacuación de vejiga urinaria y que orine sin dificultad                                                                                                                                                                                                                         | HAC                                                |              |    |    |
| 07                                                                                                                                                                 | Examina mamas: observando la presencia y características del calostro                                                                                                                                                                                                                                             | HAC                                                |              |    |    |
| 08                                                                                                                                                                 | Examina miembros inferiores en búsqueda de edemas, signos de flebitis y/o compromiso circulatorio                                                                                                                                                                                                                 | HAC                                                |              |    |    |
| 09                                                                                                                                                                 | En puérpera VIH (+), atendida por parto inminente, la refiere a establecimiento FONE o CERITS, normado y establecido en la región, para iniciar tratamiento anti retro viral del recién nacido; antes de las 6 horas luego de ocurrido el parto                                                                   | GLS                                                |              |    |    |
| 10                                                                                                                                                                 | En caso de presentar hemorragia manejar de acuerdo a normas y referir a EESS con FONE                                                                                                                                                                                                                             | HAC                                                |              |    |    |
| 11                                                                                                                                                                 | Indica sulfato ferroso 300 mg                                                                                                                                                                                                                                                                                     | HAC                                                |              |    |    |
| 12                                                                                                                                                                 | Si madre Rh negativo, con Coombs negativo y recién nacido Rh positivo, referirlo al FONE para administrar inmunoglobulina anti D, 250 microgramos en las primeras 72 horas.                                                                                                                                       | HAC                                                |              |    |    |
| 13                                                                                                                                                                 | Brinda orientación/consejería para planificación familiar aplicando los cinco pasos de la consejería de los 5 pasos                                                                                                                                                                                               | IU                                                 |              |    |    |
| 14                                                                                                                                                                 | Si no hay contraindicaciones y la usuaria lo elige prescribe un método de anticoncepción post parto                                                                                                                                                                                                               | HAC                                                |              |    |    |
| 15                                                                                                                                                                 | Orienta la asistencia a consulta de puerperio y da la cita correspondiente al séptimo día post parto; acordando la cita con la puérpera                                                                                                                                                                           | IU                                                 |              |    |    |
| 16                                                                                                                                                                 | Expide el certificado de nacimiento y orienta para obtención del DNI o CUI del recién nacido                                                                                                                                                                                                                      | GLS                                                |              |    |    |
| 17                                                                                                                                                                 | Al alta realiza consejería y orientación adecuada. <b>VER AYUDA COB-09-17</b>                                                                                                                                                                                                                                     | IU                                                 |              |    |    |
| 18                                                                                                                                                                 | Al alta brinda información sobre los signos de alarma del puerperio. <b>VER AYUDA COB-09-18</b>                                                                                                                                                                                                                   | IU                                                 |              |    |    |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b> |              |    |    |

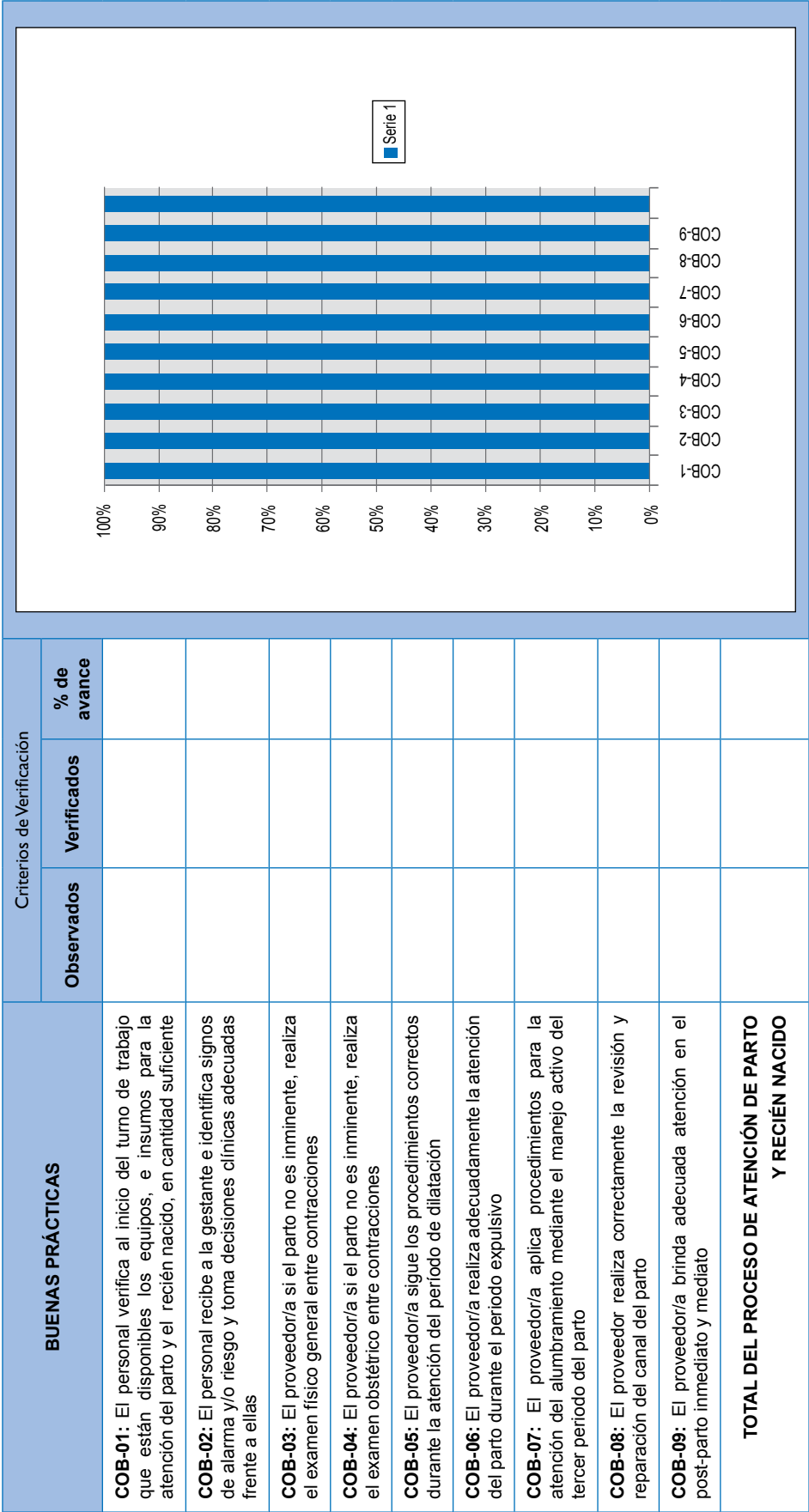
## VER AYUDA:

| COB-09-05: Realiza la vigilancia del puerperio según lo normado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | COB-09-17: Al alta realiza orientación/consejería adecuada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b><u>En las primeras dos horas, cada 15 minutos</u></b><br/>           Funciones vitales (pulso, temperatura, TA y frecuencia respiratoria)<br/>           Contracción del útero<br/>           Sangrado genital<br/>           Estado de la episiorrafia</p> <p><b><u>En la tercera hora cada 30 minutos</u></b><br/>           Funciones vitales<br/>           Sangrado genital</p> <p><b><u>De la 4ª a la 6ª hora, cada hora</u></b><br/>           Funciones vitales<br/>           Sangrado genital</p> <p><b><u>De la 6ª hasta las 24 horas, cada 6 horas</u></b><br/>           Funciones vitales<br/>           Sangrado genital<br/>           Promueve la deambulación precoz<br/>           Orienta lactancia a libre demanda, cada 2 horas como mínimo</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería / orientación, y provisión del método anticonceptivo elegido por la puérpera</li> <li>• Favorece la relación entre la madre su recién nacido, el esposo y la familia</li> <li>• Brinda orientación y apoyo especializado en los casos de recién nacidos con malformaciones congénitas</li> <li>• Entrega el certificado de nacido vivo y promueve que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata así como la obtención del DNI</li> <li>• Entrega el carné prenatal con los datos completos de su atención</li> <li>• En los casos de referencia, realizar la contrarreferencia oportuna y completa al nivel de atención que corresponda</li> <li>• Brinda orientación nutricional</li> <li>• Entrega los medicamentos (hierro y ácido fólico)</li> <li>• Orienta sobre la cita y los controles tanto de la madre como del recién nacido</li> <li>• Informa sobre las vacunas del recién nacido</li> <li>• Entrega contenidos educativos necesarios, en forma apropiada y de fácil comprensión</li> </ul> |
| COB-09-18: Al alta brinda información sobre los signos de alarma del puerperio:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fiebre de más de 38 grados</li> <li>2. Secreción vaginal con mal olor</li> <li>3. Molestias en la episiotomía</li> <li>4. Dolor, enrojecimiento y/o calor en las mamas</li> <li>5. Molestias urinarias</li> <li>6. Pérdida de conocimiento y/o convulsiones en las primeras 48 horas</li> <li>7. Coloración amarilla de piel y/o escleróticas</li> <li>8. Dolor en el bajo vientre con o sin fiebre</li> <li>9. Cefalea</li> <li>10. Malestar general</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |



[illegible]

RESULTADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO NORMAL SEGÚN BUENAS PRÁCTICAS.



RESULTADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO NORMAL SEGÚN COMPONENTES DEL DESEMPEÑO

| COMPONENTES DEL DESEMPEÑO                                 | Criterios de Verificación |             |             |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-------------|
|                                                           | Observados                | Verificados | % de avance |
| Relación Proveedor - Usuario                              |                           |             |             |
| Información al Usuario                                    |                           |             |             |
| Habilidades Clínicas                                      |                           |             |             |
| Prevención de Infecciones                                 |                           |             |             |
| Gestión Local de Salud                                    |                           |             |             |
| TOTAL DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE PARTO Y PUERPERIO NORMAL |                           |             |             |

RESULTADOS SEGUN COMPONENTES DEL DESEMPEÑO

| Componentes del Desempeño | Porcentaje de Avance |
|---------------------------|----------------------|
| RPU                       | 100%                 |
| IU                        | 100%                 |
| HAC                       | 100%                 |
| PI                        | 100%                 |
| GLS                       | 100%                 |

ANEXO N° 03  
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA Y NEONATAL  
Instrumento 3.4  
ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN ESTABLECIMIENTOS FONP

|                            |                                 |                                 |  |
|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|
| DIRESA/DISA:               |                                 | Red:                            |  |
| Microrred:                 |                                 | Código RENAES:                  |  |
| Nombre del establecimiento |                                 |                                 |  |
| Número de medición         | Persona que realiza la medición | Fecha de la medición (dd/mm/aa) |  |

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |                                             |              |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|----|
| BUENA PRÁCTICA EONP-01: El prestador /a al comenzar su turno de trabajo verifica que dispone de los medios de orientación y tratamiento de las emergencias obstétricas de acuerdo a lo establecido en las CLAVES. |                                                                                                                                  |                                             |              |    |
| Objetivo Sanitario: Reducir la morbilidad extrema y evitar la mortalidad materna.                                                                                                                                 |                                                                                                                                  |                                             |              |    |
| N°                                                                                                                                                                                                                | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                        | CD                                          | Verificación |    |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |                                             | SI           | NO |
| 01                                                                                                                                                                                                                | Dispone en lugar visible de los medios (CLAVES) que orientan la atención de las EON                                              | GLS                                         |              |    |
| 02                                                                                                                                                                                                                | El personal conoce su rol en la atención de las emergencias obstétricas, según las claves                                        | HAC                                         |              |    |
| 03                                                                                                                                                                                                                | Dispone de los medicamentos e insumos para la atención de Emergencias por hemorragia según la CLAVE ROJA. VER AYUDA EONP-01-03   | GLS                                         |              |    |
| 04                                                                                                                                                                                                                | Dispone de los medicamentos e insumos para la atención de Emergencias por hipertensión según la CLAVE AZUL. VER AYUDA EONP-01-04 | GLS                                         |              |    |
| 05                                                                                                                                                                                                                | Dispone de los medicamentos e insumos para la atención de Emergencias por sepsis según la CLAVE AMARILLA. VER AYUDA EONP-01-05   | GLS                                         |              |    |
| 06                                                                                                                                                                                                                | Dispone de medios de comunicación operativo, para informar el traslado al EESS al que refiere las usuarias con emergencias       | GLS                                         |              |    |
| 07                                                                                                                                                                                                                | Dispone de medios de transporte operativo, para realizar el traslado al EESS al que refiere las usuarias con emergencias         | GLS                                         |              |    |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                  |                                             |              |    |

## VER AYUDA

| EONP-01-03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | EONP-01-05                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | EONP-01-04                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>KIT DE CLAVE ROJA</b><br>1.- CIn a al 9% 1000 cc. 2 Fco.<br>2.- Poligelina 2 Fco.<br>3.- Equipo de Venoclisis 2 Unid.<br>4.- Cateter Endovenoso N° 16 ó 18 3 Unid.<br>5.- Jeringas 5 cc 3 Unid.<br>6.- Oxitocina 10 UI 10 Amp.<br>7.- Ergometrina Maleato 0.2 mg 2 Amp.<br>8.- Misoprostol 200 ug 4 Tab.<br>9.- Tubo de Mayo 1 Unid.<br>10.- Guantes Quirúrgicos 3 Unid.<br>11.- Sonda Foley N° 14 1 Unid.<br>12.- Bolsa colectora 1 Unid.<br>13.- Esparadrapo Pequeño 1 Unid.<br>14.- Ligadura 1 Unid.<br>15.- Alcohol de 50 cc, 1 Unid.<br>16.- Algodón en torundas 8 Unid. |  | <b>KIT DE CLAVE AMARILLA</b><br>1.- CIna al 9 1000 cc. 2 Fcos.<br>2.- Equipo de Venoclisis 1 Unid.<br>3.- Abocath N° 18 1 Unid.<br>4.- Ampicilina 1 gr. 1 Fco.<br>5.- Gentamicina 80 mgr 1 Amp.<br>6.- Oxitocina 10 UI 3 Amp.<br>7.- Ranitidina 50 mg. 1 Amp.<br>8.- Metamizol 1 gr. 2 Amp.<br>9.- Furosemida 20 mgr. 1 Amp.<br>10.- Sonda Foley N° 14 1 Unid.<br>11.- Colector de Orina 1 Unid.<br>12.- Jeringa de 10 cc. 2 Unid.<br>13.- Jeringa de 5 cc. 4 Unid.<br>14.- Agujas N° 23 2 Unid.<br>15.- Agujas N° 21 2 Unid. |  | <b>KIT DE CLAVE AZUL</b><br>1.- Cloruro de Sodio 02 Fcos.<br>2.- Equipo de Venoclisis 02 Unid.<br>3.- Catéter Endovenoso N° 18 02 Unid.<br>4.- Sulfato de Magnesio 20% 08 Amp.<br>5.- Gluconato de Calcio 02 Amp.<br>6.- Metildopa 500 mg Tab. 04 Unid.<br>7.- Nifedipino 10 mg. Tab. 05 Unid.<br>8.- Tubo de Mayo 01 Unid.<br>9.- Guantes Quirúrgicos N° 7½ 04 Unid.<br>10.- Sonda Foley N° 14 01 Unid.<br>11.- Bolsa Colectora de Orina 01 Unid.<br>12.- Jeringa 10 cc C/A N° 21 04 Unid.<br>13.- Jeringa 5 cc C/A N° 21 04 Unid.<br>14.- Bombilla de Aspiración 01 Unid.<br>15.- Bajalengua protegido con gasa 01 Unid.<br>16.- Aguja N° 21 04 Unid. |  |

| BUENA PRÁCTICA EONP-02: El personal del establecimiento identifica la situación de emergencia y establece una relación adecuada. |                                                                                                                    |                                             |              |    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Reducir la morbilidad extrema y evitar la mortalidad materna.                                                |                                                                                                                    |                                             |              |    |    |
| N°                                                                                                                               | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                          | CD                                          | Verificación |    |    |
|                                                                                                                                  |                                                                                                                    |                                             | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                                               | Pregunta a la usuaria o acompañante por la característica de los signos y síntomas de alarma. VER AYUDA EONP-02-01 | HAC                                         |              |    |    |
| 02                                                                                                                               | En caso de identificar algún signo de alarma asegura que la usuaria reciba atención prioritaria e inmediata        | HAC                                         |              |    |    |
| 03                                                                                                                               | Se presenta y saluda a la usuaria y/o sus familiares según sea el caso                                             | RPU                                         |              |    |    |
| 04                                                                                                                               | Establece relación con el familiar responsable indagando las características del problema                          | RPU                                         |              |    |    |
| 05                                                                                                                               | Indaga quien es el familiar designado como responsable del consentimiento informado                                | RPU                                         |              |    |    |
| 06                                                                                                                               | Brinda apoyo psicológico a la madre y/o familiares                                                                 | RPU                                         |              |    |    |
|                                                                                                                                  |                                                                                                                    | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                     |                                                                                                                    |                                             |              |    |    |

VER AYUDA:

| EONP-02-01: Pregunta a la usuaria o acompañante por la característica de los signos y síntomas de alarma.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>1. Sangrado vaginal antes del parto</div> <div>2. Ruptura de membranas (fuentes)</div> <div>3. Convulsiones o pérdida de conciencia</div> <div>4. Cefalea intensa, incluyendo visión borrosa</div> <div>5. Dolor abdominal intenso</div> <div>6. Dificultad respiratoria</div> <div>7. Disminución o ausencia de movimientos fetales</div> <div>8. Fiebre alta con escalofríos</div> <div>9. Oliguria, no orina después del parto</div> <div>10. Loquios mal olientes</div> | <div>1. Tuvo parto en casa y no expulsa la placenta</div> <div>2. Lleva muchas horas de parto (parto obstruido)</div> <div>3. Después de expulsar la placenta sigue sangrando</div> <div>4. Embarazo gemelar</div> <div>5. No expulsa el segundo feto</div> <div>6. Procidencia de cordón</div> <div>7. Vómitos que no cesan</div> <div>8. Coloración amarilla de piel y/o mucosas</div> <div>9. Signos de infección en las mamas</div> |

| BUENA PRÁCTICA EONP-03: El proveedor/a atiende las hemorragias de la primera mitad del embarazo (< de 22 semanas de gestación).    |                                                                                                                                                             |     |                                             |    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Reducir la morbilidad extrema y evitar la mortalidad materna por hemorragias de la primera mitad del embarazo. |                                                                                                                                                             |     |                                             |    |    |
| Nº                                                                                                                                 | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                   | CD  | Verificación                                |    |    |
|                                                                                                                                    |                                                                                                                                                             |     | SI                                          | NO | NA |
| 01                                                                                                                                 | Identifica signos de alarma y factores asociados                                                                                                            | HAC |                                             |    |    |
| 02                                                                                                                                 | Coloca vía EV segura con catéter N° 18 y administra ClNa 0.9%.                                                                                              | HAC |                                             |    |    |
| 03                                                                                                                                 | Evalúa la presencia de signos y síntomas de shock y clasifica según porcentaje de volemia perdida. <b>VER AYUDA EONP-03-03</b>                              | HAC |                                             |    |    |
| 04                                                                                                                                 | En presencia de algún signo shock, refiere urgentemente siguiendo los procedimientos de referencia y transporte                                             |     |                                             |    |    |
|                                                                                                                                    | ▪ Vía aérea permeable, CLNA 0.9% 1000 ml a chorro en 15-20 min, pasar 2 L en la primera hora                                                                |     |                                             |    |    |
|                                                                                                                                    | ▪ Oxígeno por catéter nasal a 3 litros x minuto                                                                                                             |     |                                             |    |    |
|                                                                                                                                    | ▪ Posición en decúbito dorsal con elevación de miembros inferiores                                                                                          | HAC |                                             |    |    |
|                                                                                                                                    | ▪ Abrigo suficiente                                                                                                                                         |     |                                             |    |    |
| 05                                                                                                                                 | ▪ Monitoreo estricto de funciones vitales por profesional capacitado                                                                                        |     |                                             |    |    |
|                                                                                                                                    | Traslado con acompañante, potencial donante de sangre                                                                                                       |     |                                             |    |    |
| 06                                                                                                                                 | Realiza tacto vaginal y especuloscopia y retira restos del canal vaginal y cervical con pinza Foerster                                                      | HAC |                                             |    |    |
| 07                                                                                                                                 | Garantiza las medidas de bioseguridad en los procedimientos de canalizar vías venosas. <b>VER AYUDA EONP-03-06</b>                                          | PI  |                                             |    |    |
| 08                                                                                                                                 | Si la mujer está sangrando profusamente por aborto incompleto y la referencia no puede realizarse inmediatamente                                            | HAC |                                             |    |    |
|                                                                                                                                    | ▪ Coloca vía segura con Oxitocina y maneja el caso según las Guías de Práctica Clínica para Emergencias Obstétricas                                         |     |                                             |    |    |
| 09                                                                                                                                 | Si la mujer está sangrando profusamente por sospecha de enfermedad trofoblástica y embarazo ectópico la referencia debe ser inmediata y con vía segura      | HAC |                                             |    |    |
| 10                                                                                                                                 | Realiza lavado clínico de manos al realizar procedimientos quirúrgicos. <b>VER AYUDA EONP-03-09</b>                                                         | PI  |                                             |    |    |
| 11                                                                                                                                 | Si además, hay signos de sepsis administrar antibióticos:<br>▪ Ampicilina 1 g EV + Gentamicina 80 mg EV; si la paciente no manifiesta alergia medicamentosa | HAC |                                             |    |    |
| 12                                                                                                                                 | Refiere de inmediato a EESS con FONE, si anemia severa, signos de sepsis, o abdomen agudo, según normatividad. <b>VER AYUDA EONP-03-11</b>                  | HAC |                                             |    |    |
| 12                                                                                                                                 | Comunica la referencia al EESS al que refiere                                                                                                               | GLS |                                             |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                       |                                                                                                                                                             |     | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |    |    |

VER AYUDA:

| EONP-03-09: Lavado clínico de las manos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                   |          |                         |           |            |         |          |           |          |                        |      |        |        |       |                      |       |       |       |       |                                     |        |        |                         |      |                    |      |       |         |      |               |                  |         |         |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------|-----------|------------|---------|----------|-----------|----------|------------------------|------|--------|--------|-------|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------------------------------------|--------|--------|-------------------------|------|--------------------|------|-------|---------|------|---------------|------------------|---------|---------|-----------|
| 1.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Quitarse las joyas, reloj y pulseras                                                                                                                                                              |          |                         |           |            |         |          |           |          |                        |      |        |        |       |                      |       |       |       |       |                                     |        |        |                         |      |                    |      |       |         |      |               |                  |         |         |           |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Lavarse las manos, especialmente entre los dedos y los antebrazos hasta los codos, con jabón y agua. Si usa un cepillo, debe estar limpio y esterilizado; si usan esponjas, deben ser desechables |          |                         |           |            |         |          |           |          |                        |      |        |        |       |                      |       |       |       |       |                                     |        |        |                         |      |                    |      |       |         |      |               |                  |         |         |           |
| 3.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Limpia la uña con un elemento para este propósito                                                                                                                                                 |          |                         |           |            |         |          |           |          |                        |      |        |        |       |                      |       |       |       |       |                                     |        |        |                         |      |                    |      |       |         |      |               |                  |         |         |           |
| 4.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Enjuagar las manos y antebrazos con agua manteniendo las manos en alto                                                                                                                            |          |                         |           |            |         |          |           |          |                        |      |        |        |       |                      |       |       |       |       |                                     |        |        |                         |      |                    |      |       |         |      |               |                  |         |         |           |
| 5.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Aplicar un agente antiséptico a las superficies de las manos y antebrazos hasta los codos y frotar vigorosamente por lo menos 2 minutos.                                                          |          |                         |           |            |         |          |           |          |                        |      |        |        |       |                      |       |       |       |       |                                     |        |        |                         |      |                    |      |       |         |      |               |                  |         |         |           |
| 6.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Sostener las manos juntas más alto que los codos, y enjuagar las manos y ante brazos completamente con agua limpia                                                                                |          |                         |           |            |         |          |           |          |                        |      |        |        |       |                      |       |       |       |       |                                     |        |        |                         |      |                    |      |       |         |      |               |                  |         |         |           |
| 7.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Mantener las manos arriba y separadas del cuerpo, no tocar ninguna superficie o artículo y secar las manos y antebrazos con una toalla limpia y seca o secarlas al aire                           |          |                         |           |            |         |          |           |          |                        |      |        |        |       |                      |       |       |       |       |                                     |        |        |                         |      |                    |      |       |         |      |               |                  |         |         |           |
| EONP-03-03: Evalúa la presencia de signos y síntomas de shock y clasifica según porcentaje de volemia perdida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                   |          |                         |           |            |         |          |           |          |                        |      |        |        |       |                      |       |       |       |       |                                     |        |        |                         |      |                    |      |       |         |      |               |                  |         |         |           |
| <table><tr><th>PARÁMETROS</th><th>CLASE I</th><th>CLASE II</th><th>CLASE III</th><th>CLASE IV</th></tr><tr><td>Pérdida de volemia (%)</td><td>&lt;15%</td><td>15-30%</td><td>30-40%</td><td>&gt; 40%</td></tr><tr><td>Frecuencia del pulso</td><td>&lt; 100</td><td>&gt; 100</td><td>&gt; 120</td><td>&gt; 140</td></tr><tr><td>Presión arterial en posición supina</td><td>Normal</td><td>Normal</td><td>Hipotensión artotástica</td><td>Baja</td></tr><tr><td>Diuresis (ml/hora)</td><td>&gt; 30</td><td>20-30</td><td>15 a 20</td><td>&lt; 15</td></tr><tr><td>Estado mental</td><td>Ansioso o normal</td><td>Agitado</td><td>Confuso</td><td>Letárgico</td></tr></table> |                                                                                                                                                                                                   |          |                         |           | PARÁMETROS | CLASE I | CLASE II | CLASE III | CLASE IV | Pérdida de volemia (%) | <15% | 15-30% | 30-40% | > 40% | Frecuencia del pulso | < 100 | > 100 | > 120 | > 140 | Presión arterial en posición supina | Normal | Normal | Hipotensión artotástica | Baja | Diuresis (ml/hora) | > 30 | 20-30 | 15 a 20 | < 15 | Estado mental | Ansioso o normal | Agitado | Confuso | Letárgico |
| PARÁMETROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CLASE I                                                                                                                                                                                           | CLASE II | CLASE III               | CLASE IV  |            |         |          |           |          |                        |      |        |        |       |                      |       |       |       |       |                                     |        |        |                         |      |                    |      |       |         |      |               |                  |         |         |           |
| Pérdida de volemia (%)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <15%                                                                                                                                                                                              | 15-30%   | 30-40%                  | > 40%     |            |         |          |           |          |                        |      |        |        |       |                      |       |       |       |       |                                     |        |        |                         |      |                    |      |       |         |      |               |                  |         |         |           |
| Frecuencia del pulso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | < 100                                                                                                                                                                                             | > 100    | > 120                   | > 140     |            |         |          |           |          |                        |      |        |        |       |                      |       |       |       |       |                                     |        |        |                         |      |                    |      |       |         |      |               |                  |         |         |           |
| Presión arterial en posición supina                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Normal                                                                                                                                                                                            | Normal   | Hipotensión artotástica | Baja      |            |         |          |           |          |                        |      |        |        |       |                      |       |       |       |       |                                     |        |        |                         |      |                    |      |       |         |      |               |                  |         |         |           |
| Diuresis (ml/hora)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | > 30                                                                                                                                                                                              | 20-30    | 15 a 20                 | < 15      |            |         |          |           |          |                        |      |        |        |       |                      |       |       |       |       |                                     |        |        |                         |      |                    |      |       |         |      |               |                  |         |         |           |
| Estado mental                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ansioso o normal                                                                                                                                                                                  | Agitado  | Confuso                 | Letárgico |            |         |          |           |          |                        |      |        |        |       |                      |       |       |       |       |                                     |        |        |                         |      |                    |      |       |         |      |               |                  |         |         |           |

VER AYUDA:

| EONP-03-06: Garantiza las medidas de bioseguridad en los procedimientos de canalizar vías venosas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | EONP-03-11: Procedimientos generales para la referencia de madres y recién nacidos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>PASO 1:</b> Asegurar que todos los artículos estén disponibles</p> <p><b>PASO 2:</b> Explicar el procedimiento al paciente</p> <p><b>PASO 3:</b> Antes de empezar identificar las mejores venas</p> <p><b>PASO 4:</b> Lavar el sitio de la punción con jabón y agua limpia</p> <p><b>PASO 5:</b> Lavarse las manos con jabón y agua limpia y secarlas</p> <p><b>PASO 6:</b> Revisar la solución IV asegurar que sea la correcta</p> <p><b>PASO 7:</b> Abrir el equipo de infusión y conectar las piezas</p> <p><b>PASO 8:</b> Insertar el equipo de infusión en la botella o bolsa plástica</p> <p><b>PASO 9:</b> Llenar el tubo de la infusión</p> <p><b>PASO 10:</b> Con el antebrazo y la mano hacia abajo, coloque el torniquete de 10 a 12 cm por arriba del sitio de inserción</p> <p><b>PASO 11:</b> Colocar la mano y el brazo en la toalla limpia en la cama o la tablilla para el brazo</p> <p><b>PASO 12:</b> Ponerse guantes limpios en ambas manos</p> <p><b>PASO 13:</b> Limpiar el sitio de inserción con una solución antiséptica</p> <p><b>PASO 14:</b> Conectar la aguja al extremo estéril del tubo</p> <p><b>PASO 15:</b> Sostener la vena colocando el pulgar sobre ella y traccionar suavemente en contra de la dirección de la inserción</p> <p><b>PASO 16:</b> Insertar la aguja o el catéter con bisel hacia arriba</p> <p><b>PASO 17:</b> Estabilizada la aguja o el catéter, libere torniquete</p> <p><b>PASO 18:</b> Asegurar la aguja o el catéter poniendo un pedazo pequeño de cinta debajo de la base de la aguja o el catéter</p> <p><b>PASO 19:</b> Apósito estéril de gasa sobre el sitio de la punción</p> <p><b>PASO 20:</b> Antes de retirarse los guantes, poner cualquier desecho contaminado de sangre en una bolsa plástica</p> <p><b>PASO 21:</b> Retirarse los guantes invirtiéndolos y colóquelos en una bolsa de plástico o un recipiente para residuos</p> <p><b>PASO 22:</b> Lavarse las manos o usar una solución antiséptica</p> <p><b>PASO 23:</b> Asegurar la muñeca o el antebrazo a la tablilla usando dos cintas</p> <p><b>PASO 24:</b> Ajustar el flujo del goteo al número correcto</p> | <p><u>Llena correctamente la hoja de referencia.</u><br/><u>consignado: VER PÁGINA</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar a la mujer y familia las razones para la referencia</li> <li>2. Organiza el transporte para la referencia</li> <li>3. Informa al establecimiento de referencia la condición la paciente referida y el tiempo aproximado de llegada</li> <li>4. Envía al establecimiento, junto con la paciente, toda la documentación clínica disponible y que pudiera ser de ayuda</li> <li>5. Si la mujer estuviera en trabajo de parto, asegura la disponibilidad de un equipo de atención de parto limpio durante el transporte</li> <li>6. Asegura la disponibilidad de medicamentos, drogas y oxígeno durante el transporte, según se requiera</li> <li>7. En la medida de lo posible enviar junto con la paciente a personal capacitado para dar continuidad a la atención durante el transporte</li> <li>8. Asegurar que los signos vitales de la paciente sean medidos y registrados antes y durante el transporte</li> <li>9. Asegurar que la paciente se mantenga caliente (aunque no sobrecalentada) durante el transporte. En caso de recién nacido, asegurar que la madre lo mantenga caliente mediante contacto piel a piel; evitar la exposición del recién nacido al sol</li> <li>10. Solicitar al establecimiento de referencia información sobre el manejo y situación del paciente referido</li> </ol> |

| BUENA PRÁCTICA EONP-04: El proveedor/a atiende las hemorragias de la segunda mitad del embarazo (> de 22 semanas de gestación). |                                                                                                                                           |     |              |    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Reducir la morbilidad extrema y la mortalidad materna por hemorragias de la segunda mitad del embarazo.     |                                                                                                                                           |     |              |    |    |
| N°                                                                                                                              | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                 | CD  | Verificación |    |    |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                           |     | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                                              | Evalúa la presencia de signos y síntomas de shock y clasifica según porcentaje de volemia perdida. <b>VER AYUDA EONP-03-03</b>            | HAC |              |    |    |
| 02                                                                                                                              | Realiza higiene de manos antes y después de examinar a la usuaria. <b>VER AYUDA APS-08-01</b>                                             | PI  |              |    |    |
| 03                                                                                                                              | En presencia de algún signo o síntoma de peligro y/o shock, refiere urgentemente siguiendo los procedimientos de referencia y transporte: |     |              |    |    |
|                                                                                                                                 | ▪ Vía aérea permeable                                                                                                                     |     |              |    |    |
|                                                                                                                                 | ▪ Si dispone, Oxígeno por catéter nasal a 3 litros x minuto                                                                               |     |              |    |    |
|                                                                                                                                 | ▪ Abrigo suficiente                                                                                                                       | HAC |              |    |    |
|                                                                                                                                 | ▪ Posición en decúbito dorsal con elevación de miembros inferiores                                                                        |     |              |    |    |
|                                                                                                                                 | ▪ Monitoreo estricto de funciones vitales                                                                                                 |     |              |    |    |
|                                                                                                                                 | ▪ Traslado con acompañante potencial donante de sangre                                                                                    |     |              |    |    |
| 04                                                                                                                              | Coloca vía EV segura con catéter N° 18 con ClNa 0.9%, 1000 ml, a chorro en 15-20 min, hasta pasar 2 L en la primera hora                  | HAC |              |    |    |
| 05                                                                                                                              | Garantiza las medidas de bioseguridad en los procedimientos de canalizar vías venosas. <b>VER AYUDA EONP-03-06</b>                        | PI  |              |    |    |
| 06                                                                                                                              | Elimina correctamente los elementos punzo cortantes en depósito especial seguro. <b>VER AYUDA EONP-04-06</b>                              | PI  |              |    |    |
| 07                                                                                                                              | Colocar sonda Foley con bolsa colectora                                                                                                   | HAC |              |    |    |
| 08                                                                                                                              | Garantiza medidas de bioseguridad en los procedimientos de colocar sondas vesicales. <b>VER AYUDA EONP-04-08</b>                          | PI  |              |    |    |
| 09                                                                                                                              | No realiza tacto ni examen con especulo                                                                                                   | HAC |              |    |    |
| 10                                                                                                                              | Comunica la referencia al sitio al que refiere la paciente                                                                                | GLS |              |    |    |
| 11                                                                                                                              | Refiere inmediatamente al hospital FONE. <b>VER AYUDA APS-02-04</b>                                                                       | HAC |              |    |    |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                                                     |                                                                                                                                           |     |              |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                    |                                                                                                                                           |     |              |    |    |

## VER AYUDA:

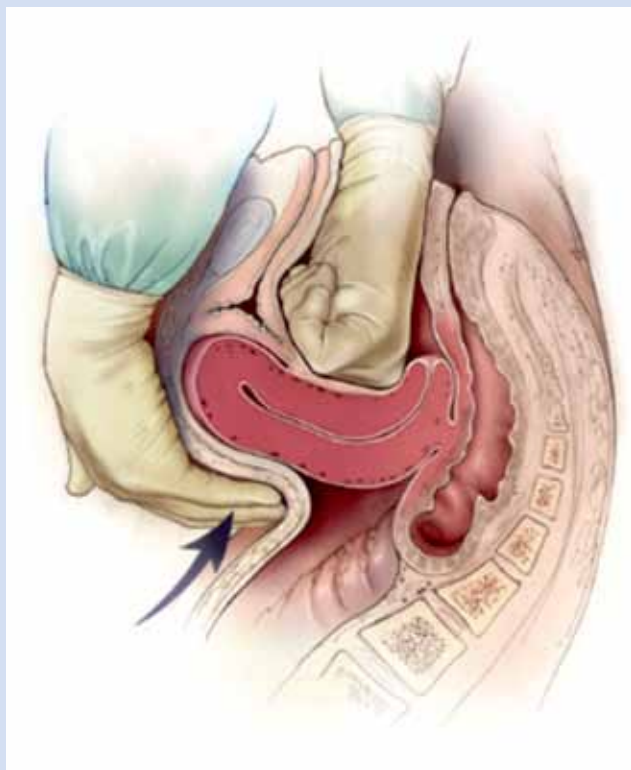
| EONP-04-06: Elimina correctamente los elementos punzo cortantes en depósito especial seguro.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | EONP-04-08: Garantiza las medidas de bioseguridad en los procedimientos de colocar sondas vesicales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>PASO 1:</b><br/>No retapar ni desmontar la aguja ni la jeringa</p> <p><b>PASO 2:</b><br/>Después del uso, para descontaminar la aguja y jeringa montada, sostiene la punta de la aguja bajo la superficie de una solución de cloro al 0,5%. Llenar la jeringa con la solución y enjuagar tres veces (si la jeringa y/o la aguja será reprocesada, llenar la jeringa con solución de cloro al 0,5% y sumergirla en la solución durante 10 minutos para su descontaminación)</p> <p><b>PASO 3:</b><br/>Colocar las agujas y jeringas montadas que se eliminan en un recipiente de corto punzante con tapa y resistente a los pinchazos, de cartón duro, plástica o metal. La abertura en la tapa debe ser lo bastante grande para que los objetos puedan entrar fácilmente, pero también lo bastante pequeña para ser retirado desde adentro</p> <p><b>PASO 4:</b><br/>Cuando el recipiente está tres cuartos lleno, debe ser retirado del área para su eliminación</p> | <p><b>PASO 1:</b> Asegurar que todos los artículos estén disponibles</p> <p><b>PASO 2:</b> Antes de empezar el procedimiento: Separe los labios mayores y cuidadosamente lave el área de la uretra y del labio interior</p> <p><b>PASO 3:</b> Lave las manos con jabón y agua limpia y séquese con una toalla seca limpia o séquelas al aire</p> <p><b>PASO 4:</b> Use guantes estériles o desinfectados a alto nivel en ambas manos</p> <p><b>PASO 5:</b> Utilice un catéter tan pequeño como consistente con un buen drenaje</p> <p><b>PASO 6:</b> Mantener los labios separados con la mano no dominante y preparar dos veces el área de la uretra con una solución antiséptica</p> <p><b>PASO 7:</b> Colocar los artículos sucios, incluyendo el catéter recto si se va a desechar, en una bolsa plástica o en un contenedor cubierto a prueba de agua para desechos</p> <p><b>PASO 8:</b> Quitarse los guantes invirtiéndolos y colocarlos en una bolsa plástica o un contenedor para desechos</p> |

| BUENA PRÁCTICA EONP-05: El proveedor/a atiende las hemorragias que se presentan después del parto.    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                             |              |    |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Reducir la morbilidad extrema y la mortalidad materna por hemorragias post parto. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                             |              |    |    |
| Nº                                                                                                    | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CD                                          | Verificación |    |    |
|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                             | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                    | Evalúa la presencia de signos y síntomas de shock y clasifica según porcentaje de volemia perdida. <b>VER AYUDA EONP-03-03</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | HAC                                         |              |    |    |
| 02                                                                                                    | Realiza higiene de manos antes y después de examinar a la usuaria. <b>VER AYUDA APS-08-01</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PI                                          |              |    |    |
| 03                                                                                                    | En presencia de algún signo o síntoma de peligro y/o shock, refiere urgentemente siguiendo los procedimientos de estabilización, referencia y transporte: <ul style="list-style-type: none"><li>Vía aérea permeable</li><li>Si dispone, Oxígeno por catéter nasal a 3 litros x minuto</li><li>Abrigo suficiente</li><li>Coloca en posición de decúbito dorsal con elevación de miembros inferiores</li><li>Monitoreo estricto de funciones vitales durante el traslado con acompañante potencial donante de sangre</li></ul> | HAC                                         |              |    |    |
| 04                                                                                                    | Coloca vía endovenosa con catéter N° 18 y administra CINA 0.9%, 1000 ml a chorro en 15-20 min, pasa 2 L en la primera hora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | HAC                                         |              |    |    |
| 05                                                                                                    | Garantiza las medidas de bioseguridad en los procedimientos de canalizar vías venosas. <b>VER AYUDA EONP-03-06</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PI                                          |              |    |    |
| 06                                                                                                    | Elimina correctamente los elementos punzo cortantes en depósito especial seguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PI                                          |              |    |    |
| 07                                                                                                    | Si personal capacitado, examina el fondo uterino para determinar si esta contraído                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | HAC                                         |              |    |    |
| 08                                                                                                    | SI fondo uterino <b>NO ESTA BIEN CONTRAIDO</b> , realiza masaje uterino externo para expulsar sangre y coágulos de la cavidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | HAC                                         |              |    |    |
| 09                                                                                                    | Si personal capacitado, verifica desprendimiento de placenta y realiza extracción manual, si la placenta esta desprendida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | HAC                                         |              |    |    |
| 10                                                                                                    | Administra 10 unidades de Oxitocina por vía IM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | HAC                                         |              |    |    |
| 11                                                                                                    | Coloca infusión salina con 20 unidades de Oxitocina a 40 gotas por minuto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | HAC                                         |              |    |    |
| 12                                                                                                    | Si el personal está capacitado y hay sangrado profuso, realiza compresión bimanual del útero. <b>VER AYUDA EONP-05-12</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | HAC                                         |              |    |    |
| 13                                                                                                    | Si al examen el fondo uterino <b>ESTA CONTRAIDO</b> , examina periné, vagina y cérvix y descarta sangrado por desgarros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | HAC                                         |              |    |    |
| 14                                                                                                    | Si personal capacitado y desgarros I-II, sutura con catgut cromado 2/0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | HAC                                         |              |    |    |
| 15                                                                                                    | Con desgarros III-IV y/o desgarro de cérvix, realiza referencia a EESS con FONB o FONE, según corresponda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | HAC                                         |              |    |    |
| 16                                                                                                    | Comunica la referencia al sitio al que refiere la paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | GLS                                         |              |    |    |
|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                             |              |    |    |

## VER AYUDA:

**EONP-05-12: Si el personal está capacitado y hay sangrado profuso, realiza compresión bimanual del útero.**

- Coloca vía EV segura con ClNa 0.9% 1000 cc con 20 U de Oxitocina a 40-60 gotas por minuto
- Si el sangrado es abundante coloca un segunda vía con solo ClNa 1000 cc y pasar 500 cc a chorro continuando a 30 gotas por minuto
- Coloca sonda vesical
- Aplica Ergometrina 1 ampolla (0.2 mg), IM, si TA con valores normales, que se puede repetir a los 15 min
- Realiza compresión bimanual externa (ver imagen)
- Si sospecha retención de restos, revisión de la cavidad uterina extrayendo coágulos



| BUENA PRÁCTICA EONP-06: El proveedor/a atiende correctamente a la gestante con hipertensión arterial, convulsiones, coma, cefalea severa o visión borrosa. |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir la morbilidad extrema y evitar la mortalidad materna por Enfermedad Hipertensiva del embarazo.                                 |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    |              |       |
| N°                                                                                                                                                         | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                    | CD                                                 | Verificación |       |
|                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                         | Evalúa funciones vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura)                                                                                                                                      | HAC                                                |              |       |
| 02                                                                                                                                                         | Coloca vía endovenosa segura con catéter N° 18 y administra ClNa 0.9%                                                                                                                                                                        | HAC                                                |              |       |
| 03                                                                                                                                                         | Realiza higiene de manos antes y después de examinar a la usuaria. <b>VER AYUDA EONP-03-09</b>                                                                                                                                               | PI                                                 |              |       |
| 04                                                                                                                                                         | Garantiza las medidas de bioseguridad en los procedimientos de canalizar vías venosas. <b>VER AYUDA EONP-03-06</b>                                                                                                                           | PI                                                 |              |       |
| 05                                                                                                                                                         | Elimina correctamente los elementos punzo cortantes en depósito especial seguro. <b>VER AYUDA EONP-04-06</b>                                                                                                                                 | PI                                                 |              |       |
| 06                                                                                                                                                         | Si presión diastólica es de 110 mmHg o más, presenta o ha presentado convulsiones u otro síntoma de pre eclampsia severa administra 4 g de Sulfato de Magnesio IM                                                                            | HAC                                                |              |       |
| 07                                                                                                                                                         | Si la paciente esta inconsciente garantiza vía aérea permeable                                                                                                                                                                               | HAC                                                |              |       |
| 08                                                                                                                                                         | Coloca en decúbito lateral izquierdo abrigada                                                                                                                                                                                                | HAC                                                |              |       |
| 09                                                                                                                                                         | <b>Si hay médico o profesional de obstetricia:</b><br>Administra Sulfato de Magnesio: Coloca vía endovenosa segura y diluir 10 g (5 ampollas al 20%), en 1 L de ClNa 0.9%; pasar 400 ml a chorro y mantener a 30 got/min hasta llegar a FONE | HAC                                                |              |       |
| 10                                                                                                                                                         | Si la presión arterial es mayor de 160/110 administra Nifedipino 10 mg vía oral, que puede repetir cada 4 horas                                                                                                                              | HAC                                                |              |       |
| 11                                                                                                                                                         | Coloca sonda Foley y monitoriza la diuresis horaria hasta la referencia                                                                                                                                                                      | HAC                                                |              |       |
| 12                                                                                                                                                         | Garantiza medidas de bioseguridad en los procedimientos de colocar sondas vesicales. <b>VER AYUDA EONP-04-08</b>                                                                                                                             | PI                                                 |              |       |
| 13                                                                                                                                                         | Comunica la referencia al sitio al que refiere la paciente                                                                                                                                                                                   | GLS                                                |              |       |
| 14                                                                                                                                                         | Refiere de inmediato a EESS con FONE. <b>VER AYUDA EONP-03-11</b>                                                                                                                                                                            | HAC                                                |              |       |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                              | <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b> |              |       |

| BUENA PRÁCTICA EONP-07: El proveedor/a atiende correctamente a la usuaria con rotura prematura de membranas (RPM) y fiebre por corioamnionitis durante el embarazo o trabajo de parto. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |              |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir la mortalidad materna y perinatal por corioamnionitis.                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |              |       |
| Nº                                                                                                                                                                                     | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CD                                                 | Verificación |       |
|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                                                     | Confirma el diagnóstico de rotura prematura de membranas (RPM): <ul style="list-style-type: none"> <li>Con personal calificado, realiza examen con espéculo</li> <li>Si dispone del medio realiza test de nitrazina</li> </ul>                                                                                         | HAC                                                |              |       |
| 02                                                                                                                                                                                     | Realiza higiene de manos antes y después de realizar procedimientos. <b>VER AYUDA EONP-03-09</b>                                                                                                                                                                                                                       | PI                                                 |              |       |
| 03                                                                                                                                                                                     | Identifica signos de corioamnionitis: <ul style="list-style-type: none"> <li>Flujo vaginal mal oliente</li> <li>Fiebre materna y/o taquicardia materna</li> <li>Dolor a la palpación del útero</li> <li>Alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal</li> </ul>                                                        | HAC                                                |              |       |
| 04                                                                                                                                                                                     | Coloca vía endovenosa segura con catéter Nº 18 y administra ClNa 0.9%                                                                                                                                                                                                                                                  | HAC                                                |              |       |
| 05                                                                                                                                                                                     | Garantiza las medidas de bioseguridad en los procedimientos de canalizar vías venosas. <b>VER AYUDA EONP-03-06</b>                                                                                                                                                                                                     | PI                                                 |              |       |
| 06                                                                                                                                                                                     | Si personal de salud es capacitado, inicia tratamiento de RPM mayor de 12 horas con antibiótico vía endovenosa y oral: Ampicilina 2g EV c/6 horas más Eritromicina 500mg c/8 horas vía oral por 48 horas. Luego continúa con Eritromicina 500 mg c/8 horas vía oral y Amoxicilina 500 mg c/8 horas vía oral por 5 días | HAC                                                |              |       |
| 07                                                                                                                                                                                     | Si el personal de salud es capacitado inicia tratamiento de corioamnionitis con antibiótico vía endovenosa: Ampicilina 2 g EV más Gentamicina 5mg/Kg de peso EV cada 24 horas, o como alternativa: Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas y Gentamicina 5 mg/kg peso EV cada 24 horas                                     | HAC                                                |              |       |
| 08                                                                                                                                                                                     | Refiere inmediatamente al hospital FONE. <b>VER AYUDA EONP-03-11</b>                                                                                                                                                                                                                                                   | HAC                                                |              |       |
| 09                                                                                                                                                                                     | Comunica la referencia al EESS al que refiere                                                                                                                                                                                                                                                                          | GLS                                                |              |       |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b> |              |       |

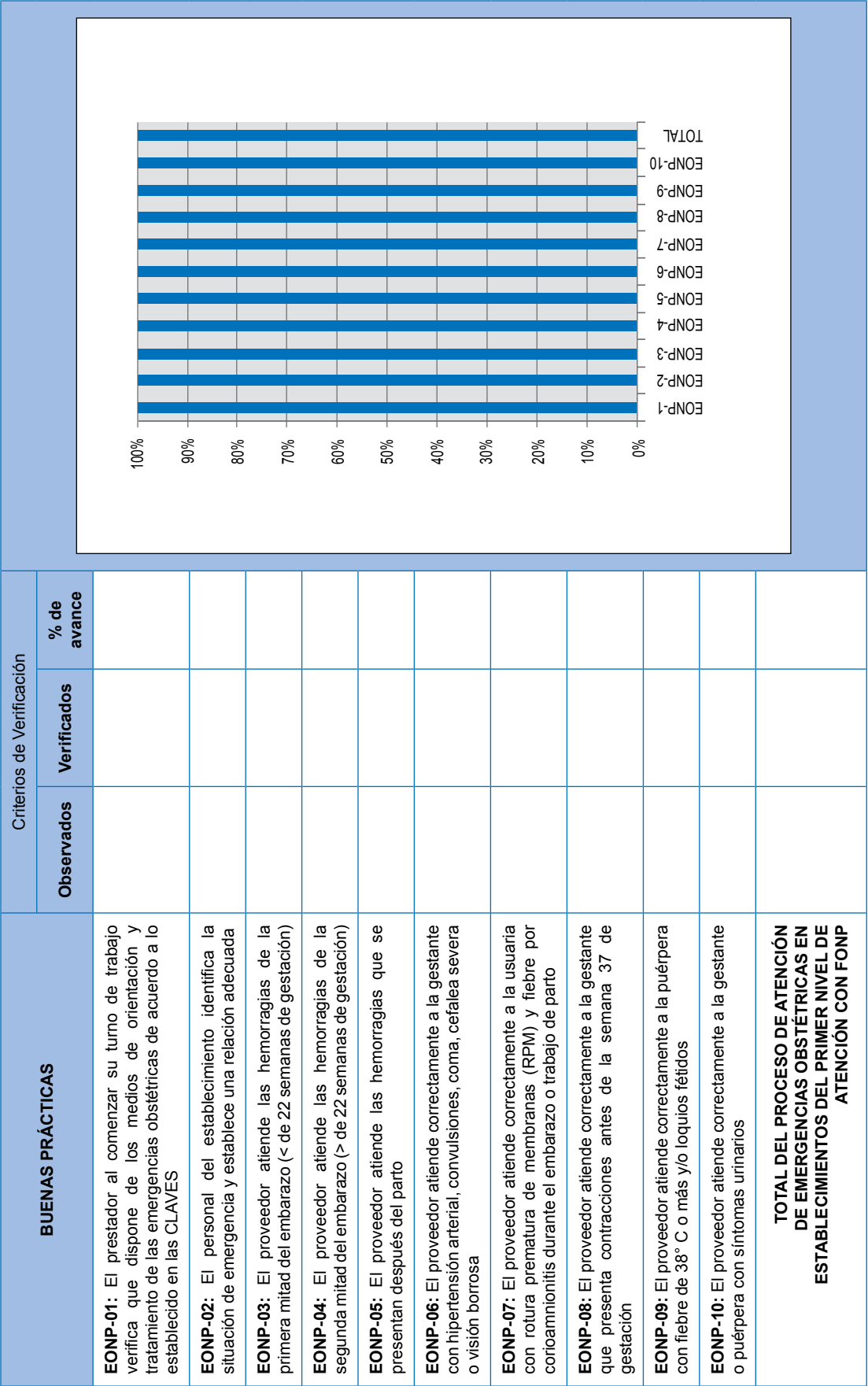
| BUENA PRÁCTICA EONP-08: El proveedor/a atiende correctamente a la gestante que presenta contracciones antes de la semana 37 de gestación. |                                                                                                                                                                                                            |     |                                             |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir la mortalidad neonatal.                                                                                       |                                                                                                                                                                                                            |     |                                             |       |
| N°                                                                                                                                        | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                  | CD  | Verificación                                |       |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                            |     | SI                                          | NO NA |
| 01                                                                                                                                        | Verifica la edad gestacional, por fecha de última menstruación, altura uterina o ecografía si la tuviera realizada                                                                                         | HAC |                                             |       |
| 02                                                                                                                                        | Evalúa la dinámica uterina, intensidad, duración y frecuencia                                                                                                                                              | HAC |                                             |       |
| 03                                                                                                                                        | Si dinámica presente con intensidad regular y frecuencia de 2 o más en 10 min, coloca vía endovenosa con catéter N° 18 y administrar CINA 0.9%, 1000 ml                                                    | HAC |                                             |       |
| 04                                                                                                                                        | Garantiza las medidas de bioseguridad en los procedimientos de canalizar vías venosas. <b>VER AYUDA EONP-03-06</b>                                                                                         | PI  |                                             |       |
| 05                                                                                                                                        | Si no hay personal de salud calificado, refiere inmediatamente a EESS con FONE. <b>VER AYUDA EONP-03-11</b>                                                                                                | HAC |                                             |       |
| 06                                                                                                                                        | Comunica la referencia al EESS al que refiere                                                                                                                                                              | GLS |                                             |       |
| 07                                                                                                                                        | Si es personal de salud calificada y el embarazo está entre 24 y 34 semanas, administra betametasona 12 mg IM                                                                                              | HAC |                                             |       |
| 08                                                                                                                                        | Si personal de salud calificada, y la gestante NO se encuentra en trabajo de parto, administra Nifedipino 10 mg VO                                                                                         | HAC |                                             |       |
| 09                                                                                                                                        | Si hay personal de salud calificado, Evalúa la dilatación cervical, si menos de 3 cm, refiere a EESS con FONE<br>Si dilatación de 6 cm o más, y el tiempo de traslado es de 4 horas o más atiende el parto | HAC |                                             |       |
| 10                                                                                                                                        | Realiza higiene de manos antes y después de los exámenes. <b>VER AYUDA EONP-03-09</b>                                                                                                                      | PI  |                                             |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                            |     | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |       |

| BUENA PRÁCTICA EONP-09: El proveedor/a atiende correctamente a la puérpera con fiebre de 38° C o más y/o loquios fétidos. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |                                                    |    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Reducir la mortalidad materna por sepsis puerperal.                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |                                                    |    |    |
| N°                                                                                                                        | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CD  | Verificación                                       |    |    |
|                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     | SI                                                 | NO | NA |
| 01                                                                                                                        | Identifica signos de endometritis: <ul style="list-style-type: none"> <li>Flujo vaginal mal oliente</li> <li>Fiebre materna y/o taquicardia materna</li> <li>Dolor a la palpación del útero</li> <li>Dolor a la palpación de hemiabdomen inferior</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | HAC |                                                    |    |    |
| 02                                                                                                                        | Detecta signos del Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS), asociada a foco infeccioso conocido o sospechado: <ul style="list-style-type: none"> <li>Temperatura &gt; de 38° ó &lt; de 36° C</li> <li>Taquicardia mayor de 90 x min</li> <li>Frecuencia respiratoria &gt; de 20 x min</li> <li>Leucocitos en cantidad &gt; 12,000 o menor de 4,000; con desviación izquierda (índice de abastones mayor de 10%)</li> </ul>                                                                                                                                                                                     | HAC |                                                    |    |    |
| 03                                                                                                                        | Evalúa presencia de signos de shock séptico: <ul style="list-style-type: none"> <li>Frecuencia cardíaca mayor de 110 x min</li> <li>Presión arterial sistólica menor de 90 mmHg</li> <li>Sudoración, piel fría y húmeda</li> <li>Cambios en el sensorio</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | HAC |                                                    |    |    |
| 04                                                                                                                        | En presencia de algún signo o síntoma de shock, refiere urgentemente siguiendo los procedimientos de estabilización, referencia y transporte: <ul style="list-style-type: none"> <li>Vía aérea permeable</li> <li>Si dispone oxígeno por catéter nasal a 3 litros x minuto</li> <li>Abrigo suficiente</li> <li>Coloca en posición en decúbito dorsal con elevación de miembros inferiores</li> <li>Monitoreo estricto de funciones vitales durante el traslado</li> <li>Administra C/Na 0.9%, 1000 ml a chorro en 15-20 min, hasta pasar 2 L en la primera hora</li> <li>Coloca sonda Foley con bolsa colectora</li> </ul> | HAC |                                                    |    |    |
| 05                                                                                                                        | Coloca vía endovenosa segura con catéter N° 18 y administra C/Na 0.9%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | HAC |                                                    |    |    |
| 06                                                                                                                        | Realiza higiene de manos antes y después de examinar a la usuaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PI  |                                                    |    |    |
| 07                                                                                                                        | Garantiza las medidas de bioseguridad en los procedimientos de canalizar vías venosas. <b>VER AYUDA EONP-03-06</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PI  |                                                    |    |    |
| 08                                                                                                                        | Elimina correctamente los elementos punzo cortantes en depósito especial seguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PI  |                                                    |    |    |
| 09                                                                                                                        | Si personal de salud capacitado inicia tratamiento antibiótico, si hay signos de endometritis; administra: Ampicilina 2 g EV más Gentamicina 5mg/Kg de peso EV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | HAC |                                                    |    |    |
| 10                                                                                                                        | Refiere inmediatamente al hospital FONE. <b>VER AYUDA EONP-03-11</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | HAC |                                                    |    |    |
| 11                                                                                                                        | Comunica la referencia al sitio al que refiere la paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | GLS |                                                    |    |    |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     | <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b> |    |    |

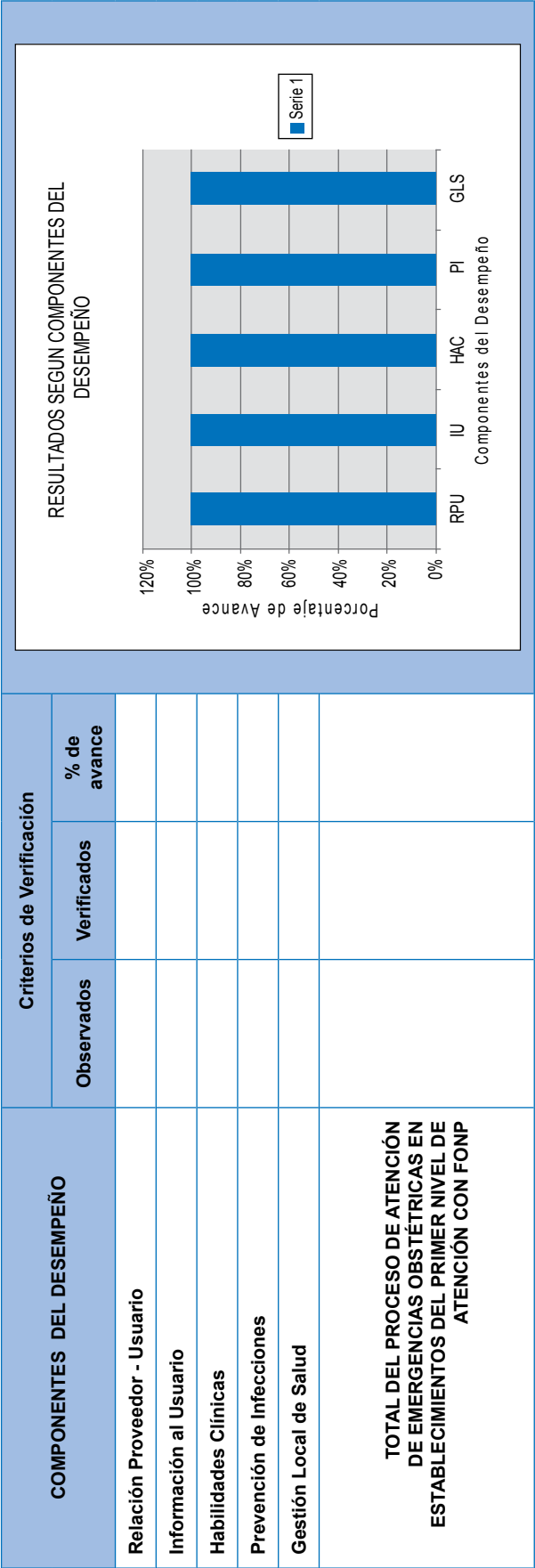
| BUENA PRÁCTICA EONP-10: El proveedor/a atiende correctamente a la gestante o púrpura con síntomas urinarios. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                             |              |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Reducir el índice de parto pre término. Reducir mortalidad materna y perinatal.          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                             |              |    |    |
| N°                                                                                                           | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CD                                          | Verificación |    |    |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                             | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                           | Evalúa presencia de signos de pielonefritis aguda: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipersensibilidad en flanco, dolor a la puño percusión lumbar</li> <li>• Náuseas y/o vómitos</li> <li>• Escalofríos</li> <li>• Ocasionalmente síntomas de ITU bajo</li> </ul>                                                                                           | HAC                                         |              |    |    |
| 02                                                                                                           | Si hay signos de pielonefritis, coloca vía EV con catéter N° 18 y administra CINA 0.9%, y refiere a EESS con FONE                                                                                                                                                                                                                                                   | HAC                                         |              |    |    |
| 03                                                                                                           | Realiza higiene de manos antes y después de examinar a la usuaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PI                                          |              |    |    |
| 04                                                                                                           | Garantiza las medidas de bioseguridad en los procedimientos de canalizar vías venosas. <b>VER AYUDA EONP-03-06</b>                                                                                                                                                                                                                                                  | PI                                          |              |    |    |
| 05                                                                                                           | Evalúa presencia de signos de shock séptico en caso con síntomas de pielonefritis: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión arterial sistólica menor de 90 mm Hg</li> <li>• Frecuencia cardíaca mayor de 110 x min</li> <li>• Sudoración, piel fría y húmeda</li> <li>• Cambios en el sensorio</li> </ul>                                                   | HAC                                         |              |    |    |
| 06                                                                                                           | En presencia de algún signo de shock: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coloca vía endovenosa con catéter N° 18 y administrar CINA 0.9%</li> <li>• Pasa 2000 ml a goteo abierto</li> <li>• Coloca sonda Foley con bolsa colectora.</li> <li>• Administra antibiótico: Ampicilina 1 g EV + Gentamicina 80 mg IM</li> <li>• Refiere a EESS con FONE</li> </ul> | HAC                                         |              |    |    |
| 07                                                                                                           | Garantiza medidas de bioseguridad en los procedimientos de colocar sondas vesicales. <b>VER AYUDA EONP-04-08</b>                                                                                                                                                                                                                                                    | PI                                          |              |    |    |
| 08                                                                                                           | Si no hay signos de pielonefritis o shock, y hay molestias al orinar: descarta que la irritación al orinar tenga causa externa debido al paso de la orina por la episiotomía o desgarro post parto                                                                                                                                                                  | HAC                                         |              |    |    |
| 09                                                                                                           | Si confirma que los síntomas son de origen urinario y no hay personal calificado, refiere para valoración médica                                                                                                                                                                                                                                                    | HAC                                         |              |    |    |
| 10                                                                                                           | Comunica la referencia al sitio al que refiere la paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | GLS                                         |              |    |    |
| 11                                                                                                           | En EESS con personal médico, si confirma que los síntomas son de origen urinario, indica antibióticos: Ampicilina 500 mg VO C/6 horas por 7 días o Nitrofurantoina 100 mg C/6 horas por 7 días                                                                                                                                                                      | HAC                                         |              |    |    |
| 12                                                                                                           | Recomienda aumentar la ingesta de líquidos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | HAC                                         |              |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |    |    |

| MINISTERIO DE SALUD                                                                                                                                                                            |      | INSTRUMENTO DE MEDICION DEL DESEMPEÑO DE PROCESOS DE ATENCIÓN DE SALUD |   |   |   |   |   |   |   |   |    | HOJA RESUMEN<br>MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE BUENAS PRÁCTICAS |    |            |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------------------------------------------------------|----|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| DIRESA:                                                                                                                                                                                        | RED: | EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN ESTABLECIMIENTOS FONP                       |   |   |   |   |   |   |   |   |    | CÓDIGO RENAES:                                             |    | MICRORRED: |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| ESTABLECIMIENTO:                                                                                                                                                                               |      |                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    | CATEGORIA:                                                 |    | FECHA:     |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| BUENAS PRÁCTICAS                                                                                                                                                                               |      | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |    |            |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|                                                                                                                                                                                                |      | 1                                                                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11                                                         | 12 | 13         | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | % |
| EONP-01: El prestador al comenzar su turno de trabajo verifica que dispone de los medios de orientación y tratamiento de las emergencias obstétricas de acuerdo a lo establecido en las CLAVES |      |                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |    |            |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| EONP-02: El personal del establecimiento identifica la situación de emergencia y establece una relación adecuada                                                                               |      |                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |    |            |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| EONP-03: El proveedor atiende las hemorragias de la primera mitad del embarazo (< de 22 semanas de gestación)                                                                                  |      |                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |    |            |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| EONP-04: El proveedor atiende las hemorragias de la segunda mitad del embarazo (> de 22 semanas de gestación)                                                                                  |      |                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |    |            |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| EONP-05: El proveedor atiende las hemorragias que se presentan después del parto                                                                                                               |      |                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |    |            |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| EONP-06: El proveedor atiende correctamente a la gestante con hipertensión arterial, convulsiones, coma, cefalea severa o visión borrosa                                                       |      |                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |    |            |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| EONP-07: El proveedor atiende correctamente a la usuaria con rotura prematura de membranas (RPM) y fiebre por corioamnionitis durante el embarazo o trabajo de parto                           |      |                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |    |            |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| EONP-08: El proveedor atiende correctamente a la gestante que presenta contracciones antes de la semana 37 de gestación                                                                        |      |                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |    |            |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| EONP-09: El proveedor atiende correctamente a la puérpera con fiebre de 38° C o mas y/o loquios fétidos                                                                                        |      |                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |    |            |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| EONP-10: El proveedor atiende correctamente a la gestante o puérpera con síntomas urinarios                                                                                                    |      |                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |    |            |    |    |    |    |    |    |    |    |   |

RESULTADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN EESS CON FONP, SEGÚN BUENAS PRÁCTICAS.



RESULTADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN EESS CON FONP SEGÚN COMPONENTES DE DESEMPEÑO.



ANEXO N° 03  
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA Y NEONATAL  
Instrumento 3.5  
ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD FONB

|                            |                                 |                                 |  |
|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|
| DIRESA/DISA:               |                                 | Red:                            |  |
| Microrred:                 |                                 | Código RENAES:                  |  |
| Nombre del establecimiento |                                 |                                 |  |
| Número de medición         | Persona que realiza la medición | Fecha de la medición (dd/mm/aa) |  |

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |                                             |              |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|----|
| BUENA PRÁCTICA EONB-01: El prestador /a al comenzar su turno de trabajo verifica que dispone de los medios de orientación y tratamiento de las emergencias obstétricas de acuerdo a lo establecido en las CLAVES. |                                                                                                                                  |                                             |              |    |
| Objetivo Sanitario: Reducir la morbilidad extrema y evitar la mortalidad materna.                                                                                                                                 |                                                                                                                                  |                                             |              |    |
| N°                                                                                                                                                                                                                | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                        | CD                                          | Verificación |    |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |                                             | SI           | NO |
| 01                                                                                                                                                                                                                | Dispone en lugar visible de los medios (CLAVES) que orientan la atención de las EON                                              | GLS                                         |              |    |
| 02                                                                                                                                                                                                                | El personal conoce su rol en la atención de las emergencias obstétricas, según las claves                                        | HAC                                         |              |    |
| 03                                                                                                                                                                                                                | Dispone de los medicamentos e insumos para la atención de Emergencias por hemorragia según la CLAVE ROJA. VER AYUDA EONB-01-03   | GLS                                         |              |    |
| 04                                                                                                                                                                                                                | Dispone de los medicamentos e insumos para la atención de Emergencias por hipertensión según la CLAVE AZUL. VER AYUDA EONB-01-04 | GLS                                         |              |    |
| 05                                                                                                                                                                                                                | Dispone de los medicamentos e insumos para la atención de Emergencias por sepsis según la CLAVE AMARILLA. VER AYUDA EONB-01-05   | GLS                                         |              |    |
| 06                                                                                                                                                                                                                | Dispone de medios de comunicación operativo, para informar el traslado al EESS al que refiere las usuarias con emergencias       | GLS                                         |              |    |
| 07                                                                                                                                                                                                                | Dispone de medios de transporte operativo, para realizar el traslado al EESS al que refiere las usuarias con emergencias         | GLS                                         |              |    |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                  |                                             |              |    |

## VER AYUDA

| EONB-01-03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | EONB-01-05                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | EONB-01-04                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>KIT DE CLAVE ROJA</b><br>1.- C/N a al 9% 1000 cc. 2 Fco.<br>2.- Poligelina 2 Fco.<br>3.- Equipo de Venoclisis 2 Unid.<br>4.- Cateter Endovenoso N° 16 ó 18 3 Unid.<br>5.- Jeringas 5 cc 3 Unid.<br>6.- Oxitocina 10 UI 10 Amp.<br>7.- Ergometrina Maleato 0.2 mg 2 Amp.<br>8.- Misoprostol 200 ug 4 Tab.<br>9.- Tubo de Mayo 1 Unid.<br>10.- Guantes Quirúrgicos 3 Unid.<br>11.- Sonda Foley N° 14 1 Unid.<br>12.- Bolsa colector 1 Unid.<br>13.- Esparadrapo Pequeño 1 Unid.<br>14.- Ligadura 1 Unid.<br>15.- Alcohol de 50 cc, 1 Unid.<br>16.- Algodón en torundas 8 Unid. |  | <b>KIT DE CLAVE AMARILLA</b><br>1.- C/Na al 9 1000 cc. 2 Fcos.<br>2.- Equipo de Venoclisis 1 Unid.<br>3.- Abocath N° 18 1 Unid.<br>4.- Ampicilina 1 gr. 1 Fco.<br>5.- Gentamicina 80 mgr 1 Amp.<br>6.- Oxitocina 10 UI 3 Amp.<br>7.- Ranitidina 50 mg. 1 Amp.<br>8.- Metamizol 1 gr. 2 Amp.<br>9.- Furosemida 20 mgr. 1 Amp.<br>10.- Sonda Foley N° 14 1 Unid.<br>11.- Colector de Orina 1 Unid.<br>12.- Jeringa de 10 cc. 2 Unid.<br>13.- Jeringa de 5 cc. 4 Unid.<br>14.- Agujas N° 23 2 Unid.<br>15.- Agujas N° 21 2 Unid. |  | <b>KIT DE CLAVE AZUL</b><br>1.- Cloruro de Sodio 02 Fcos.<br>2.- Equipo de Venoclisis 02 Unid.<br>3.- Catéter Endovenoso N° 18 02 Unid.<br>4.- Sifato de Magnesio 20% 08 Amp.<br>5.- Gluconato de Calcio 02 Amp.<br>6.- Metildopa 500 mg Tab. 04 Unid.<br>7.- Nifedipino 10 mg. Tab. 05 Unid.<br>8.- Tubo de Mayo 01 Unid.<br>9.- Guantes Quirúrgicos N° 7½ 04 Unid.<br>10.- Sonda Foley N° 14 01 Unid.<br>11.- Bolsa Colectora de Orina 01 Unid.<br>12.- Jeringa 10 cc C/A N° 21 04 Unid.<br>13.- Jeringa 5 cc C/A N° 21 04 Unid.<br>14.- Bombilla de Aspiración 01 Unid.<br>15.- Bajalengua protegido con gasa 01 Unid.<br>16.- Aguja N° 21 04 Unid. |  |

| BUENA PRÁCTICA EONB-02: El personal del establecimiento identifica la situación de emergencia y establece una relación adecuada. |                                                                                                                    |     |              |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir la morbilidad extrema y evitar la mortalidad materna.                                                |                                                                                                                    |     |              |       |
| N°                                                                                                                               | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                          | CD  | Verificación |       |
|                                                                                                                                  |                                                                                                                    |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                               | Pregunta a la usuaria o acompañante por la característica de los signos y síntomas de alarma. VER AYUDA EONB-02-01 | HAC |              |       |
| 02                                                                                                                               | En caso de identificar algún signo de alarma asegura que la usuaria reciba atención prioritaria e inmediata        | HAC |              |       |
| 03                                                                                                                               | Se presenta y saluda a la usuaria y/o sus familiares según sea el caso                                             | RPU |              |       |
| 04                                                                                                                               | Establece relación con el familiar responsable indagando las características del problema                          | RPU |              |       |
| 05                                                                                                                               | Indaga quien es el familiar designado como responsable del consentimiento informado                                | RPU |              |       |
| 06                                                                                                                               | Brinda apoyo psicológico a la madre y/o familiares                                                                 | RPU |              |       |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                                                      |                                                                                                                    |     |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                     |                                                                                                                    |     |              |       |

VER AYUDA:

| EONB-02-01: Pregunta a la usuaria o acompañante por la característica de los signos y síntomas de alarma.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>1. Sangrado vaginal antes del parto</div> <div>2. Ruptura de membranas (fuentes)</div> <div>3. Convulsiones o pérdida de conciencia</div> <div>4. Cefalea intensa, incluyendo visión borrosa</div> <div>5. Dolor abdominal intenso</div> <div>6. Dificultad respiratoria</div> <div>7. Disminución o ausencia de movimientos fetales</div> <div>8. Fiebre alta con escalofríos</div> <div>9. Oliguria, no orina después del parto</div> <div>10. Loquios mal olientes</div> | <div>1. Tuvo parto en casa y no expulsa la placenta</div> <div>2. Lleva muchas horas de parto (parto obstruido)</div> <div>3. Después de expulsar la placenta sigue sangrando</div> <div>4. Embarazo gemelar</div> <div>5. No expulsa el segundo feto</div> <div>6. Precidencia de cordón</div> <div>7. Vómitos que no cesan</div> <div>8. Coloración amarilla de piel y/o mucosas</div> <div>9. Signos de infección en las mamas</div> |

| BUENA PRÁCTICA EONB-03: El proveedor/a atiende las hemorragias de la primera mitad del embarazo (< de 22 semanas de gestación).    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir la morbilidad extrema y evitar la mortalidad materna por hemorragias de la primera mitad del embarazo. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |              |       |
| Nº                                                                                                                                 | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CD                                                 | Verificación |       |
|                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                 | Evalúa la presencia de signos y síntomas de shock y clasifica según porcentaje de volemia perdida. <b>VER AYUDA EONB-03-01</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | HAC                                                |              |       |
| 02                                                                                                                                 | En presencia de algún signo de shock, refiere urgentemente siguiendo los procedimientos de referencia y transporte: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vía aérea permeable</li> <li>• Oxígeno por catéter nasal a 3 litros x minuto</li> <li>• Abrigo suficiente</li> <li>• Posición en decúbito dorsal con elevación de miembros inferiores</li> <li>• Monitoreo estricto de funciones vitales por profesional</li> <li>• Traslado con acompañante potencial donante de sangre</li> <li>• Coloca vía EV segura con catéter Nº 18 y administra ClNa 0.9%, 1000 ml a chorro en 15-20 min, pasar 2 L en la primera hora</li> </ul> | HAC                                                |              |       |
| 03                                                                                                                                 | Garantiza las medidas de bioseguridad en los procedimientos de canalizar vías venosas. <b>VER AYUDA EONB-03-03</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PI                                                 |              |       |
| 04                                                                                                                                 | Realiza tacto vaginal y examen con espéculo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | HAC                                                |              |       |
| 05                                                                                                                                 | Indica hemograma, grupo sanguíneo y Rh, y prueba rápida para VIH y sífilis, o RPR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | HAC                                                |              |       |
| 06                                                                                                                                 | Si la mujer está sangrando profusamente por aborto incompleto y la referencia no puede realizarse inmediatamente, coloca vía segura con Oxitocina y maneja el caso de acuerdo con las Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | HAC                                                |              |       |
| 07                                                                                                                                 | Si cuenta con médico calificado, insumos e infraestructura realiza legrado o AMEU en aborto incompleto no complicado, de lo contrario procede a estabilizar y referir                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | HAC                                                |              |       |
| 08                                                                                                                                 | Realiza lavado quirúrgico de manos al realizar procedimientos quirúrgicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PI                                                 |              |       |
| 09                                                                                                                                 | Elimina correctamente los elementos punzo cortantes en depósito especial seguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PI                                                 |              |       |
| 10                                                                                                                                 | Elimina correctamente los guantes, ropa quirúrgica y desechos sólidos en depósitos con bolsas diferenciadas para material contaminado y no contaminado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PI                                                 |              |       |
| 11                                                                                                                                 | Si además hay signos de sepsis, administrar antibióticos según normatividad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampicilina 2 g EV + Gentamicina 5 mg x Kg de peso corporal EV; si alergia a la Penicilina</li> <li>• Clindamicina 600 mg EV + Gentamicina 5 mg x Kg de peso corporal EV</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | HAC                                                |              |       |
| 12                                                                                                                                 | Refiere de inmediato a EESS con FONE, si hay anemia severa, signos de sepsis, o abdomen agudo, según normatividad. <b>VER AYUDA EONB-03-12</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | HAC                                                |              |       |
| 13                                                                                                                                 | Comunica la referencia al establecimiento de salud al que refiere                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | GLS                                                |              |       |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b> |              |       |

VER AYUDA:

| EONB-03-01: Evalúa la presencia de signos y síntomas de shock y clasifica según porcentaje de volemia perdida. |                  |          |                         |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------|-------------------------|-----------|
| PARÁMETROS                                                                                                     | CLASE I          | CLASE II | CLASE III               | CLASE IV  |
| Pérdida de volemia (%)                                                                                         | <15%             | 15-30%   | 30-40%                  | > 40%     |
| Frecuencia del pulso                                                                                           | < 100            | > 100    | > 120                   | > 140     |
| Presión arterial en posición supina                                                                            | Normal           | Normal   | Hipotensión artostática | Baja      |
| Diuresis (ml/hora)                                                                                             | > 30             | 20-30    | 15 a 20                 | < 15      |
| Estado mental                                                                                                  | Ansioso o normal | Agitado  | Confuso                 | Letárgico |

| EONB-03-03: Garantiza las medidas de bioseguridad en los procedimientos de canalizar vías venosas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>PASO 1: Asegurar que todos los artículos estén disponibles:</p> <p>PASO 2: Explicar el procedimiento al paciente</p> <p>PASO 3: Antes de empezar identificar las mejores venas</p> <p>PASO 4: Lavar el sitio de la punción con jabón y agua limpia</p> <p>PASO 5: Lavarse las manos con jabón y agua limpia y secarlas</p> <p>PASO 6: Revisar la solución IV asegurar que sea la correcta</p> <p>PASO 7: Abrir el equipo de infusión y conectar las piezas</p> <p>PASO 8: Insertar el equipo de infusión en la botella o bolsa plástica</p> <p>PASO 9: Llenar el tubo de la infusión</p> <p>PASO 10: Con el antebrazo y la mano hacia abajo, coloque el torniquete de 10 a 12 cm por arriba del sitio de inserción</p> <p>PASO 11: Colocar la mano y el brazo en la toalla limpia en la cama o la tabilla para el brazo</p> <p>PASO 12: Ponerse guantes limpios en ambas manos</p> <p>PASO 13: Limpiar el sitio de inserción con una solución antiséptica</p> <p>PASO 14: Conectar la aguja al extremo estéril del tubo</p> <p>PASO 15: Sostener la vena colocando el pulgar sobre ella y traccionar suavemente en contra de la dirección de la inserción</p> <p>PASO 16: Insertar la aguja o el catéter con bisel hacia arriba</p> <p>PASO 17: Estabilizada la aguja o el catéter, libere torniquete</p> <p>PASO 18: Asegurar la aguja o el catéter poniendo un pedazo pequeño de cinta debajo de la base de la aguja o el catéter</p> <p>PASO 19: Apósito estéril de gasa sobre el sitio de la punción</p> <p>PASO 20: Antes de retirarse los guantes, poner cualquier desecho contaminado de sangre en una bolsa plástica</p> <p>PASO 21: Retirarse los guantes invirtiéndolos y colóquelos en una bolsa de plástico o un recipiente para residuos</p> <p>PASO 22: Lavarse las manos o usar una solución antiséptica</p> <p>PASO 23: Asegurar la muñeca o el antebrazo a la tabilla usando dos cintas</p> <p>PASO 24: Ajustar el flujo del goteo al número correcto</p> |  |

VER AYUDA:

**EONB-03-12: Procedimientos generales para la referencia de madres y recién nacidos.**

**Llena correctamente la hoja de referencia, consignando:**

1. Explicar a la mujer y familia las razones para la referencia
2. Organiza el transporte para la referencia
3. Informa al establecimiento de referencia la condición la paciente referida y el tiempo aproximado de llegada
4. Envía al establecimiento, junto con la paciente, toda la documentación clínica disponible y que pudiera ser de ayuda
5. Si la mujer estuviera en trabajo de parto, asegura la disponibilidad de un equipo de atención de parto limpio durante el transporte
6. Asegura la disponibilidad de medicamentos, drogas y oxígeno durante el transporte, según se requiera
7. En la medida de lo posible enviar junto con la paciente a personal capacitado para dar continuidad a la atención durante el transporte
8. Asegurar que los signos vitales de la paciente sean medidos y registrados antes y durante el transporte
9. Asegurar que la paciente se mantenga caliente (aunque no sobrecalentada) durante el transporte. En caso de recién nacido, asegurar que la madre lo mantenga caliente mediante contacto piel a piel; evitar la exposición del recién nacido al sol
10. Solicitar al establecimiento de referencia información sobre el manejo y situación del paciente referido

| BUENA PRÁCTICA EONB-04: El proveedor/a atiende las hemorragias de la segunda mitad del embarazo (> de 22 semanas de gestación). |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |              |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir la morbilidad extrema y la mortalidad materna por hemorragias de la segunda mitad del embarazo.     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |              |       |
| Nº                                                                                                                              | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                              | Evalúa la presencia de signos y síntomas de shock y clasifica según porcentaje de volemia perdida. <b>VER AYUDA EONB-03-01</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | HAC                                         |              |       |
|                                                                                                                                 | En presencia de algún signo o síntoma de peligro y/o shock, refiere urgentemente siguiendo los procedimientos de referencia y transporte:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                             |              |       |
| 02                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"><li>• Vía aérea permeable</li><li>• Si dispone Oxígeno por catéter nasal a 3 litros x minuto</li><li>• Coloca Sonda Foley con bolsa colectora</li><li>• Abrigo suficiente</li><li>• Posición en decúbito dorsal con elevación de miembros inferiores</li><li>• Monitoreo estricto de funciones vitales</li><li>• Traslado con acompañante potencial donante de sangre</li><li>• Coloca vía EV segura con catéter N° 18 con CINA 0.9%, 1000 ml, a chorro en 15-20 min, hasta pasar 2 L en la primera hora</li></ul> | HAC                                         |              |       |
| 03                                                                                                                              | Garantiza las medidas de bioseguridad en los procedimientos de canalizar vías venosas. <b>VER AYUDA EONB-03-03</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PI                                          |              |       |
| 04                                                                                                                              | Elimina correctamente los elementos punzo cortantes en depósito especial seguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PI                                          |              |       |
| 05                                                                                                                              | Garantiza las medidas de bioseguridad en los procedimientos de colocar sondas vesicales. <b>VER AYUDA EONB-04-06</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PI                                          |              |       |
| 06                                                                                                                              | No realiza tacto ni examen con especulo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | HAC                                         |              |       |
| 07                                                                                                                              | Comunica la referencia al sitio al que refiere la paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | GLS                                         |              |       |
| 08                                                                                                                              | Refiere inmediatamente al hospital FONE. <b>VER AYUDA EONB-03-12</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | HAC                                         |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |

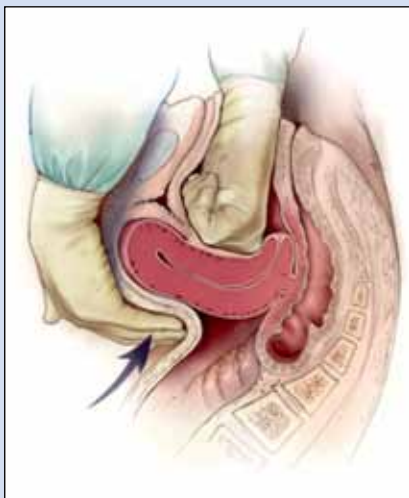
VER AYUDA:

| EONB-04-06: Garantiza las medidas de bioseguridad en los procedimientos de colocar sondas vesicales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>PASO 1: Asegurar que todos los artículos estén disponibles</p> <p>PASO 2: Antes de empezar el procedimiento: Pida a las mujeres que se separe sus labios y cuidadosamente lave el área de la uretra y del labio interior</p> <p>PASO 3: Lave las manos con jabón y agua limpia y séquese con una toalla seca limpia o séquelas al aire</p> <p>PASO 4: Use guantes estériles o desinfectados a alto nivel en ambas manos</p> <p>PASO 5: Utilice un catéter tan pequeño como consistente con un buen drenaje</p> <p>PASO 6: <b>Para mujeres</b>, mantener los labios separados con la mano no dominante y preparar dos veces el área de la uretra con una solución antiséptica</p> <p>PASO 7: Colocar los artículos sucios, incluyendo el catéter recto si se va a desechar, en una bolsa plástica o en un contenedor cubierto a prueba de agua para desechos</p> <p>PASO 8: Quitarse los guantes invirtiéndolos y colocarlos en una bolsa plástica o un contenedor para desechos</p> |

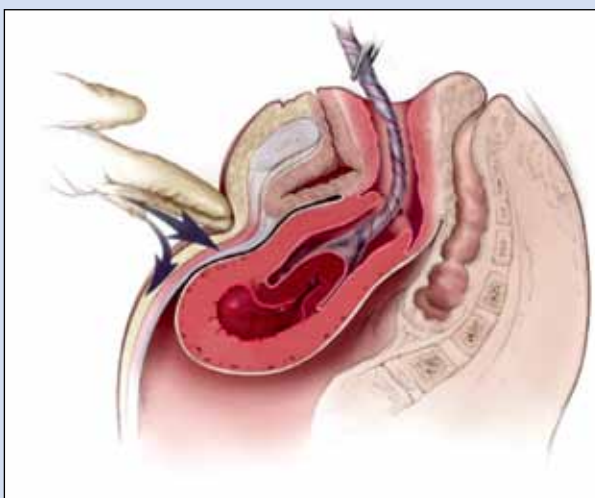
| BUENA PRÁCTICA EONB-05: El proveedor/a atiende las hemorragias que se presentan después del parto.    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |              |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir la morbilidad extrema y la mortalidad materna por hemorragias post parto. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |              |       |
| Nº                                                                                                    | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CD  | Verificación |       |
|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                    | Evalúa la presencia de signos y síntomas de shock y clasifica según porcentaje de volemia perdida. <b>VER AYUDA EONB 03-01</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | HAC |              |       |
| 02                                                                                                    | En presencia de algún signo o síntoma de peligro y/o shock, refiere urgentemente siguiendo los procedimientos de referencia y transporte: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantiza vía aérea permeable y administra Oxígeno por catéter nasal a 3 litros x minuto</li> <li>• Coloca Sonda Foley con bolsa colectora</li> <li>• Abrigo suficiente</li> <li>• Coloca en posición de decúbito dorsal con elevación de miembros inferiores</li> <li>• Monitoreo estricto de funciones vitales durante el traslado con acompañante potencial donante de sangre</li> <li>• Coloca una vía y administra: CINA 0.9%, 1000 ml a chorro en 15-20 min, hasta pasar 2 L en la primera hora</li> </ul> | HAC |              |       |
| 03                                                                                                    | Garantiza las medidas de bioseguridad en los procedimientos de canalizar vías venosas. <b>VER AYUDA EONB-03-03</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PI  |              |       |
| 04                                                                                                    | Elimina correctamente los elementos punzo cortantes en depósito especial seguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PI  |              |       |
| 05                                                                                                    | Garantiza medidas de bioseguridad en los procedimientos de colocar sondas vesicales. <b>VER AYUDA EONB-04-06</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PI  |              |       |
| 06                                                                                                    | Realiza lavado quirúrgico de manos al realizar procedimientos quirúrgicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PI  |              |       |
| 07                                                                                                    | Diagnostica y maneja adecuadamente la atonía uterina. <b>VER AYUDA EONB-05-07</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | HAC |              |       |
| 08                                                                                                    | Diagnostica y maneja adecuadamente la placenta retenida. <b>VER AYUDA EONB-05-08</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | HAC |              |       |
| 09                                                                                                    | Diagnostica y maneja adecuadamente las lesiones del canal del parto. <b>VER AYUDA EONB-05-09</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | HAC |              |       |
| 10                                                                                                    | Elimina correctamente los guantes, ropa quirúrgica y desechos sólidos en depósitos con bolsas diferenciadas para material contaminado y no contaminado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PI  |              |       |
| 11                                                                                                    | En caso de anemia severa realiza referencia a EESS con FONE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | HAC |              |       |
| 12                                                                                                    | Comunica la referencia al sitio al que refiere la paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | GLS |              |       |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |              |       |

**VER AYUDA:****EONB-05-07: Diagnóstica y maneja adecuadamente la atonía uterina.**

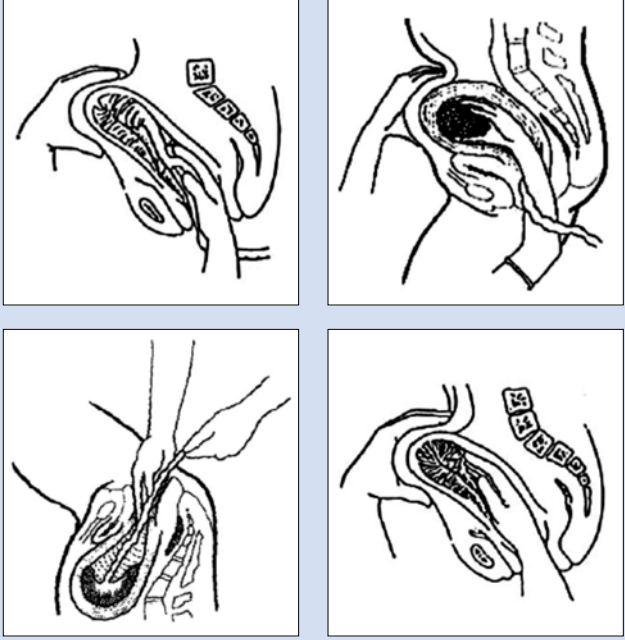
1. Coloca vía EV segura con ClNa 0.9% 1000 cc con 20 UI de Oxitocina a 40-60 gotas por minuto
2. Si el sangrado es abundante coloca una segunda vía con solo ClNa 1000 cc y pasar 500 cc a chorro continuando a 30 gotas por minuto
3. Coloca sonda vesical
4. Aplica Ergometrina 1 ampolla (0.2 mg), IM, si TA con valores normales, que se puede repetir a los 15 min
5. Realiza compresión bimanual externa (**ver imagen**)
6. Si sospecha retención de restos, revisión de la cavidad uterina extrayendo coágulos

**EONB-05-08: Diagnóstica y maneja adecuadamente la placenta retenida.**

1. Evacuación vesical
2. Realiza tacto vaginal y determinar localización de la placenta
3. Si esta desprendida, extraer la placenta realizando elevación del fondo uterino con una mano sobre el abdomen
4. Con otra mano realiza tracción sostenida del cordón, maniobra de Brandt-Andrews (**ver imagen**)
5. De no está desprendida la placenta, aplicar a través de la vena umbilical 50 cc de ClNa con 20 Uds. de Oxitocina
6. Si no hay signos de desprendimiento y no sangra, sospechar de acretismo placentario y referir inmediatamente a establecimiento con FONE, instalando doble vía endovenosa
7. Si sangrado profuso con retención de placenta y el sitio de referencia a más de 2 horas, realiza extracción manual de placenta si está capacitado



VER AYUDA:

| EONB-05-08: Procedimiento de extracción manual de placenta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p data-bbox="291 488 310 975">Gráfico del Procedimiento: extracción manual de placenta</p>  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colocar 2 vías con ClNa al 9% en una añadir 10 UI de Oxitocina</li> <li>2. Administrar 2 g. de ampicilina EV</li> <li>3. Evacuación vesical</li> <li>4. Administra 10 mg. de Diazepam</li> <li>5. Administra Atropina de 0.5 mg endovenosa</li> <li>6. Aplicar una mano en la vagina para verificar si se encuentra la placenta a ese nivel. Luego con la mano izquierda traicione el cordón y con la mano derecha deslicese por el cordón a la cavidad uterina. Si el cuello está parcialmente cerrado usar la mano como cuña para dilatarlo con contrapresión de la mano izquierda</li> <li>7. Deslizar los dedos de la mano entre el borde de la placenta y la pared del útero. Con la palma de la mano frente a la placenta, hacer un movimiento cercenante de lado a lado para separar delicadamente la placenta del útero. Cuando la placenta está separada y en la palma de la mano, estimular una contracción con la otra mano y extraerla delicadamente. Las membranas deben jalarle lenta y cuidadosamente hacia fuera</li> <li>8. Realizar masaje uterino combinado interno y externo</li> <li>9. Agregar Oxitocina 20 UI al cloruro de sodio y pasar 60 gotas por minuto</li> <li>10. Examinar la placenta en caso de no estar completa realizar legrado uterino puerperal</li> </ol> |                                                                                                                                                                                |
| EONB-05-09: Diagnostica y maneja adecuadamente las lesiones del canal del parto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión del canal del parto con valvas de Doyen, identificar el lugar del sangrado y reparar</li> <li>2. Desgarros perineales y vaginales de I y II grado: suturar con catgut crómico 2/0</li> <li>3. Desgarro cervical: pinzar con pinza de anillos Foerster los bordes del desgarro y suturar.</li> <li>4. Referir si no cuenta con personal capacitado.</li> <li>5. En lo posible clampar el ángulo sangrante con pinza Foerster</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                |

| BUENA PRÁCTICA EONB-06: El proveedor/a atiende correctamente a la gestante con hipertensión arterial, convulsiones, coma, cefalea severa o visión borrosa. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir la morbilidad extrema y evitar la mortalidad materna por Enfermedad Hipertensiva del embarazo.                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |              |       |
| N°                                                                                                                                                         | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                         | Evalúa de funciones vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | HAC                                         |              |       |
| 02                                                                                                                                                         | Realiza monitoreo de frecuencia cardíaca fetal y evalúa bienestar fetal. <b>VER AYUDA EONB-06-02</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | HAC                                         |              |       |
| 03                                                                                                                                                         | Evalúa síntomas y signos de pre eclampsia severa. <b>VER AYUDA EONB-06-03</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | HAC                                         |              |       |
| 04                                                                                                                                                         | Realiza manejo adecuado de la pre eclampsia severa: Inicia tratamiento, comunica y refiere a establecimiento FONE, con: <ul style="list-style-type: none"> <li>Coloca dos vías endovenosas seguras con catéter N° 18, una con ClNa 0.9%, 1000 ml a 40 gotas por minuto, y la otra vía con sulfato de magnesio, 10 g diluidos en 1000 ml de ClNa 0.9%, pasar 400 cc a chorro y luego mantener a 30 gotas por minuto</li> <li>Administrar 1 g de Metildopa cada 12 horas, vía oral</li> <li>Coloca Sonda Foley y monitoriza la diuresis horaria, si esta es menor de 30 ml por hora, suspender el sulfato de magnesio y administrar una ampolla de Gluconato de Calcio al 10% EV diluido en 20 cc de ClNa al 0.9%</li> <li>Continúa con el manejo según Guías de Práctica Clínica para emergencias obstétricas</li> </ul> | HAC                                         |              |       |
| 05                                                                                                                                                         | Realiza higiene de manos antes y después de realizar procedimientos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PI                                          |              |       |
| 06                                                                                                                                                         | Garantiza las medidas de bioseguridad en los procedimientos de canalizar vías venosas. <b>VER AYUDA EONB-03-03</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PI                                          |              |       |
| 07                                                                                                                                                         | Coloca en decúbito lateral izquierdo abrigada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | HAC                                         |              |       |
| 08                                                                                                                                                         | Garantiza medidas de bioseguridad en los procedimientos de colocar sondas vesicales. <b>VER AYUDA EONB-04-06</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PI                                          |              |       |
| 09                                                                                                                                                         | Examina frecuencia respiratoria cada 1 hora, si menor de 16 x minuto, suspende administración de sulfato de magnesio y aplica una ampolla de Gluconato de Calcio al 10% (1 gramo), EV diluida en 20 cc de ClNa al 0.9%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | HAC                                         |              |       |
| 10                                                                                                                                                         | Examina reflejos osteotendinosos cada 1 hora, si presenta hiporreflexia, suspende administración de sulfato de magnesio y aplica una ampolla de Gluconato de Calcio al 10% EV diluida en 20 cc de ClNa al 0.9%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | HAC                                         |              |       |
| 11                                                                                                                                                         | Si la paciente ha presentado convulsiones o esta inconsciente garantiza vía aérea permeable con tubo de Mayo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | HAC                                         |              |       |
| 12                                                                                                                                                         | Realiza referencia a EESS con FONE. <b>VER AYUDA EONB-03-12</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | GLS                                         |              |       |
| 13                                                                                                                                                         | Comunica la referencia al EESS al que refiere                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | GLS                                         |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |

**VER AYUDA:**

| EONB-06-02: Realiza monitoreo de frecuencia cardiaca fetal y evalúa bienestar fetal. Interpretación de la FCF mediante auscultación clínica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                          |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Frecuencia entre contracciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          | Interpretación                                                                                                                                           |  |
| Normal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Entre 120 – 160 latidos por minuto                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                          |  |
| Alerta (Hipoxia leve)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Entre 100 – 119 latidos por minuto                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                          |  |
| Anormal (Hipoxia severa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | FCF menor de 100 latidos por minuto                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                          |  |
| FCF en relación a la contracción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          | Interpretación                                                                                                                                           |  |
| Normal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Sin variación con la FCF basal<br>Aceleraciones transitorias<br>DIP I (desaceleración precoz), sincrónica con el acmé de la contracción del útero                                                        |                                                                                                                                                          |  |
| Alerta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | DIPS variables o umbilicales compresión del cordón umbilical durante la contracción o presencia de circulares<br>Duración, amplitud y momento de inicio sin relación exacta con la contracción del útero |                                                                                                                                                          |  |
| Anormal o patológica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | DIPS tipo II (desaceleración tardía)                                                                                                                                                                     | Inicio tardío respecto a la DU<br>Recuperación del FCF después que esta termina<br>Su valor mínimo se alcanza entre 20-60 seg. después del acmé de la DU |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Bradicardia sostenida                                                                                                                                                                                    | FCF menor de 100 lat/min que se inicia durante la DU y no se recupera terminada esta                                                                     |  |
| EONB-06-03: Evalúa síntomas y signos de pre eclampsia severa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                          |  |
| <div>1. Presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg o incremento de la presión sistólica en 60 mmHg o más, y/o incremento de la Presión diastólica en 30 mmHg o más (en relación a la basal)</div> <div>2. Proteinuria igual o mayor de 5 gr/lit. en orina de 24 horas, o</div> <div>3. Proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (Test de ácido sulfosalicílico)</div> <div>4. Presencia de escotomas centeliantes, acúfenos, hiperreflexia, dolor en hipocondrio derecho, epigastralgia.</div> <div>5. Oliguria: Menor de 500 ml/24 h (creatinina mayor de 0,8 mg/dl)</div> <div>6. Dificultad respiratoria</div> <div>7. Ictericia</div> <div>8. Trastorno de la coagulación</div> <div>9. Eclampsia: Presencia de convulsiones y/o coma.</div> |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                          |  |

| BUENA PRÁCTICA EONB-07: El proveedor/a atiende correctamente a la usuaria con rotura prematura de membranas (RPM) y fiebre por corioamnionitis durante el embarazo o trabajo de parto. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |              |    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Reducir la mortalidad materna y perinatal por corioamnionitis.                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |              |    |    |
| Nº                                                                                                                                                                                     | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CD  | Verificación |    |    |
|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                                                                                                     | Confirma el diagnóstico de rotura prematura de membranas (RPM): <ul style="list-style-type: none"><li>• Con personal calificado, realiza examen con especulo</li><li>• Realiza el test de Fern, si no lo hubiera</li><li>• Realiza test de nitrazina</li></ul>                                                                                                      | HAC |              |    |    |
| 02                                                                                                                                                                                     | Realiza higiene de manos antes y después de realizar procedimientos                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PI  |              |    |    |
| 03                                                                                                                                                                                     | Identifica signos de corioamnionitis: <ul style="list-style-type: none"><li>• Flujo vaginal mal oliente</li><li>• Fiebre materna y/o taquicardia materna</li><li>• Dolor a la palpación del útero</li><li>• Taquicardia fetal</li><li>• Alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal (DIP II y DIP III)</li></ul>                                                   | HAC |              |    |    |
| 04                                                                                                                                                                                     | Coloca vía endovenosa segura con catéter Nº 18 y administra ClNa 0.9%                                                                                                                                                                                                                                                                                               | HAC |              |    |    |
| 05                                                                                                                                                                                     | Garantiza las medidas de bioseguridad en los procedimientos de canalizar vías venosas. <b>VER AYUDA EONB-03-03</b>                                                                                                                                                                                                                                                  | PI  |              |    |    |
| 06                                                                                                                                                                                     | Si cuenta con personal de salud capacitado y la usuaria presenta corioamnionitis o la RPM es mayor de 12 horas, inicia tratamiento antibiótico: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ampicilina 2 g EV más Gentamicina 5mg/Kg de peso EV, u otra alternativa</li><li>▪ Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas y Gentamicina 5 mg/kg peso EV cada 24 horas</li></ul> | HAC |              |    |    |
| 07                                                                                                                                                                                     | Refiere inmediatamente al hospital FONE. <b>VER AYUDA EONB-03-12</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | HAC |              |    |    |
| 08                                                                                                                                                                                     | Comunica la referencia al EESS al que refiere                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | GLS |              |    |    |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |              |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |              |    |    |

| BUENA PRÁCTICA EONB-08: El proveedor/a atiende correctamente a la gestante que presenta contracciones antes de la semana 37 de gestación. |                                                                                                                                                                                                            |     |                                             |    |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Reducir la mortalidad neonatal.                                                                                       |                                                                                                                                                                                                            |     |                                             |    |    |
| N°                                                                                                                                        | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                  | CD  | Verificación                                |    |    |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                            |     | SI                                          | NO | NA |
| 01                                                                                                                                        | Verifica la edad gestacional, por fecha de última menstruación, altura uterina o ecografía si la tuviera realizada                                                                                         | HAC |                                             |    |    |
| 02                                                                                                                                        | Evalúa la dinámica uterina, intensidad, duración y frecuencia                                                                                                                                              | HAC |                                             |    |    |
| 03                                                                                                                                        | Si dinámica presente con intensidad regular y frecuencia de 2 o más en 10 min, coloca vía endovenosa con catéter N° 18 y administrar CINA 0.9%, 1000 ml                                                    | HAC |                                             |    |    |
| 04                                                                                                                                        | Garantiza las medidas de bioseguridad en los procedimientos de canalizar vías venosas. <b>VER AYUDA EONB-03-03</b>                                                                                         | PI  |                                             |    |    |
| 05                                                                                                                                        | Si no hay personal de salud calificado, refiere inmediatamente a EESS con FONE. <b>VER AYUDA EONB-03-12</b>                                                                                                | HAC |                                             |    |    |
| 06                                                                                                                                        | Comunica la referencia al EESS al que refiere                                                                                                                                                              | GLS |                                             |    |    |
| 07                                                                                                                                        | Si personal de salud calificada y el embarazo está entre 24 y 34 semanas, administra betametasona 12 mg IM (primera dosis previa a la referencia)                                                          | HAC |                                             |    |    |
| 08                                                                                                                                        | Si personal de salud calificada, y la gestante <b>NO</b> se encuentra en trabajo de parto, administra Nifedipino 10 mg VO                                                                                  | HAC |                                             |    |    |
| 09                                                                                                                                        | Si hay personal de salud calificado, Evalúa la dilatación cervical, si menos de 3 cm, refiere a EESS con FONE<br>Si dilatación de 6 cm o más, y el tiempo de traslado es de 4 horas o más atiende el parto | HAC |                                             |    |    |
| 10                                                                                                                                        | Realiza higiene de manos antes y después de los exámenes                                                                                                                                                   | PI  |                                             |    |    |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                            |     | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                            |     |                                             |    |    |

| BUENA PRÁCTICA EONB-09: El proveedor/a atiende correctamente a la puérpera con fiebre de 38° C o más y/o loquios fétidos. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                    |              |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir la mortalidad materna por sepsis puerperal.                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                    |              |       |
| Nº                                                                                                                        | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CD                                                 | Verificación |       |
|                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                    | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                        | Detecta signos del Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS), asociada a foco infeccioso conocido o sospechado: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura &gt; de 38° ó &lt; de 36° C.</li> <li>• Taquicardia mayor de 90 x min.</li> <li>• Frecuencia respiratoria &gt; de 20 x min.</li> <li>• Leucocitos en cantidad &gt; 12,000 o menor de 4,000, con desviación izquierda (índice de abastoneados mayor de 10%)</li> </ul>                                                                                                                                                                                     | HAC                                                |              |       |
| 02                                                                                                                        | Realiza examen físico general                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | HAC                                                |              |       |
| 03                                                                                                                        | Realiza examen físico ginecológico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | HAC                                                |              |       |
| 04                                                                                                                        | Colocar vía EV segura con cloruro de sodio al 9‰ con 20 UI de Oxitocina. Pasar a 30 gotas por minuto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | HAC                                                |              |       |
| 05                                                                                                                        | Garantiza las medidas de bioseguridad en los procedimientos de canalizar vías venosas. <b>VER AYUDA EONB 03-03</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | PI                                                 |              |       |
| 06                                                                                                                        | Realiza lavado quirúrgico de manos al realizar procedimientos quirúrgicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PI                                                 |              |       |
| 07                                                                                                                        | Si cuenta con médico capacitado y equipamiento. En caso de retención de restos placentarios, realizar legrado uterino <b>después de administrar antibióticos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | HAC                                                |              |       |
| 08                                                                                                                        | Evalúa presencia de signos de shock séptico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia cardíaca mayor de 110 x min</li> <li>• Presión arterial sistólica menor de 90 mm Hg</li> <li>• Sudoración, piel fría y húmeda</li> <li>• Cambios en el sensorio</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | HAC                                                |              |       |
| 09                                                                                                                        | En presencia de algún signo o síntoma de shock, refiere urgentemente siguiendo los procedimientos de estabilización, referencia y transporte <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vía aérea permeable.</li> <li>• Si dispone oxígeno por catéter nasal a 3 litros x minuto</li> <li>• Abrigo suficiente</li> <li>• Coloca en posición en decúbito dorsal con elevación de miembros inferiores</li> <li>• Monitoreo estricto de funciones vitales durante el traslado</li> <li>• Administra ClNa 0.9%, 1000 ml a chorro en 15-20 min, hasta pasar 2 L en la primera hora</li> <li>• Coloca sonda Foley con bolsa colectora</li> </ul> | HAC                                                |              |       |
| 10                                                                                                                        | Garantiza medidas de bioseguridad en los procedimientos de colocar sondas vesicales. <b>VER AYUDA EONB-04-06</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PI                                                 |              |       |
| 11                                                                                                                        | Administra antibiótico: Ampicilina 1 g EV + Gentamicina 5 mg x Kg de peso corporal C/24 horas EV; si alérgica a Penicilina, Clindamicina 600 mg EV + Gentamicina 5 mg x Kg de peso corporal C/24 horas EV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | HAC                                                |              |       |
| 12                                                                                                                        | Refiere inmediatamente a EESS con FONE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | HAC                                                |              |       |
| 13                                                                                                                        | Comunica la referencia al EESS al que refiere                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | GLS                                                |              |       |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b> |              |       |

| BUENA PRÁCTICA EONB-10: El proveedor/a atiende correctamente a la gestante o puérpera con síntomas urinarios. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                             |              |    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Reducir el índice de parto pre término. Reducir mortalidad materna y perinatal.           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                             |              |    |    |
| N°                                                                                                            | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CD                                          | Verificación |    |    |
|                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                             | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                            | Evaluación de funciones vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura)                                                                                                                                                                                                                   | HAC                                         |              |    |    |
| 02                                                                                                            | Evalúa presencia de signos de pielonefritis aguda: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipersensibilidad en flanco, dolor a la puño percusión lumbar</li> <li>• Náuseas y/o vómitos</li> <li>• Escalofríos</li> <li>• Ocasionalmente síntomas de ITU bajo</li> </ul>                                                        | HAC                                         |              |    |    |
| 03                                                                                                            | En presencia de signos de pielonefritis, coloca vía EV con catéter N° 18 y administra CINA 0.9%, y refiere a EESS con FONE                                                                                                                                                                                                       | HAC                                         |              |    |    |
| 04                                                                                                            | Administra antibióticos: Ampicilina 1 g EV + Gentamicina 5 mg x Kg de peso corporal                                                                                                                                                                                                                                              | HAC                                         |              |    |    |
| 05                                                                                                            | Garantiza las medidas de bioseguridad en los procedimientos de canalizar vías venosas. <b>VER AYUDA EONB-03-03</b>                                                                                                                                                                                                               | PI                                          |              |    |    |
| 06                                                                                                            | Evalúa presencia de signos de shock séptico en paciente con síntomas de pielonefritis: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión arterial sistólica menor de 90 mmHg</li> <li>• Frecuencia cardíaca mayor de 110 x min</li> <li>• Sudoración, piel fría y húmeda</li> <li>• Cambios en el sensorio</li> </ul>             | HAC                                         |              |    |    |
| 07                                                                                                            | En presencia de algún signo de shock: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coloca vía endovenosa con catéter N° 18 y administrar CINA 0.9%.</li> <li>• Pasa 2000 ml a goteo abierto</li> <li>• Coloca sonda Foley con bolsa colectora</li> <li>• Administra antibiótico: Ampicilina 1 g EV + Gentamicina 80 mg IM</li> </ul> | HAC                                         |              |    |    |
| 08                                                                                                            | Refiere a EESS con FONE                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | HAC                                         |              |    |    |
| 09                                                                                                            | Comunica la referencia al EESS al que refiere                                                                                                                                                                                                                                                                                    | GLS                                         |              |    |    |
| 10                                                                                                            | Sin fiebre, descarta que la irritación al orinar sea externa, al paso de la orina sobre la episiotomía o desgarro post parto                                                                                                                                                                                                     | HAC                                         |              |    |    |
| 11                                                                                                            | Recomienda aumentar la ingesta de líquidos                                                                                                                                                                                                                                                                                       | HAC                                         |              |    |    |
| 12                                                                                                            | Tomar muestra de orina para Urocultivo, antibiograma y recuento de colonias, hemograma, Hb, Hto, Grupo y Rh                                                                                                                                                                                                                      | HAC                                         |              |    |    |
| 13                                                                                                            | Si hay molestias ciertas de síntomas urinarios indica antibióticos: Ampicilina 500 mg VO C/6 horas por 7 días ó Nitrofurantoina 100 mg C/6 horas por 7 días                                                                                                                                                                      | HAC                                         |              |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |    |    |



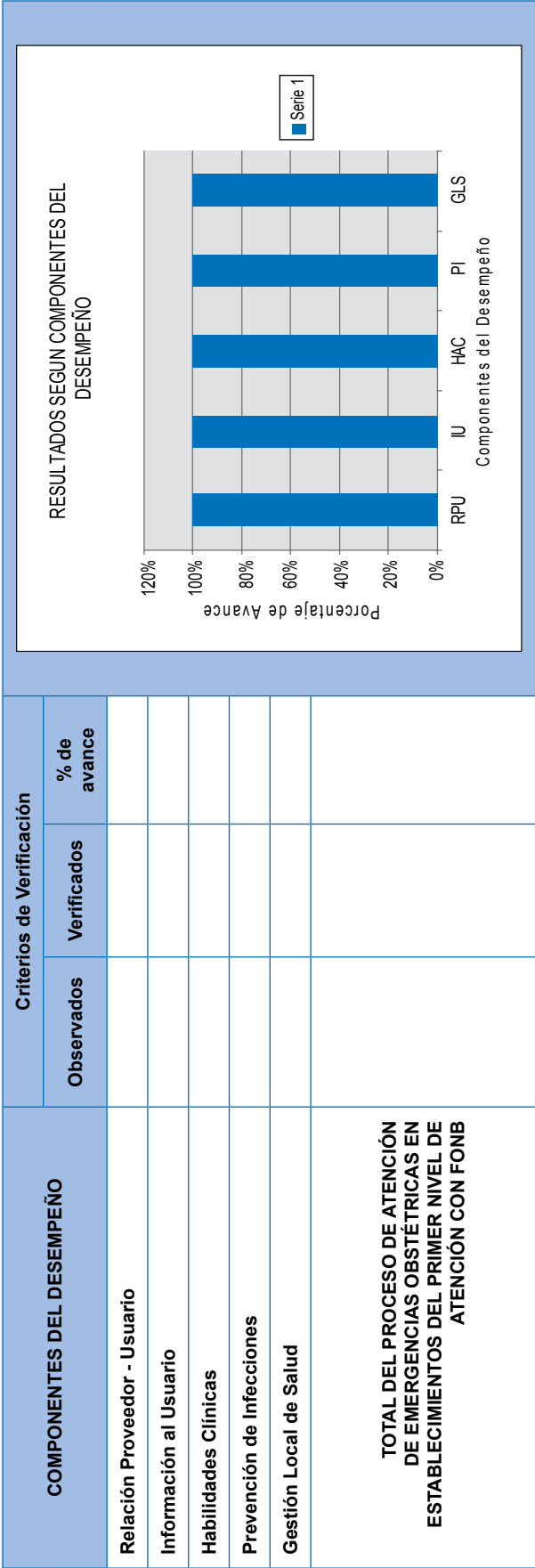
# RESULTADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN EESS CON FONB, SEGÚN BUENAS PRÁCTICAS.

| BUENAS PRÁCTICAS                                                                                                                                                              | Criterios de Verificación |             |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-------------|
|                                                                                                                                                                               | Observados                | Verificados | % de avance |
| <b>EONB-01:</b> El prestador al comenzar su turno de trabajo verifica que dispone de los medios de orientación y tratamiento de las emergencias obstétricas, según las CLAVES |                           |             |             |
| <b>EONB-02:</b> El personal del establecimiento identifica la situación de emergencia y establece una relación adecuada                                                       |                           |             |             |
| <b>EONB-03:</b> El proveedor atiende las hemorragias de la primera mitad del embarazo (< de 22 semanas de gestación)                                                          |                           |             |             |
| <b>EONB-04:</b> El proveedor atiende las hemorragias de la segunda mitad del embarazo (> de 22 semanas de gestación)                                                          |                           |             |             |
| <b>EONB-05:</b> El proveedor atiende las hemorragias después del parto                                                                                                        |                           |             |             |
| <b>EONB-06:</b> El proveedor atiende correctamente a la gestante con hipertensión arterial, convulsiones, coma, cefalea severa o visión borrosa                               |                           |             |             |
| <b>EONB-07:</b> El proveedor atiende correctamente a la usuaria con rotura prematura de membranas (RPM) y fiebre por corioamnionitis durante el embarazo o trabajo de parto   |                           |             |             |
| <b>EONB-08:</b> El proveedor atiende correctamente a la gestante que presenta contracciones antes de la semana 37 de gestación                                                |                           |             |             |
| <b>EONB-09:</b> El proveedor atiende correctamente a la puérpera con fiebre de 38° C o mas y/o loquios fétidos                                                                |                           |             |             |
| <b>EONB-10:</b> El proveedor atiende correctamente a la gestante o puérpera con síntomas urinarios                                                                            |                           |             |             |
| <b>TOTAL DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CON FONB</b>                                                     |                           |             |             |

A horizontal bar chart with 11 bars, all reaching the 100% mark on the y-axis. The x-axis is labeled from 0% to 100% in 10% increments. The y-axis labels from top to bottom are: EONB-1, EONB-2, EONB-3, EONB-4, EONB-5, EONB-6, EONB-7, EONB-8, EONB-9, EONB-10, and TOTAL.

| Criterio | % de avance |
|----------|-------------|
| EONB-1   | 100%        |
| EONB-2   | 100%        |
| EONB-3   | 100%        |
| EONB-4   | 100%        |
| EONB-5   | 100%        |
| EONB-6   | 100%        |
| EONB-7   | 100%        |
| EONB-8   | 100%        |
| EONB-9   | 100%        |
| EONB-10  | 100%        |
| TOTAL    | 100%        |

RESULTADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN EESS CON FONB SEGÚN COMPONENTES DEL DESEMPEÑO.



ANEXO N° 03  
**INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA Y NEONATAL**  
*Instrumento 3.6*  
**PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

|                            |                                 |                                 |  |
|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|
| DIRESA/DISA:               |                                 | Red:                            |  |
| Microrred:                 | Código RENAES:                  |                                 |  |
| Nombre del establecimiento |                                 |                                 |  |
| Número de medición         | Persona que realiza la medición | Fecha de la medición (dd/mm/aa) |  |

| <b>BUENA PRÁCTICA PF-01: Primer paso: Establecer una relación cordial. El proveedor/a asegura un clima apropiado de relación interpersonal y privacidad durante la consulta.</b> |                                                                                                                                                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo Sanitario: Garantía de respeto a los derechos de la usuaria.                                                                                                            |                                                                                                                                                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| N°                                                                                                                                                                               | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                       | CD  | Verificación                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 01                                                                                                                                                                               | Antes de iniciar la jornada diaria verifica que dispone de los insumos necesarios para brindar una atención completa. <b>VER AYUDA PF-01-01</b>                 | GLS | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="background-color: #28a745; color: white; padding: 2px 5px;">SI</div> <div style="background-color: #dc3545; color: white; padding: 2px 5px;">NO</div> <div style="background-color: #6c757d; color: white; padding: 2px 5px;">NA</div> </div> |
| 02                                                                                                                                                                               | Antes de iniciar la jornada diaria verifica que dispone de los métodos anticonceptivos necesarios para brindar una atención completa. <b>VER AYUDA PF-01-02</b> | GLS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 03                                                                                                                                                                               | Realiza protocolo de saludo. <b>VER AYUDA PF-01-03</b>                                                                                                          | RPU |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 04                                                                                                                                                                               | Respeto derechos de las usuarias. <b>VER AYUDA PF-01-04</b>                                                                                                     | RPU |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 05                                                                                                                                                                               | Identifica el propósito de la visita de la usuaria                                                                                                              | RPU |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 06                                                                                                                                                                               | Utiliza habilidades de comunicación personal durante la visita                                                                                                  | IU  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b>                                                                                                                               |                                                                                                                                                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

**VER AYUDA:**

| PF-01-01: Antes de iniciar la jornada diaria verifica que dispone de los insumos necesarios para brindar una atención completa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div><div><div>1. Historias clínicas</div><div>2. Hojas HIS y SIS</div><div>3. Formato de referencia y contrarreferencia</div><div>4. Tarjeta de seguimiento</div><div>5. Materiales educativos: tarjetas y folletos de orientación/consejería</div><div>6. Balanza funcional, tarada y calibrada</div><div>7. Tallímetro</div><div>8. Estetoscopio</div><div>9. Tensiómetro</div><div>10. Termómetro clínico</div><div>11. Equipo de examen ginecológico completo</div></div></div> | <div><div><div>1. Mesa camilla de reconocimiento ginecológico</div><div>2. Lámpara de cuello de ganso</div><div>3. Biombo</div><div>4. Guantes estériles</div><div>5. Recipiente para material no contaminado</div><div>6. Recipiente para material contaminado con solución desinfectante</div><div>7. Recipientes para soluciones</div><div>8. Sábanas para la camilla y para cubrir a la usuaria.</div><div>9. Campos estériles</div><div>10. Pruebas rápidas de VIH</div></div></div>                                                       | <div><div><div>1. Linterna operativa con pilas</div><div>2. Insumos para toma de muestra de Papanicolaou e IVAA:<div><div>• Espátulas de Ayre</div><div>• Láminas porta objeto</div><div>• Recipientes para conservar las láminas</div><div>• Solución salina fisiológica</div><div>• Solución para fijación de la muestra de PAP</div><div>• Solución de ácido acético al 3-5%</div><div>• Aplicador montado con algodón</div><div>• Lápiz cristalográfico</div><div>• Tarjetas de indicación y/o orden de estudio citológico</div></div></div></div></div> |
| PF-01-02: Dispone de los métodos anticonceptivos necesarios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PF-01-03: Realiza protocolo de saludo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <div><div><div>1. Anticonceptivos orales combinados</div><div>2. Inyectable de solo progestágenos</div><div>3. T de Cobre con su inyector</div><div>4. Maqueta o medio gráfico para informar sobre la colocación del DIU</div><div>5. Condones</div><div>6. Maqueta o medio gráfico para instruir en el uso del condón</div><div>7. Tabletas para AOE combinadas (método de Yuzpe)</div></div></div>                                                                                 | <div><div><div>1. Saluda a la usuaria cordialmente en forma adecuada a las costumbres locales</div><div>2. Se presenta y le dice su nombre, cargo y función</div><div>3. Pregunta su nombre y apellidos y la llama por su nombre</div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PF-01-04: Respeta derechos de las usuarias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div><div><div>1. Mantiene cerrada la puerta del consultorio</div><div>2. Habla en voz baja para evitar que otras personas escuchen la conversación</div><div>3. No permite la presencia de otras personas en el consultorio sin consentimiento de la usuaria</div><div>4. Llama a la usuaria por su nombre</div><div>5. Le habla de manera comprensible con palabras sencillas</div><div>6. Con cortesía y respeto identifica si pertenece a una comunidad étnica e indaga la identificación cultural que tiene con la misma</div></div></div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| BUENA PRÁCTICA PF-02: Segundo paso: Identificar las necesidades de la Usuaría: El proveedor/a realiza consejería y proporciona información sobre los métodos anticonceptivos a la usuaria. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             |              |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Incrementar la elección apropiada del método anticonceptivo.                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             |              |       |
| N°                                                                                                                                                                                         | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                                                         | Pregunta por la edad de la usuaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | RPU                                         |              |       |
| 02                                                                                                                                                                                         | Pregunta por la fecha de ultima menstruación y sus características, frecuencia de relaciones sexuales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | RPU                                         |              |       |
| 03                                                                                                                                                                                         | Indaga por la fórmula obstétrica de la usuaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | GLS                                         |              |       |
| 04                                                                                                                                                                                         | Pregunta cuántos hijos desea tener la usuaria/o (meta reproductiva)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | HAC                                         |              |       |
| 05                                                                                                                                                                                         | Informa los beneficios de espaciar los nacimientos y los riesgos de la alta fertilidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | IU                                          |              |       |
| 06                                                                                                                                                                                         | El proveedor descarta que la usuaria esté gestando. Si se confirma o hay sospecha de gestación explica que no es posible usar un método anticonceptivo en ese momento y refiere a la usuaria al consultorio de atención prenatal. <b>VER AYUDA PF-02-06</b>                                                                                                                                                                                                            | HAC                                         |              |       |
| 07                                                                                                                                                                                         | Pregunta por el uso actual de algún método anticonceptivo: <ul style="list-style-type: none"><li>Indaga respecto a efectos colaterales, mitos y creencias respecto al método que usa y si desea continuar</li><li>Corrige cualquier mala información y refuerza la información correcta</li></ul>                                                                                                                                                                      | RPU                                         |              |       |
| 08                                                                                                                                                                                         | Pregunta por el uso anterior de algún método e indaga respecto a efectos colaterales, mitos y creencias respecto al método que usó ( <b>usa TARJETAS</b> ) y si quiere volver a usarlo                                                                                                                                                                                                                                                                                 | RPU                                         |              |       |
| 09                                                                                                                                                                                         | Pregunta si tiene en mente algún método que quisiera utilizar <ul style="list-style-type: none"><li>Revisa la tarjeta correspondiente con la usuaria y determina elegibilidad clínica</li><li>Si la usuaria/o es clínicamente elegible, apoya su opción y utiliza el <b>FOLLETO</b> de ayuda para explicar las características del método, su forma de uso, efectos colaterales y cómo manejarlos, otros beneficios, y cada qué tiempo debe acudir a control</li></ul> | RPU                                         |              |       |
| 10                                                                                                                                                                                         | Si la usuaria/o no es clínicamente elegible o si quisiera recibir información sobre otros métodos, utiliza las <b>TARJETAS</b> de ayuda para explorar otros métodos, e interactúa con la usuaria/o                                                                                                                                                                                                                                                                     | GLS                                         |              |       |
| 11                                                                                                                                                                                         | Pregunta si quiere tener más hijos: <ul style="list-style-type: none"><li>Si la respuesta es <b>"NO"</b> considera el AQV como una opción, explica el método y revisa elegibilidad clínica con la TARJETA correspondiente</li><li>Si la respuesta es <b>"SI"</b> elimina la Tarjeta de AQV explicando el por qué</li></ul>                                                                                                                                             | HAC                                         |              |       |
| 12                                                                                                                                                                                         | Pregunta si está lactando: <ul style="list-style-type: none"><li>Si la respuesta es <b>"NO"</b> elimina la tarjeta de MELA y explica por qué</li><li>Si la respuesta es <b>"SI"</b> Indague si tiene un bebe menor de seis meses</li><li>Si la respuesta es <b>"SI"</b> elimina la tarjeta de AOC y explica por qué</li></ul>                                                                                                                                          | HAC                                         |              |       |
| 13                                                                                                                                                                                         | Indague si su pareja está dispuesta a participar responsablemente: <ul style="list-style-type: none"><li>Si la respuesta es <b>"NO"</b> elimina las tarjetas de condón y de abstinencia periódica explicando por qué</li><li>Si la respuesta es <b>"SI"</b> Revisa la elegibilidad clínica para cada TARJETA restante y ayuda a la usuaria a elegir entre los métodos que quedan. De ser necesario, en caso de duda, la ayuda a tomar una decisión</li></ul>           | HAC                                         |              |       |
| 14                                                                                                                                                                                         | Orienta sobre el uso de condón, como "doble protección" si hay riesgo de contagio por ITS o VIH" o HTLV1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | HAC                                         |              |       |
|                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             |              |       |

VER AYUDA:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>PF-02-06: Descarta que la usuaria esté gestando.</b></p> <p>Se espera que no haya gestación en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si la usuaria está en abstinencia desde la última regla, o</li><li>• Si usa correcta y regularmente un método anticonceptivo seguro, que quiere cambiar, o</li><li>• Si está dentro de 4 semanas post-parto, o</li><li>• Si tiene menos de 6 meses de post-parto, está dando de lactancia exclusiva y no ha tenido ninguna menstruación</li></ul> <p>Se espera no haya gestación en una mujer que, seis meses después de un parto, continúa sin menstruación y no tiene síntomas o signos de embarazo. En este caso es conveniente indicar una prueba de gestación</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| BUENA PRÁCTICA PF-03: Tercer paso: Responder a las necesidades de la usuaria: El proveedor/a maneja correctamente la indicación del método anticonceptivo. |                                                                                                                                                                                     |                                             |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Incrementar las parejas protegidas con el uso adecuado de métodos anticonceptivos.                                                     |                                                                                                                                                                                     |                                             |              |       |
| Nº                                                                                                                                                         | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                           | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                     |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                         | Elegido el método por la usuaria, revisa con ella el contenido del <b>Folleto</b> del método correspondiente donde se encuentra la manera de utilizar cada método. <b>VER AYUDA</b> | GLS                                         |              |       |
| 02                                                                                                                                                         | Realiza examen clínico general y examen ginecológico con espéculo y bimanual dependiente del método a utilizar. <b>VER AYUDA PF-03-02</b>                                           | HAC                                         |              |       |
| 03                                                                                                                                                         | Le entrega una copia del Folleto del método elegido                                                                                                                                 | GLS                                         |              |       |
|                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                     | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                     |                                             |              |       |

VER AYUDA:

| PF-03-02: Realiza examen clínico general y examen ginecológico con espéculo y bimanual dependiente del método a utilizar.                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Examen clínico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examina coloración de piel y mucosas</li> <li>Examina glándula tiroides</li> <li>Examen clínico de mamas</li> <li>Funciones vitales, TA, frecuencia cardíaca y temperatura</li> <li>Auscultación cardíaca y pulmonar</li> <li>Palpación de abdomen</li> <li>Examen de miembros inferiores</li> </ul> | <b>Examen ginecológico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realiza tacto bimanual identificando, tamaño, forma y posición del útero. Dolor a la movilización, presencia de tumores</li> <li>Coloca espéculo y observa vagina y cuello uterino</li> <li>Si procede y la paciente está de acuerdo realiza Inspección visual con ácido acético del cérvix y/o toma muestra para Papanicolaou</li> <li>Realiza cambio de guantes y lavado de manos</li> </ul> |

| BUENA PRÁCTICA N° PF-04: Cuarto paso: Verificar la comprensión de la usuaria/o. |                                                                                                                                                       |                                             |              |    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Comprobar la comprensión de la información.                 |                                                                                                                                                       |                                             |              |    |    |
| N°                                                                              | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                             | CD                                          | Verificación |    |    |
|                                                                                 |                                                                                                                                                       |                                             | SI           | NO | NA |
| 01                                                                              | Verifica que la usuaria/o ha comprendido la información proporcionada para lo cual utiliza el Folleto del método elegido y lo repasa con la usuaria/o | RPU                                         |              |    |    |
| 02                                                                              | Solicita que repita como va a usar el método en caso de ser necesario                                                                                 | RPU                                         |              |    |    |
| 03                                                                              | Solicita que repita en qué casos debe acudir de inmediato al establecimiento de salud                                                                 | RPU                                         |              |    |    |
| 04                                                                              | Solicita que repita cuando le corresponde regresar al establecimiento de salud para evaluación y recibir los insumos                                  | RPU                                         |              |    |    |
| 05                                                                              | Solicita que repita que entiende por la “ <b>doble protección</b> ” y se refuerza la orientación                                                      | RPU                                         |              |    |    |
| 06                                                                              | Se le solicita que exprese cualquier duda, creencia o costumbre respecto al método elegido                                                            | RPU                                         |              |    |    |
|                                                                                 |                                                                                                                                                       | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                    |                                                                                                                                                       |                                             |              |    |    |

| BUENA PRÁCTICA N° PF-05: Quinto paso: Mantener la relación cordial. |                                                                                                                                            |                                             |              |       |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Establecer mecanismos de seguimiento.           |                                                                                                                                            |                                             |              |       |
| N°                                                                  | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                  | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                     |                                                                                                                                            |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                  | Asegura a la usuaria/o que el personal de salud estará disponible cada vez que tenga alguna duda algún efecto secundario o signo de alarma | GLS                                         |              |       |
| 02                                                                  | Define con la usuaria/o las fechas para la visita de control y/o de reabastecimiento de acuerdo a la norma                                 | GLS                                         |              |       |
| 03                                                                  | Responde a las preguntas de la usuaria de manera precisa, comprensiva y completa                                                           | IU                                          |              |       |
| 04                                                                  | Solicita a la usuaria que remita al establecimiento de salud a otras personas con necesidades como las suyas                               | RPU                                         |              |       |
|                                                                     |                                                                                                                                            | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                        |                                                                                                                                            |                                             |              |       |

| BUENA PRÁCTICA N° PF-06: El proveedor/a aplica el inyectable de Acetato de Medroxi Progesterona (AMPD), correctamente. |                                                                                                 |                                                    |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Incrementar las parejas protegidas con el uso adecuado de métodos anticonceptivos.                 |                                                                                                 |                                                    |              |       |
| N°                                                                                                                     | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                       | CD                                                 | Verificación |       |
|                                                                                                                        |                                                                                                 |                                                    | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                     | Realiza higiene de manos antes y después del procedimiento. <b>VER AYUDA PF-06-01</b>           | PI                                                 |              |       |
| 02                                                                                                                     | Inyecta el vial de anticonceptivo según el procedimiento establecido. <b>VER AYUDA PF-06-02</b> | HAC                                                |              |       |
| 03                                                                                                                     | Elimina los materiales utilizados de forma adecuada                                             | PI                                                 |              |       |
| 04                                                                                                                     | Registra los datos de la atención en la historia clínica y formatos SIS y HIS                   | GLS                                                |              |       |
| 05                                                                                                                     | Verifica la comprensión de mensajes por la usuaria y su pareja                                  | RPU                                                |              |       |
| 06                                                                                                                     | Cita para el siguiente control según la norma. <b>VER AYUDA PF-06-06</b>                        | GLS                                                |              |       |
|                                                                                                                        |                                                                                                 | <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b> |              |       |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                    |                                                                                                 |                                                    |              |       |
| VER AYUDA:                                                                                                             |                                                                                                 |                                                    |              |       |

| PF-06-01: Realiza higiene de manos antes y después del procedimiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PF-06-02: Inyecta el vial de anticonceptivo según el procedimiento establecido.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lava las manos con agua corriente y jabón</b><br><b>PASO 1:</b> Mojar las manos completamente<br><b>PASO 2:</b> Aplicar un jabón sencillo (no es necesario un agente antiséptico)<br><b>PASO 3:</b> Frotar vigorosamente todas las áreas de la mano y los dedos al mismo tiempo por los menos durante 10 a 15 segundos, prestando atención a las áreas bajo las uñas y entremedio de los dedos<br><b>PASO 4:</b> Enjuagar completamente con agua limpia<br><b>PASO 5:</b> Secar las manos con una toalla de papel y usar este mismo papel para cerrar la llave<br><b>O</b><br><b>Realiza el lavado de manos con alcohol glicerinado</b><br><b>PASO 1:</b> Aplicar suficiente alcohol glicerinado para cubrir la superficie de las manos y los dedos (como una cucharadita)<br><b>PASO 2:</b> Frotar la solución vigorosamente sobre las manos, especialmente entremedio de los dedos y debajo de las uñas, hasta que se seque | 1. Se lava las manos<br>2. Lava el sitio de inyección con agua y jabón<br>3. Realiza antisepsia del sitio de inyección con alcohol<br>4. Agita suavemente, con movimientos circulares, el vial y llena la jeringa con técnica estéril<br>5. Elimina burbujas de aire de la jeringa sin eliminar nada del líquido<br>6. Inserta la jeringa profundamente en el músculo elegido<br>7. Jala el embolo y si no ingresa sangre a la jeringa inyecta<br>8. Aplica presión en el sitio de inyección sin frotar |
| <b>PF-06-06: Cita para el siguiente control según la norma</b><br>1. Usuaria de primera vez a los 30 días<br>2. Usuaria continuadora cada tres meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| BUENA PRÁCTICA N° PF-07: El proveedor/a realiza correctamente todos los procedimientos necesarios para una inserción segura del DIU. |                                                                                                                                                                                        |                                             |              |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Incrementar las parejas protegidas con el uso adecuado de métodos anticonceptivos.                               |                                                                                                                                                                                        |                                             |              |       |
| N°                                                                                                                                   | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                              | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                        |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                   | Explica el procedimiento a la usuaria en términos que ella puede comprender                                                                                                            | IU                                          |              |       |
| 02                                                                                                                                   | Realiza higiene de manos antes del procedimiento. VER AYUDA PF-06-01                                                                                                                   | PI                                          |              |       |
| 03                                                                                                                                   | Realiza examen ginecológico previo a la colocación. VER AYUDA PF-03-02                                                                                                                 | HAC                                         |              |       |
| 04                                                                                                                                   | Si detecta signos de infección genital suspende el procedimiento y se lo comunica a la usuaria y su pareja                                                                             | HAC                                         |              |       |
| 05                                                                                                                                   | Indica tratamiento sintromico en presencia de flujo vaginal, según criterio diagnóstico y recomienda un método de barrera (condón), hasta la solución del problema. VER AYUDA PF-07-05 | HAC                                         |              |       |
| 06                                                                                                                                   | Si no hay criterios de contraindicación coloca el DIU según el procedimiento establecido. VER AYUDA PF-07-06                                                                           | HAC                                         |              |       |
| 07                                                                                                                                   | Elimina apropiadamente todos los materiales, incluyendo los guantes, utilizados. VER AYUDA PF-07-07                                                                                    | PI                                          |              |       |
| 08                                                                                                                                   | Realiza higiene de manos después del procedimiento. VER AYUDA PF-06-01                                                                                                                 | PI                                          |              |       |
| 09                                                                                                                                   | Verifica la comprensión de mensajes por la usuaria y su pareja                                                                                                                         | RPU                                         |              |       |
| 10                                                                                                                                   | Registra los datos de la atención en la historia clínica y formatos SIS y HIS                                                                                                          | GLS                                         |              |       |
| 11                                                                                                                                   | Cita para el siguiente control dentro de un mes, al terminar la próxima menstruación                                                                                                   | GLS                                         |              |       |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                        | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                         |                                                                                                                                                                                        |                                             |              |       |

## VER AYUDA:

|                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>PF-07-05:</b> Indica tratamiento sintomático, según criterio diagnóstico y recomienda un método de barrera (condón), hasta la solución del problema en presencia de flujo vaginal.</p> | <p>Sospecha de Neisseria:<br/>Ciprofloxacina 500 mg VO, dosis única + Azitromicina 1 g VO, dosis única</p> <p><u>Sospecha de Chlamidia:</u><br/>Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 7 días</p> <p>Sospecha de Trichomonas: Metronidazol 2 g VO, dosis única</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p><b>PF-07-06:</b> Si no hay criterios de contraindicación coloca el DIU según los procedimientos establecidos.</p>                                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Verifica integridad y fecha de expiración en el sobre conteniendo el DIU</li><li>• Cuidadosamente fija el cuello uterino con pinza en las posiciones 10 y 2 del reloj</li><li>• Introduce el histerómetro utilizando la técnica "sin contacto"</li><li>• Carga el DIU en el dispositivo de colocación mientras ambos están aun en su envase estéril</li><li>• Introduce lenta y suavemente el DIU hasta percibir el fondo uterino, extrae 0.5 cm. y retira el dispositivo de colocación</li><li>• Corta los hilos del DIU, dejando que queden colgando unos 2-3 cm</li></ul> |

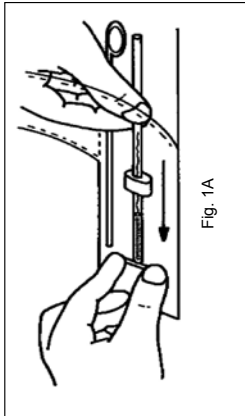


Fig. 1A

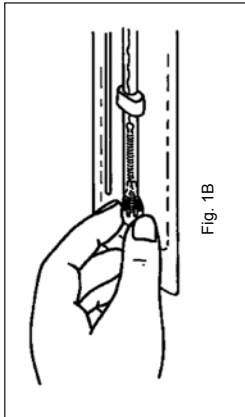


Fig. 1B

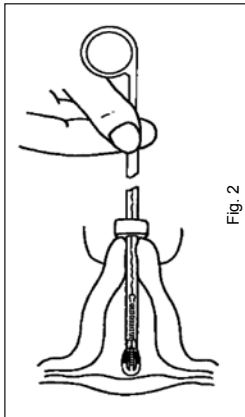


Fig. 2

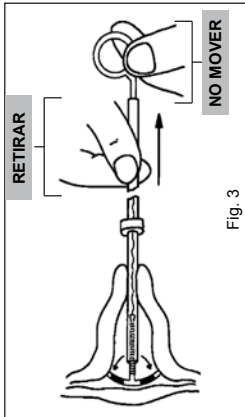


Fig. 3

## VER AYUDA:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>PF-07-07:</b> Elimina apropiadamente todos los materiales, incluyendo los guantes, utilizados.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p><b>PASO 1:</b> Lleva puesto guantes gruesos o utilitarios mientras manipula y transporta los desechos sólidos</p> <p><b>PASO 2:</b> Eliminar los desechos sólidos colocándolos en un recipiente de plástico o metálico galvanizado con tapa que cierre bien</p> <p><b>PASO 3:</b> Recoger los recipientes regularmente y trasladar los que son combustibles al incinerador o al área de incineración</p> <p><b>PASO 4:</b> Se quita de los guantes gruesos o utilitarios (lavarlos diariamente o cuando estén visiblemente sucios y secarlos)</p> <p><b>PASO 5:</b> Lava y seca las manos o utiliza una solución antiséptica</p> <p><b>En el caso de los guantes descartables eliminar en las bolsas destinadas a los residuos biológicos peligrosos, después de ser descontaminados</b></p> |

| BUENA PRÁCTICA N° PF-08: El proveedor/a realiza correctamente los procedimientos necesarios para retirar el dispositivo intrauterino, cuando es necesario, o lo solicita la usuaria. |                                                                                                                                                  |     |              |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Incrementar las parejas protegidas con el uso adecuado de métodos anticonceptivos.                                                                               |                                                                                                                                                  |     |              |       |
| N°                                                                                                                                                                                   | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                        | CD  | Verificación |       |
|                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                  |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                                                   | Informa las condiciones en que el DIU debe ser retirado e indaga las causas en la usuaria. <b>VER AYUDA PF-08-01</b>                             | IU  |              |       |
| 02                                                                                                                                                                                   | Práctica lavado de manos adecuadamente antes del procedimiento. <b>VER AYUDA PF-06-01</b>                                                        | PI  |              |       |
| 03                                                                                                                                                                                   | Se coloca guantes estériles en ambas manos                                                                                                       | PI  |              |       |
| 04                                                                                                                                                                                   | Inserta el espejo humedecido en agua estéril                                                                                                     | HAC |              |       |
| 05                                                                                                                                                                                   | Limpia con solución antiséptica sin alcohol el cuello uterino, especialmente la abertura, y la vagina                                            | PI  |              |       |
| 06                                                                                                                                                                                   | Toma los hilos del DIU, con pinza de anillo y tira de ellos, lenta pero firmemente para remover el DIU                                           | HAC |              |       |
| 07                                                                                                                                                                                   | Si no logra remover el DIU, con el procedimiento anterior, suspende el intento y refiere la usuaria para evaluación por personal médico          | HAC |              |       |
| 08                                                                                                                                                                                   | Si extrae el DIU lo muestra a la usuaria                                                                                                         | IU  |              |       |
| 09                                                                                                                                                                                   | Elimina apropiadamente todos los materiales, incluyendo los guantes, utilizados                                                                  | PI  |              |       |
| 10                                                                                                                                                                                   | Práctica lavado de manos adecuadamente después del procedimiento. <b>VER AYUDA PF-06-01</b>                                                      | PI  |              |       |
| 11                                                                                                                                                                                   | Registra el procedimiento en la tarjeta de la usuaria, HC y formatos SIS y HIS                                                                   | GLS |              |       |
| 12                                                                                                                                                                                   | Proporciona la consejería necesaria, anima a la usuaria y su pareja a regresar al consultorio para valorar el uso de otro método, como el condón | IU  |              |       |
| <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b>                                                                                                                                   |                                                                                                                                                  |     |              |       |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |     |              |       |

VER AYUDA:

**PF-08-01: Informa las condiciones en que un DIU debe ser retirado e indaga las causas.**

1. Sospecha de cáncer cérvico uterino
2. Sospecha o certeza de embarazo (dentro de los tres primeros meses)
3. Incremento marcado de sangrado menstrual en mujer con anemia
4. Enfermedad pélvica inflamatoria después del tratamiento
5. Cuando la usuaria lo solicita

| BUENA PRÁCTICA N° PF-09: Verificar otras necesidades de salud reproductiva. |                                                                                                                                                                                                                               |                                                    |              |       |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Prevención de ITS, Ca de cérvix, Ca de mamas.           |                                                                                                                                                                                                                               |                                                    |              |       |
| N°                                                                          | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                     | CD                                                 | Verificación |       |
|                                                                             |                                                                                                                                                                                                                               |                                                    | SI           | NO NA |
| 01                                                                          | Pregunta si ella o el esposo, tiene relaciones sexuales con más de una persona. Si la respuesta es "SI" explica la importancia de descartar ITS, VIH, HTLV1 mediante examen físico y pruebas de laboratorio                   | RPU                                                |              |       |
| 02                                                                          | Brindar orientación y consejería pre test, tamizaje y post test para la toma de prueba VIH y se le entrega los 10 condones                                                                                                    | HAC                                                |              |       |
| 03                                                                          | Independiente de que la respuesta del ítem anterior sea "NO"; orienta medidas de prevención de ITS, VIH/SIDA                                                                                                                  | IU                                                 |              |       |
| 04                                                                          | Pregunta si tiene descensos vaginales (o descarga uretral), úlceras genitales o ganglios inguinales                                                                                                                           | HAC                                                |              |       |
| 05                                                                          | Si tiene alguna de estas lesiones realiza los exámenes de ayuda diagnóstica respectiva e inicia tratamiento correspondiente                                                                                                   | HAC                                                |              |       |
| 06                                                                          | Explica la importancia del examen periódico para descartar cáncer cervical, PREGUNTA si tiene o no tiene PAP o examen IVA A (Inspección Visual con Ácido Acético) de más de un año                                            | HAC                                                |              |       |
| 07                                                                          | Si se cuenta con profesional de salud capacitado y si la usuaria acepta se le realiza la prueba de PAP o de IVAA. Si no cuenta con profesional de salud capacitado refiere al establecimiento de referencia                   | HAC                                                |              |       |
| 08                                                                          | Explica la importancia del examen periódico para descartar cáncer de mama, se le realiza el examen y si la usuaria lo requiere se la refiere al establecimiento de salud con equipamiento para mamografía y ecografía mamaria | HAC                                                |              |       |
| 09                                                                          | Enseña a la usuaria la técnica de auto examen de mamas y recomendando realizarlo frecuentemente. <b>VER AYUDA PF-09-09</b>                                                                                                    | IU                                                 |              |       |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                         |                                                                                                                                                                                                                               | <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b> |              |       |

VER AYUDA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>PF-09-09: Técnica de Autoexamen de Mamas.</b><br/> Orientar a la mujer a que vigile signos de alarma y acuda a consulta si observa cualquiera de ellos:<br/> Cualquier "bulto" o engrosamiento, independiente del tamaño<br/> Cualquier cambio de forma o apariencia<br/> Alteración en la forma o nivel de los pezones<br/> Hoyuelos o depresiones al levantar los brazos<br/> Pezones retraídos<br/> Secreción o sangrado por los pezones<br/> Arrugamiento de la piel ("piel de naranja")</p> | <div data-bbox="294 1245 482 1391"></div> <div data-bbox="346 940 424 1218"> <p>El cancer de mamas se localiza con mayor frecuencia en el cuadrante superior externo, seguido de la localización en la areola y el pezón</p> </div> <div data-bbox="493 1245 686 1391"></div> <div data-bbox="569 940 611 1218"> <p>Localización de las cadenas ganglionares de las glándulas mamarias</p> </div> <div data-bbox="784 1245 972 1391"></div> <div data-bbox="837 940 915 1218"> <p>Al llegar al pezón se debe presionar suavemente con el dedo pulgar y el dedo índice, observando si hay salida de secreción</p> </div> <div data-bbox="984 1245 1177 1391"></div> <div data-bbox="1031 940 1125 1218"> <p>El siguiente paso es acostarse colocando una almohada debajo del hombro correspondiente al seno que se examina en cada caso. Repetir el examen como lo hizo cuando estaba de pie</p> </div> | <div data-bbox="294 665 482 811"></div> <div data-bbox="346 360 424 639"> <p>Para realizar el autoexamen de la mama se emplea la yema de los tres dedos, como se observan en la imagen. Ya que es donde se tiene mayor sensibilidad.</p> </div> <div data-bbox="493 665 686 811"></div> <div data-bbox="526 360 652 639"> <p>En la imagen se presenta una de las diferentes técnicas de auto examen, inicia en la axila, arranca hacia la clavícula después descendiendo hacia la parte media del tórax, siguiendo un trayecto en forma de espiral, abarcando todo el seno hasta terminar en el pezón.</p> </div> <div data-bbox="784 665 972 811"></div> <div data-bbox="831 360 923 639"> <p>Otra técnica de autoexamen consiste en dividir el hemitórax con la mama que se va a examinar en pequeños cuadros y realizar la exploración con movimiento espiral</p> </div> <div data-bbox="984 665 1177 811"></div> <div data-bbox="1039 360 1117 639"> <p>Otra técnica de auto examen emplea arriba manos, apoyando una contra la otra, haciendo movimientos circulares que abarquen toda la mama.</p> </div> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| BUENA PRÁCTICA N° PF-10: El proveedor/a orienta apropiadamente el uso de la AOE. |                                                                                                                                                                                                                  |                                                    |              |    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Prevención de embarazos no planificados.                     |                                                                                                                                                                                                                  |                                                    |              |    |    |
| N°                                                                               | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                        | CD                                                 | Verificación |    |    |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                  |                                                    | SI           | NO | NA |
| 01                                                                               | Pregunta cuando ocurrió el coito sin protección                                                                                                                                                                  | RPU                                                |              |    |    |
| 02                                                                               | Si han transcurrido menos de <b>72 HORAS</b> , prescribe el método, ofreciendo el método de <b>YUZPE</b> : 4 tabletas de 30ug de etinil estradiol y 150 ug de Levonorgestrel y repetir la dosis 12 horas después | HAC                                                |              |    |    |
| 03                                                                               | Explica con énfasis que este no es un método de planificación familiar de uso habitual                                                                                                                           | IU                                                 |              |    |    |
| 04                                                                               | Informa que no protege de las Infecciones de Transmisión Sexual y/o VIH/SIDA y/o HTLV1                                                                                                                           | IU                                                 |              |    |    |
| 05                                                                               | Informa que no se ha reportado riesgo de malformación congénita en el recién nacido                                                                                                                              | IU                                                 |              |    |    |
| 06                                                                               | Si está lactando, le aconseja no dar de lactar por 8 horas luego de ambas tomas                                                                                                                                  | RPU                                                |              |    |    |
| 07                                                                               | Informa sobre posibles efectos secundarios y cómo manejarlos                                                                                                                                                     | IU                                                 |              |    |    |
| 08                                                                               | Si la usuaria tiene antecedentes de vómitos con el uso de anticoncepción oral, indica Dimenhidrinato 1 tableta de 50 mg. media hora antes de cada toma                                                           | HAC                                                |              |    |    |
| 09                                                                               | Orienta a la usuaria que en caso de vomitar en las primeras dos horas después de la toma de las tabletas, debe repetir la dosis                                                                                  | HAC                                                |              |    |    |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                  | <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b> |              |    |    |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                              |                                                                                                                                                                                                                  |                                                    |              |    |    |

| BUENA PRÁCTICA N° PF-11: El personal de salud en el Centro aplica buenas prácticas de bioseguridad. |                                                                                                |                                                    |              |    |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Prevención de infecciones.                                                      |                                                                                                |                                                    |              |    |    |
| N°                                                                                                  | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                      | CD                                                 | Verificación |    |    |
|                                                                                                     |                                                                                                |                                                    | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                  | Durante la atención procesa correctamente el instrumental utilizado. <b>VER AYUDA PF-11-01</b> | HAC                                                |              |    |    |
| 02                                                                                                  | Elimina correctamente los elementos punzo cortantes. <b>VER AYUDA PF-11-02</b>                 | PI                                                 |              |    |    |
| 03                                                                                                  | Elimina correctamente los desechos sólidos. <b>VER AYUDA PF-11-03</b>                          | PI                                                 |              |    |    |
| 04                                                                                                  | Vigila que se realice correctamente la limpieza de los ambientes (anexo)                       | PI                                                 |              |    |    |
|                                                                                                     |                                                                                                | <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b> |              |    |    |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                 |                                                                                                |                                                    |              |    |    |

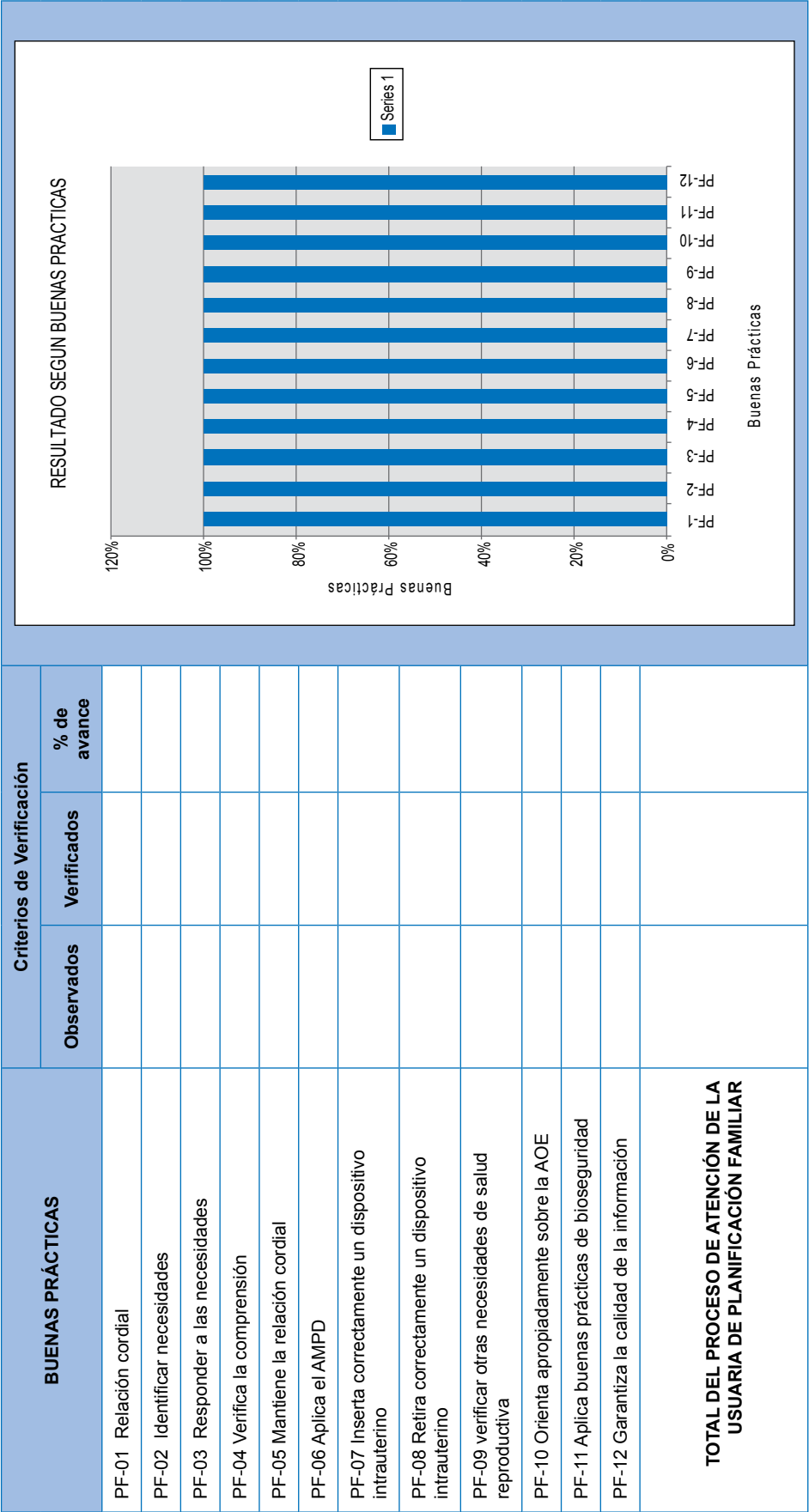
## VER AYUDA:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>PF-11-01: Durante la atención procesa correctamente el instrumental utilizado incluido los guantes.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p><b>PF-11-02: Elimina correctamente los elementos punzo cortantes en depósito especial seguro.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p><b>Descontaminación</b><br/>Remojar en una solución de cloro al 0,5% por 10 minutos antes de limpiarlos. Enjuagarlos y lavarlos inmediatamente</p> <p><b>Limpieza</b><br/>Usando un cepillo, lavarlos con jabón y agua. Enjuagarlos con agua limpia. Si tienen que ser esterilizados, secarlos al aire o con toalla y envolverlos en paquetes o individualmente</p> <p><b>En el caso de los guantes descartables eliminar en las bolsas destinadas a los residuos biológicos peligrosos, después de ser descontaminados.</b></p>                                                                                                                                                                                       | <p><b>PASO 1:</b> No retapar ni desmontar la aguja ni la jeringa</p> <p><b>PASO 2:</b> Después del uso, para descontaminar la aguja y jeringa montada, sostiene la punta de la aguja bajo la superficie de una solución de cloro al 0,5%, llenar la jeringa con la solución y enjuagar tres veces (si la jeringa y/o la aguja será reprocesada, llenar la jeringa con solución de cloro al 0,5% y sumergirla en la solución durante 10 minutos para su descontaminación)</p> <p><b>PASO 3:</b> Colocar las agujas y jeringas montadas que se eliminan en un recipiente de cortos punzantes, con tapa y resistente a los pinchazos, de cartón duro, plástica o metal. La abertura en la tapa debe ser lo bastante grande para que los objetos puedan entrar fácilmente, pero también lo bastante pequeña para ser retirado desde adentro</p> <p><b>PASO 4:</b> Cuando el recipiente está tres cuartos lleno, debe ser retirado del área para su eliminación</p> |
| <p><b>PF-11-03: Elimina correctamente los desechos sólidos.</b></p> <p><b>PASO 1:</b><br/>Lleva puesto guantes gruesos o utilitarios mientras manipula y transporta los desechos sólidos</p> <p><b>PASO 2:</b><br/>Eliminar los desechos sólidos colocándolos en un recipiente de plástico o metálico galvanizado con tapa que cierre bien</p> <p><b>PASO 3:</b><br/>Recoger los recipientes regularmente y traslada los que son combustibles al incinerador o al área de incineración</p> <p><b>PASO 4:</b><br/>Se quita de los guantes gruesos o utilitarios (lavarlos diariamente o cuando estén visiblemente sucios y secarlos)</p> <p><b>PASO 5</b><br/>Lava y seca las manos o utiliza una solución antiséptica</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

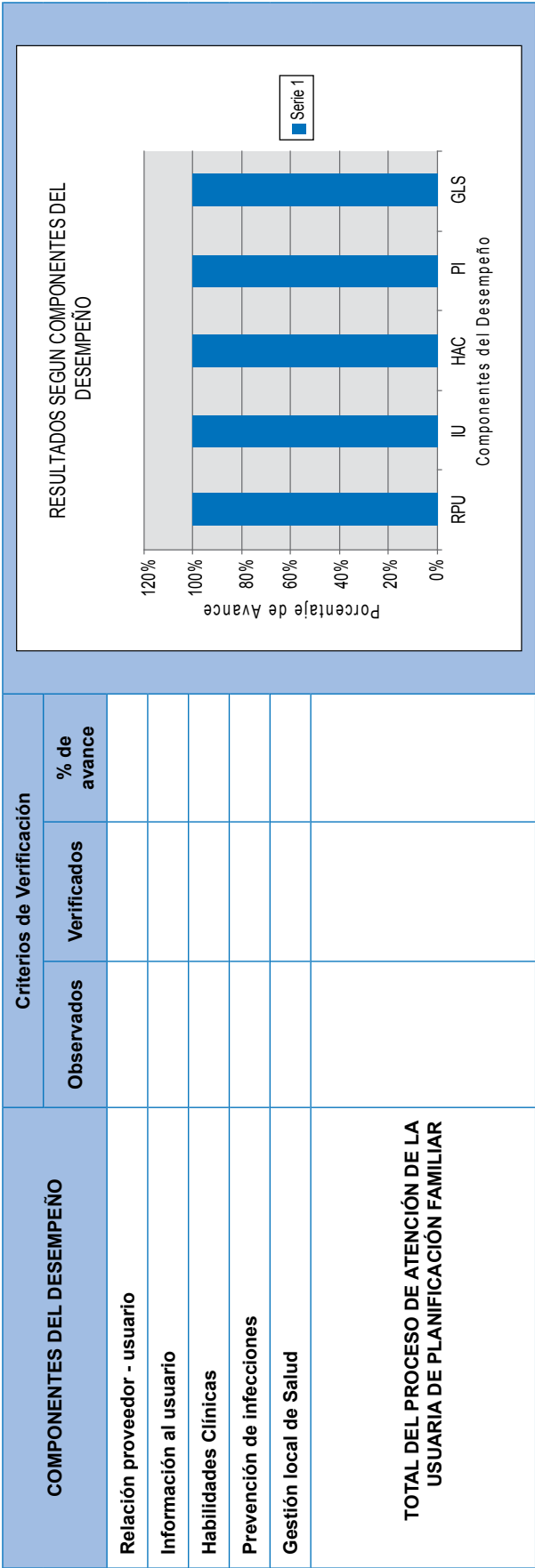
| BUENA PRÁCTICA N° PF-12: El prestador/a garantiza la calidad de la información de salud en actividades preventivas promocionales (APP) y consulta externa de salud sexual y reproductiva (incluida planificación familiar). |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |                                             |    |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Prevención de embarazos no planificados y/o deseados.                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |                                             |    |    |
| N°                                                                                                                                                                                                                          | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                            | CD  | Verificación                                |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     | SI                                          | NO | NA |
| 01                                                                                                                                                                                                                          | El prestador llena los formularios <b>en el momento que se produce la prestación</b> o que se realiza la actividad de salud correspondiente                                                                                                                                          | HAC |                                             |    |    |
| 02                                                                                                                                                                                                                          | El prestador hace uso individual de los formularios, <b>un mismo formato es llenado sólo por el prestador</b>                                                                                                                                                                        | HAC |                                             |    |    |
| 03                                                                                                                                                                                                                          | El prestador codifica correctamente el diagnóstico y/o actividad de salud                                                                                                                                                                                                            | HAC |                                             |    |    |
| 04                                                                                                                                                                                                                          | El prestador llena y verifica que los formularios cuenten con toda la información solicitada en ellos y que no queden datos sin registrar                                                                                                                                            | HAC |                                             |    |    |
| 05                                                                                                                                                                                                                          | El prestador llena los formularios <b>con letra clara y legible y NO</b> utiliza abreviaturas ni siglas                                                                                                                                                                              | HAC |                                             |    |    |
| 06                                                                                                                                                                                                                          | Al término del turno de atención, el prestador ordena los formularios y verifica que cuenten con toda la información solicitada en ellos y que no queden datos sin registrar                                                                                                         | GLS |                                             |    |    |
| 07                                                                                                                                                                                                                          | Al término del turno de atención, el prestador entrega los formularios HIS debidamente llenados a la instancia administrativa correspondiente, y a fin de mes consolida la información en el SIS 240 M asegurándose que ningún formulario bajo su responsabilidad queda sin entregar | GLS |                                             |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |    |    |



RESULTADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE LA USUARIA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, SEGÚN BUENAS PRÁCTICAS.



RESULTADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE LA USUARIA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN COMPONENTES DEL DESEMPEÑO.



**ANEXO N° 04**  
**INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN DEL NIÑO O NIÑA**  
**Instrumento 4.1**  
**ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

|                                   |                                        |                                         |  |
|-----------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|--|
| <b>DIRESA/DISA:</b>               |                                        | <b>Red:</b>                             |  |
| <b>Microrred:</b>                 |                                        | <b>Código RENAES:</b>                   |  |
| <b>Nombre del establecimiento</b> |                                        | <b>Fecha de la medición. (dd/mm/aa)</b> |  |
| <b>Número de medición</b>         | <b>Persona que realiza la medición</b> |                                         |  |

| BUENA PRÁCTICA INF-01: El proveedor al comenzar la consulta de AIS Niño/CRED verifica disponer de los medios para brindar una atención completa. |                                                                                                                                                                                                                  |     |              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|----|
| Objetivo Sanitario: Garantizar atención completa del niño sano.                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                  |     |              |    |
| N°                                                                                                                                               | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                        | CD  | Verificación |    |
|                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                  |     | SI           | NO |
| 01                                                                                                                                               | Historia clínica estandarizada que incluya: Plan de atención, Datos de filiación y antecedentes, Evaluación de la alimentación y Formato de consulta en cantidad suficiente para una demanda de tres meses.      | GLS |              |    |
| 02                                                                                                                                               | Carné de atención integral del menor de 5 años en cantidad suficiente para una demanda de tres meses.                                                                                                            | GLS |              |    |
| 03                                                                                                                                               | Registro diario de atención (HIS) y Formatos del SIS en cantidad suficiente para una demanda de tres meses.                                                                                                      | GLS |              |    |
| 04                                                                                                                                               | Instrumento de seguimiento de la atención integral de salud de la niña y el niño.                                                                                                                                | GLS |              |    |
| 05                                                                                                                                               | Gráficos de las curvas de crecimiento P/E, T/E, P/T y PC y formato del Test de evaluación del desarrollo en cantidad suficiente para 3 meses.                                                                    | GLS |              |    |
| 06                                                                                                                                               | Instrumentos de evaluación del desarrollo del menor de 30 meses: Kit del Test Abreviado Peruano (TAP) Instrumentos de evaluación del desarrollo de 3 - 4 años: Kit de la Pauta Breve. <b>VER AYUDA INF-01-06</b> | GLS |              |    |
| 07                                                                                                                                               | Dispone de escuadra y plumón verde y rojo de punta fina para elaboración de gráficos en HC y carnet.                                                                                                             | GLS |              |    |
| 08                                                                                                                                               | Ficha de Tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil en cantidad suficiente para una demanda de tres meses (01 por niño).                                                                                 | GLS |              |    |
| 09                                                                                                                                               | Material educativo impreso. <b>VER AYUDA INF-01-09</b>                                                                                                                                                           | GLS |              |    |
| 10                                                                                                                                               | Balanza pediátrica de platillo y de plataforma, operativa y calibrada.                                                                                                                                           | GLS |              |    |
| 11                                                                                                                                               | Infantometro y Tallmetro de decúbito y de pie y cinta métrica para medidas antropométricas.                                                                                                                      | GLS |              |    |
| 12                                                                                                                                               | Estetoscopio pediátrico y termómetro clínico.                                                                                                                                                                    | GLS |              |    |

|                                             |                                                                                                                                                                                               |  |  |  |     |  |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-----|--|
| 13                                          | Linterna operativa para examen clínico.                                                                                                                                                       |  |  |  | GLS |  |
| 14                                          | Martillo de percusión.                                                                                                                                                                        |  |  |  | GLS |  |
| 15                                          | Pantoscopio u Otoscopio.                                                                                                                                                                      |  |  |  | GLS |  |
| 16                                          | Lámpara de cuello de ganso con foco operativo.                                                                                                                                                |  |  |  | GLS |  |
| 17                                          | Tambor de acero quirúrgico y riñoneras.                                                                                                                                                       |  |  |  | GLS |  |
| 18                                          | Dispone del Kit para curación del ombligo, torundas de gasa estéril, agua estéril, agua jabonosa, y guantes.                                                                                  |  |  |  | GLS |  |
| 19                                          | Bajalenguas (preparadas individualmente), torundas de algodón e hisopos.                                                                                                                      |  |  |  | GLS |  |
| 20                                          | Dispone en el consultorio de agua corriente en lavamanos o un bidón y recipiente para la higiene de manos.                                                                                    |  |  |  | GLS |  |
| 21                                          | Insumos para la higiene de manos: Dispensador de jabón líquido, papel toalla y Alcohol gel.                                                                                                   |  |  |  | GLS |  |
| 22                                          | Recipiente para material contaminado y no contaminado con las bolsas de diferentes colores para desechos, según norma, y recipiente especial para eliminar punzo cortantes.                   |  |  |  | GLS |  |
| 23                                          | Realiza la limpieza de los ambientes o supervisa que ésta se realice de acuerdo a procedimientos adecuados, antes de iniciar la atención y cuando fuera necesario. <b>VER AYUDA INF-01-23</b> |  |  |  | PI  |  |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |                                                                                                                                                                                               |  |  |  |     |  |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                |                                                                                                                                                                                               |  |  |  |     |  |

**VER AYUDA:**

| INF-01-06: Instrumentos de evaluación del desarrollo del < de 30 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | INF-01-06: Instrumentos de evaluación del desarrollo de 3 - 4 años.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelota de 10 cm de diámetro, de color entero, de plástico (01)</li> <li>• Cubos de madera de 2.5 cm de lado, liso de color rojo (4)</li> <li>• Pañal o tela de color blanco de 20 x 30 cm (01)</li> <li>• Frijoles, maíz o similar (04)</li> <li>• Caja de cartón resistente, con tapa, fácil de levantar por el niño (01)</li> <li>• Frasco con tapa de rosca, cilíndrico, transparente de 5 cm de diámetro (01)</li> <li>• Juego de vástago y aros para encajar con 6 aros de diferente diámetro (01)</li> <li>• Libro de figuras de 10-12 hojas con 1-2 dibujos por hoja (01)</li> <li>• Linterna pequeña tipo lapicero (01)</li> <li>• Espejo de 40 x 40 cm con marco (01)</li> <li>• Hoja de papel tamaño A4</li> <li>• Plumones de diferentes colores, punta fina (02)</li> <li>• Campanilla de bronce de 3 cm de diámetro y 3.5 cm de altura (01)</li> <li>• Juguete con ruedas con pita para jalar y poco peso (01)</li> <li>• Carrito pequeño u otro juguete plástico liviano (01)</li> <li>• Sonaja simple (01).</li> <li>• Lámina grande del formato del Test de evaluación del desarrollo de acuerdo a NTS.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubos de madera de 2.5 cm de lado, liso de color rojo (10)</li> <li>• Cucharita de plástico de 19 cm de largo de color vivo (01)</li> <li>• Campanilla de bronce (01)</li> <li>• Argolla roja de 12 cm de diámetro con un cordel de 50 cm de largo (01)</li> <li>• Pastilla polivitáminica</li> <li>• Frasco transparente de 4 cm de largo x 4 cm de diámetro (01)</li> <li>• Pañal o tela de color blanco de 20 x 30 cm (01)</li> <li>• Lápiz de cera (01)</li> <li>• Palo de 45 cm de largo x 1 cm de diámetro sin color (01)</li> <li>• Lámina con dibujo de una muñeca (01)</li> <li>• Tablero de madera de 10 x 10 cm de lado, rojo, amarillo y azul (03)</li> <li>• Lápiz sin goma (01)</li> <li>• Estuche de tela de 15 x 10 cm con tapa, 2 ojales y 2 botones (01)</li> <li>• Hoja de papel blanco</li> <li>• Láminas con dibujo de una cruz y círculo (02)</li> <li>• Láminas con dibujos de animales (01)</li> </ul> |

| INF-01-09: Cuenta con material educativo impreso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | INF-01-23: Realiza correctamente la limpieza de los ambientes o supervisa su realización.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Mínimo disponer de materiales de orientación sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavado de manos</li> <li>• Lactancia materna</li> <li>• Alimentación complementaria</li> <li>• Estimulación y afecto</li> <li>• Prevención y manejo de las enfermedades prevalentes               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anemia</li> <li>- Infecciones respiratorias agudas</li> <li>- Enfermedad diarreica aguda</li> <li>- Parasitosis</li> </ul> </li> </ul> <p>Otras de acuerdo a la situación epidemiológica local.</p> | <p><b>Paredes, ventanas, cielos y puertas</b>, incluyendo las manillas de la puerta: Limpie las áreas sucias con un trapo húmedo, detergente y agua. Desempolvillar estas áreas con un trapo húmedo es lo adecuado (la desinfección es innecesaria).</p> <p><b>Sillas, lámparas, mesones, superficies, camas, barandillas, barras, lámparas, marcos de puertas y bodegas:</b> Limpie diariamente y cuando están sucios con un trapo húmedo con solución de limpieza desinfectante.</p> <p><b>Equipo no crítico Estetoscopios y tensiómetros:</b> Limpie diariamente y cuando se vean sucios con un trapo húmedo con una solución de detergente y agua. Si el equipo está sucio con fluidos corporales, o si el/la paciente está bajo precauciones de contacto, debe ser limpiado y desinfectado.</p> <p><b>Pisos:</b> Limpie los pisos diariamente con un trapero húmedo, detergente y agua. Usar un desinfectante cuando están contaminados con de fluidos corporales</p> <p><b>Lavamanos, inodoros y letrinas:</b> Frotar diariamente o más a menudo si fuera necesario con una solución de <b>limpieza desinfectante</b>. Enjuague con agua</p> |

| BUENA PRÁCTICA INF-02: El prestador/a realiza la atención del niño sano en los controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED), adecuadamente. |                                                                                                                                                                                          |     |              |    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Prevención de la desnutrición crónica infantil.                                                                         |                                                                                                                                                                                          |     |              |    |    |
| N°                                                                                                                                          | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                | CD  | Verificación |    |    |
|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                          |     | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                                                          | Al recibir a la madre y el niño/a se presenta y saluda.                                                                                                                                  | RPU |              |    |    |
| 02                                                                                                                                          | Pregunta a la madre o acompañante sobre el estado de salud de la niña/o desde el último control.                                                                                         | RPU |              |    |    |
| 03                                                                                                                                          | Pregunta a la madre y examina a la niña/o en busca de señales generales de peligro (puede beber o lactar, vómitos, convulsiones, letárgico o comatoso).                                  | HAC |              |    |    |
| 04                                                                                                                                          | Se comunica con los usuarios de acuerdo con su cultura, con cortesía y respeto.                                                                                                          | RPU |              |    |    |
| 05                                                                                                                                          | Realiza higiene de manos antes y después de examinar al niño/a. <b>VER AYUDA INF-02-05</b>                                                                                               | PI  |              |    |    |
| 06                                                                                                                                          | Verifica si el niño tiene DNI o CUI y un seguro de salud.                                                                                                                                | GLS |              |    |    |
| 07                                                                                                                                          | Realiza examen físico general incluyendo funciones vitales, medidas antropométricas y registra datos en la HC y el carné de salud infantil según corresponda. <b>VER AYUDA INF-02-07</b> | HAC |              |    |    |
| 08                                                                                                                                          | Evalúa desarrollo psicomotor de la niña/o, utilizando el instrumento de acuerdo a la edad. <b>VER AYUDA INF-02-08</b>                                                                    | HAC |              |    |    |
| 09                                                                                                                                          | Evalúa el crecimiento, estado de nutrición y alimentación del niño y registra los datos en la HC y el carné de salud infantil según corresponda.                                         | HAC |              |    |    |
| 10                                                                                                                                          | Indica y registra la realización de Tamizaje de anemia a partir de los 6 meses de edad.                                                                                                  | HAC |              |    |    |
| 11                                                                                                                                          | Indica, registra y monitorea la suplementación con micronutrientes (sulfato ferroso, vitamina a, multimicronutrientes) a partir de los 6 meses de edad. <b>VER AYUDA INF-02-11</b>       | HAC |              |    |    |
| 12                                                                                                                                          | Indica examen de heces fecales para descartar parasitosis intestinal a partir del año de edad.                                                                                           | HAC |              |    |    |
| 13                                                                                                                                          | Indica desparasitación profiláctica contra geohelmintos de acuerdo a la realidad epidemiológica. <b>VER AYUDA INF-02-13</b>                                                              | HAC |              |    |    |
| 14                                                                                                                                          | Si es un recién nacido en su primer control verifica la administración de las vacunas BCG y anti hepatitis B.                                                                            | HAC |              |    |    |
| 15                                                                                                                                          | Si es un recién nacido en su primer control verifica la realización del Tamizaje de TSH y entrega resultados si corresponde, de acuerdo a la norma vigente.                              | HAC |              |    |    |
| 16                                                                                                                                          | Indaga signos de maltrato infantil aplicando la Ficha de Tamizaje de violencia y maltrato infantil y registra los hallazgos en la historia clínica. <b>VER AYUDA INF-02-16</b>           | HAC |              |    |    |
| 17                                                                                                                                          | Registra en la historia clínica los factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo.                                                                                         | HAC |              |    |    |

|                                                    |                                                                                                                                                                    |     |  |  |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|--|
| 18                                                 | Brinda orientación y consejería de acuerdo a los factores identificados, a la edad del niño o niña y registra los acuerdos en la HC.<br><b>VER AYUDA INF-02-18</b> | IU  |  |  |
| 19                                                 | Registra la atención en el registro diario de atención (HIS), formato único de atención del SIS y en los instrumentos de seguimiento.                              | GLS |  |  |
| 20                                                 | Elabora y monitorea Plan de Atención Integral del niño y la niña.                                                                                                  | HAC |  |  |
| 21                                                 | Explica de manera clara y adecuada culturalmente las indicaciones realizadas.                                                                                      | IU  |  |  |
| 22                                                 | Siempre que brinde información verifica la comprensión de los mensajes.                                                                                            | IU  |  |  |
| 23                                                 | Estimula a la madre que haga preguntas sobre la situación y cuidado del niño/a.                                                                                    | RPU |  |  |
| 24                                                 | Realiza la cita para el siguiente control.                                                                                                                         | GLS |  |  |
| <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b> |                                                                                                                                                                    |     |  |  |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                |                                                                                                                                                                    |     |  |  |

VER AYUDA:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INF-02-05: Realiza higiene de manos antes y después del procedimiento.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>Lava las manos con agua corriente y jabón</p> <p><b>PASO 1:</b> Mojar las manos completamente</p> <p><b>PASO 2:</b> Aplicar un jabón sencillo (no es necesario un agente antiséptico) en cantidad suficiente para cubrir toda la superficie de la mano.</p> <p><b>PASO 3:</b> Frotar todas las áreas de la mano y los dedos al mismo tiempo por 40 a 60 seg., con atención a las áreas bajo las uñas y entre los dedos.</p> <p><b>PASO 4:</b> Enjuagar completamente con agua limpia.</p> <p><b>PASO 5:</b> Secar las manos con una toalla de papel y usar el papel para cerrar la llave.</p> | <p><b>Higiene de manos con alcohol glicerinado.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Su uso no es apropiado cuando las manos están visiblemente sucias o contaminadas con materia orgánica, sangre u otros fluidos corporales.</li> <li>Después del uso repetido (5 veces) deben lavarse las manos con agua y jabón.</li> </ul> <p><b>PASO 1:</b> Aplicar alcohol glicerinado para cubrir la superficie de las manos y los dedos</p> <p><b>PASO 2:</b> Frotar la solución sobre las manos, especialmente entremedio de los dedos y debajo de las uñas, hasta que se seque.</p> |
| <b>INF-02-07: Realiza examen físico general.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>INF-02-08: Evalúa desarrollo psicomotor del niño de 0-30 meses.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p><b>Anexo N° 5 y 6 de NTS N°087-2010.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Guía para el examen físico de la niña y el niño.</li> <li>Guía para la valoración de la displasia de cadera.</li> <li>Guía para la evaluación de los pares craneales.</li> <li>Guía para la evaluación de los reflejos primarios en el RN.</li> </ul> <p>Pruebas para la detección de alteraciones visuales</p>                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Control de cabeza y tronco sentado.</li> <li>Control de cabeza y tronco rotaciones.</li> <li>Control de cabeza y tronco de marcha.</li> <li>Uso del brazo y mano.</li> <li>Inteligencia y aprendizaje.</li> <li>Visión y audición.</li> <li>Lenguaje comprensivo.</li> <li>Lenguaje expresivo.</li> <li>Comportamiento social.</li> <li>Alimentación, vestido e higiene.</li> <li>Juego</li> </ul>                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>INF-02-08: Evalúa desarrollo psicomotor del niño de 3-4 años.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Área de lenguaje.</li> <li>Área de postura y motricidad.</li> <li>Área de coordinación.</li> <li>Área de comportamiento social.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

## VER AYUDA:

| INF-02-11: Indica, registra y monitorea la suplementación con micronutrientes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | INF-02-13: Indica desparasitación profiláctica contra geohelmintos de acuerdo a la realidad epidemiológica.                                                                                                                                                                                           | INF-02-16: Verifica signos de maltrato infantil y lo registra en la Historia clínica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Esquema de Suplementación de Sulfato ferroso</b></p> <p><b>Peso al nacer &gt; 2500 g</b><br/>Jarabe: 75 mg/5ml: Fase 1: 5 ml/día x 6 meses, 6 meses de descanso y</p> <p>Gotas: 125 mg/ml: Fase 2: 5 ml/día x 6 meses<br/>Fase 1: 0.6 ml ó 10 gotas/día x 6 meses<br/>6 meses de descanso<br/>Fase 2: 0.6 ml ó 10 gotas/día x 6 meses</p> <p><b>Peso al nacer &lt; 2500 g: a partir de los DOS meses hasta los 24 meses</b><br/>Fase 1: 0.6 ml ó 10 gotas/día x 6 meses, 6 meses de descanso.<br/>Fase 2: 0.6 ml ó 10 gotas/día x 6 meses.</p> <p><b>Suplementación con Micronutrientes</b></p> <p><b>Peso al nacer &gt; 2500 g</b><br/>Fase 1: Un sobre diario x 6 meses. 6 meses de descanso.<br/>Fase 2: Un sobre diario x 6 meses.</p> <p><b>Sobre con 12.5 mg de Fe elemental + Vit. A, Ac. Fólico, Vit. C y zinc</b></p>                                      | <p>Realizar en áreas prioritizadas por criterio epidemiológico y en áreas donde es difícil el descarte de parásitos con exámenes de laboratorio.</p> <p><b>A partir de los DOS años de edad cada 6 meses</b><br/>Mebendazol: 500 mg VO en dosis única, o<br/>Albendazol: 400 mg VO en dosis única</p> | <p><b>Anexo N° 7 de NTS N°087-2010</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evidencia de temor al padre o la madre.</li> <li>Tristeza, llanto frecuente.</li> <li>Agresividad, desobediencia.</li> <li>Excesiva quietud.</li> <li>Problemas de sueño, lenguaje o alimentación.</li> <li>Dificultad para caminar o sentarse.</li> <li>Accidentes o enfermedades frecuentes.</li> <li>Descuido en higiene y aseo del niño.</li> <li>Presencia de lesiones cutáneas, hematomas, huella de cinturón, entre otros.</li> <li>Otros.</li> </ul> |
| INF-02-18: Brinda orientación y consejería de acuerdo a los factores identificados, a la edad del niño o niña                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | INF-02-18: Brinda orientación y consejería de acuerdo a los factores identificados, a la edad del niño o niña                                                                                                                                                                                         | INF-02-18: Brinda orientación y consejería de acuerdo a los factores identificados, a la edad del niño o niña                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Lactancia materna exclusiva por 6 meses.</li> <li>Añadir a partir de los 6 meses alimentos complementarios.</li> <li>Promover alimentos que sean fuentes de hierro.</li> <li>Entre los 6 m y 2 años, 3 comidas principales y 2 extras entre comidas.</li> <li>De 12 meses hasta los dos años. Darle porciones adecuadas de alimentos de la olla familiar; cortados en pequeños trozos y poco condimentados; darle el pecho todas las veces que el niño quiera, pero después de los alimentos.</li> <li>De 2 años o más: darle 3 comidas diarias de la olla familiar. Dos veces por día darle también otros alimentos nutritivos entre las comidas como mazamoras, papillas, frutas según disponibilidad local.</li> <li>Una buena alimentación incluye: cereales, menestras, carne, pescado, huevos, frutas y verduras.</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Alimentación de acuerdo a la edad.</li> <li>Prácticas de estimulación temprana.</li> <li>Alimentación durante la enfermedad.</li> <li>Alimentación y cuidado de la madre.</li> <li>Higiene personal, incluyendo higiene oral.</li> <li>Lavado de manos.</li> <li>Limpieza y ventilación de la casa.</li> <li>Prevención de complicaciones de enfermedades prevalentes.</li> <li>Fomento de vínculos afectivos en el hogar.</li> <li>Prevención de accidentes.</li> </ul>                                |

| BUENA PRÁCTICA ARN-03: El proveedor/a, realiza correctamente la atención inmediata del recién nacido.                                                          |                                                                                                                                                                           |     |              |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir Morbilidad neonatal.                                                                                                               |                                                                                                                                                                           |     |              |       |
| Nº                                                                                                                                                             | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                 | CD  | Verificación |       |
|                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                           |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                             | Precalienta los campos para la recepción del recién nacido.                                                                                                               | GLS |              |       |
| 02                                                                                                                                                             | Practica lavado clínico de manos antes y después de la atención. VER AYUDA ARN-03-02                                                                                      | PI  |              |       |
| 03                                                                                                                                                             | Se coloca guantes estériles.                                                                                                                                              | PI  |              |       |
| 04                                                                                                                                                             | Realiza secado inmediato con paño precalentado, elimina paño húmedo y lo cambia por otro paño seco.                                                                       | HAC |              |       |
| 05                                                                                                                                                             | Realiza una evaluación rápida e inmediata del recién nacido. VER AYUDA ARN-03-05                                                                                          | HAC |              |       |
| 06                                                                                                                                                             | Si de acuerdo a la evaluación rápida el RN es normal se coloca en contacto inmediato, piel a piel, con la madre e inicio de lactancia materna por 60 min.                 | HAC |              |       |
| 07                                                                                                                                                             | Evalúa la condición del neonato mediante el test de APGAR al minuto y cinco minutos de nacido. VER AYUDA ARN-03-07                                                        | HAC |              |       |
| Si el APGAR al minuto y 5 minutos es de 7 ó más continúa la atención, si requiere reanimación inmediata, aplica en la observación la atención de la BP ARN-04. |                                                                                                                                                                           |     |              |       |
| 08                                                                                                                                                             | Corta y liga el cordón umbilical cuando deje de latir (en 2 – 3 min), con instrumento estéril, coloca alcohol puro y envuelve en una gasa estéril.                        | PI  |              |       |
| 09                                                                                                                                                             | Pinzar tempranamente el cordón umbilical, antes de los 30 seg. en casos de eritroblastosis fetal por conflicto Rh, o en madre Rh negativa sin prueba de Coombs realizada. | HAC |              |       |
| 10                                                                                                                                                             | Informa a la madre del sexo del RN y le muestra los genitales e identifica adecuadamente al recién nacido.                                                                | IU  |              |       |
| 11                                                                                                                                                             | Realiza antropometría: peso, talla, perímetro cefálico y perímetro torácico.                                                                                              | HAC |              |       |
| 12                                                                                                                                                             | Calcula la edad gestacional mediante Test de Capurro y determina el estado nutricional del neonato. VER AYUDA ARN-03-12                                                   | HAC |              |       |
| 13                                                                                                                                                             | Realiza examen físico completo. VER AYUDA ARN-03-13                                                                                                                       | HAC |              |       |
| 14                                                                                                                                                             | Verifica permeabilidad anal.                                                                                                                                              | HAC |              |       |
| 15                                                                                                                                                             | Administra vitamina K, 1mg IM para RN con peso > = a 2500 g y 0.5 mg para RN con menos de 2500 g.                                                                         | HAC |              |       |
| 16                                                                                                                                                             | Realiza profilaxis oftálmica de acuerdo a la normatividad.                                                                                                                | PI  |              |       |
| 17                                                                                                                                                             | Registra datos en la HCPN (apellidos, sexo, fecha, hora de nacimiento, antropometría y puntaje del APGAR).                                                                | GLS |              |       |
| 18                                                                                                                                                             | Identifica correctamente al recién nacido. VER AYUDA ARN-03-18                                                                                                            | GLS |              |       |
| 19                                                                                                                                                             | Al terminar la atención cumple con las normas de bioseguridad. VER AYUDA ARN-03-19                                                                                        | PI  |              |       |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                                                                                    |                                                                                                                                                                           |     |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                           |     |              |       |

VER AYUDA:

| <b>ARN-03-02: Lavado clínico de las manos.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>ARN-03-05: Evaluación rápida e inmediata del recién nacido.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                      |                                          |          |                              |           |                     |        |                        |          |      |      |                                  |                              |                                      |                                          |                           |         |                |                   |             |         |                   |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|----------|------------------------------|-----------|---------------------|--------|------------------------|----------|------|------|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------|---------|----------------|-------------------|-------------|---------|-------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Quitarse las joyas, reloj y pulseras</li><li>• Lavarse las manos, especialmente entre los dedos y los antebrazos hasta los codos, con jabón y agua. Si usa un cepillo, debe estar limpio y esterilizado; si usan esponjas, deben ser desechables.</li><li>• Limpiar las uña con un elemento para este propósito.</li><li>• Enjuagar las manos y antebrazos con agua manteniendo las manos en alto.</li><li>• Aplicar un agente antiséptico a las superficies de las manos y antebrazos hasta los codos y frotar vigorosamente por lo menos 2 minutos.</li><li>• Sostener las manos juntas más alto que los codos, y enjuagar las manos y ante brazos completamente con agua limpia.</li></ul> <p>Mantener las manos arriba y separadas del cuerpo, no tocar ninguna superficie o artículo y secar las manos y antebrazos con una toalla limpia y seca o secarlas con papel toalla.</p> | <b>Responde las siguientes preguntas:</b><br>¿El recién nacido es a término?<br>¿El líquido amniótico es claro?<br>¿Está respirando normal o llorando?<br>¿Tiene buen tono muscular?<br><b>Si la respuesta es Sí, a todas las preguntas anteriores, es una evaluación normal, por lo que se continúa el proceso de atención a un RN sin asfíxia:</b><br>1. Colocarlo de costado o boca arriba sobre el abdomen materno<br>2. Retirar de boca y nariz las secreciones o el líquido amniótico claro con una gasa o toalla limpia y se aspira solo si es necesario.<br>3. Secarlo con sábanita limpia y previamente calentada, durante 5 min en fuente de calor. Cambiar la sábana mojada.<br>4. Dejar al RN sobre el tórax de la madre en contacto piel-piel para realizar el apego precoz y lactancia materna.<br>5. Se cubre con la misma sábana seca de la madre |                                      |                                          |          |                              |           |                     |        |                        |          |      |      |                                  |                              |                                      |                                          |                           |         |                |                   |             |         |                   |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| <b>ARN-03-07: TEST DE APGAR.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>ARN-03-13: EXAMEN FÍSICO COMPLETO.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                      |                                          |          |                              |           |                     |        |                        |          |      |      |                                  |                              |                                      |                                          |                           |         |                |                   |             |         |                   |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| <table><tr><th></th><th>0 puntos</th><th>1 puntos</th><th>2 puntos</th></tr><tr><td>Color de la piel (Aparencia)</td><td>todo azul</td><td>extremidades azules</td><td>normal</td></tr><tr><td>Ritmo cardíaco (Pulso)</td><td>no posee</td><td>&lt;100</td><td>&gt;100</td></tr><tr><td>Reflejos e irritabilidad (Gesto)</td><td>sin respuesta a estimulación</td><td>mueca/llanto débil al ser estimulado</td><td>estornudos/tos/pataleo al ser estimulado</td></tr><tr><td>Tono muscular (Actividad)</td><td>ninguna</td><td>alguna flexión</td><td>movimiento activo</td></tr><tr><td>Respiración</td><td>ausente</td><td>debil o irregular</td><td>fuerte</td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0 puntos                             | 1 puntos                                 | 2 puntos | Color de la piel (Aparencia) | todo azul | extremidades azules | normal | Ritmo cardíaco (Pulso) | no posee | <100 | >100 | Reflejos e irritabilidad (Gesto) | sin respuesta a estimulación | mueca/llanto débil al ser estimulado | estornudos/tos/pataleo al ser estimulado | Tono muscular (Actividad) | ninguna | alguna flexión | movimiento activo | Respiración | ausente | debil o irregular | fuerte | Lo realiza con el niño desnudo bajo una fuente de calor <ul style="list-style-type: none"><li>• Antropometría: peso, talla y perímetro craneal.</li><li>• Examen general: presencia de malformaciones externas, coloración de la piel (ictericia o cianosis).</li><li>• Cabeza: palpación de fontanelas y suturas, examen ocular y de la boca, permeabilidad de coanas.</li><li>• Auscultación cardíaca y pulmonar.</li><li>• Abdomen. Presencia de masas o visceromegalia distensión abdominal, peristaltismo.</li><li>• Genitales: descartar malformaciones, si varón comprobar descenso de testículos.</li><li>▪ Descartar luxación congénita de cadera</li></ul> |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 0 puntos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1 puntos                             | 2 puntos                                 |          |                              |           |                     |        |                        |          |      |      |                                  |                              |                                      |                                          |                           |         |                |                   |             |         |                   |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| Color de la piel (Aparencia)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | todo azul                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | extremidades azules                  | normal                                   |          |                              |           |                     |        |                        |          |      |      |                                  |                              |                                      |                                          |                           |         |                |                   |             |         |                   |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| Ritmo cardíaco (Pulso)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | no posee                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <100                                 | >100                                     |          |                              |           |                     |        |                        |          |      |      |                                  |                              |                                      |                                          |                           |         |                |                   |             |         |                   |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| Reflejos e irritabilidad (Gesto)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | sin respuesta a estimulación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | mueca/llanto débil al ser estimulado | estornudos/tos/pataleo al ser estimulado |          |                              |           |                     |        |                        |          |      |      |                                  |                              |                                      |                                          |                           |         |                |                   |             |         |                   |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| Tono muscular (Actividad)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | alguna flexión                       | movimiento activo                        |          |                              |           |                     |        |                        |          |      |      |                                  |                              |                                      |                                          |                           |         |                |                   |             |         |                   |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| Respiración                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ausente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | debil o irregular                    | fuerte                                   |          |                              |           |                     |        |                        |          |      |      |                                  |                              |                                      |                                          |                           |         |                |                   |             |         |                   |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |

|                                   | Puntuación                                                                |                                                               |                                                                                   |                                                                            |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
|                                   | <div>Se suma 204 + Puntaje Parcial y se divide entre 7</div>              |                                                               |                                                                                   |                                                                            |
| <b>Forma de la OREJA</b>          | <b>Aplanada, informe, incurvación escasa o nula del Pabellón</b><br><br>0 | <b>Pabellón parcialmente involucrado</b><br><br>8             | <b>Pabellón involucrado todo el borde Superior</b><br><br>16                      | <b>Pabellón Totalmente involucrado</b><br><br>24                           |
| <b>Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA</b> | <b>No palpable</b><br><br>0                                               | <b>Palpable menor de 5 mm.</b><br><br>5                       | <b>Palpable entre 5 y 10 mm.</b><br><br>10                                        | <b>Palpable mayor de 10 mm.</b><br><br>15                                  |
| <b>Formación del PEZON</b>        | <b>Apenas visible sin areola</b><br><br>0                                 | <b>Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata</b><br><br>5 | <b>Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada</b><br><br>10                        | <b>Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada</b><br><br>15                 |
| <b>TEXTURA de la PIEL</b>         | <b>Muy fina gelatinosa</b><br><br>0                                       | <b>Fina lisa</b><br><br>5                                     | <b>Mas gruesa discreta descarnación superficial</b><br><br>10                     | <b>Gruesa grietas superficiales descarnación de manos y pies</b><br><br>15 |
| <b>PLIEGUES PLANTARES</b>         | <b>Sin pliegues</b><br><br>0                                              | <b>Marcas mal definidas en la mitad anterior</b><br><br>5     | <b>Marcas bien definidas en la 1/2 anterior, Surcos en 1/2 anterior</b><br><br>10 | <b>Surcos en mas de la mitad anterior</b><br><br>20                        |
|                                   |                                                                           |                                                               |                                                                                   | <b>Gruesa grietas profundas apergaminadas</b><br><br>20                    |
|                                   |                                                                           |                                                               |                                                                                   | <b>Puntaje Parcial=</b>                                                    |

| ARN-03-18: Identifica correctamente al recién nacido.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ARN-03-19: Normas de Bioseguridad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coloca un brazalete de identificación con los datos que establece la norma</li> <li>• Toma la huella plantar derecha del recién nacido, imprimiéndola en la HC de la madre y el neonato.</li> <li>• Toma la huella del dedo índice derecho de la madre, imprimiéndola en la HC de la madre y del recién nacido.</li> <li>• Anota los datos del recién nacido en la tarjeta preparada para tal fin:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Apellidos</li> <li>– Sexo</li> <li>– Fecha y hora del nacimiento</li> <li>– Peso y Talla</li> <li>– Perímetro cefálico y perímetro torácico</li> <li>– Apgar al nacer.</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Descarta los materiales de desecho: Cordon, gasa, en un recipiente para material contaminado.</li> <li>○ Coloca los campos utilizados en un depósito para tal fin.</li> <li>○ Coloca los instrumentos a ser descontaminados en una solución clorada al 0.5% por 10 minutos y luego los coloca en un recipiente para tal fin.</li> <li>○ Limpia las superficies con solución clorada al 0.5% enjuaga con paño limpio y seca.</li> <li>○ Sumerge las manos enguantadas en solución clorada al 0.5%, se quita los guantes invirtiéndolos y los coloca en bolsa o recipiente para desechos contaminados</li> </ul> |

| BUENA PRÁCTICA ARN-04: El proveedora realiza correctamente la Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) del recién nacido, si fuera requerido. |                                                                                                                                                                                                                                |     |              |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir Morbilidad neonatal.                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |     |              |       |
| N°                                                                                                                                     | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                      | CD  | Verificación |       |
|                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                     | Coloca la recién nacido bajo una fuente de calor.                                                                                                                                                                              | HAC |              |       |
| 02                                                                                                                                     | Seca al recién nacido.                                                                                                                                                                                                         | HAC |              |       |
| 03                                                                                                                                     | Coloca la recién nacido con el cuello ligeramente extendido.                                                                                                                                                                   | HAC |              |       |
| 04                                                                                                                                     | Aspira boca y nariz de ser necesario.                                                                                                                                                                                          | HAC |              |       |
| 05                                                                                                                                     | Si no respira realiza un estímulo suave, fricionando la piel.                                                                                                                                                                  | HAC |              |       |
| 06                                                                                                                                     | Si no respira o presenta <b>GASPING</b> , o tiene una FC menor de 100 por minuto. Se inicia la ventilación asistida con bolsa y máscara a 40 x min <b>DURANTE 30 SEG. Ver Ayuda con procedimiento de ventilación asistida.</b> | HAC |              |       |
| 07                                                                                                                                     | Si las respiraciones son regulares, la Frecuencia Cardiaca (FC), se mantiene en más de 100 por minuto, pero existe cianosis central, administra oxígeno a flujo libre (flujo a 5 litros por minuto).                           | HAC |              |       |
| 08                                                                                                                                     | Evalúa FC Si la FC es menor a 60/ min, inicia masaje cardíaco, manteniendo la ventilación con bolsa y máscara.                                                                                                                 | HAC |              |       |
| 09                                                                                                                                     | Mantiene la ventilación a 30 x min. y las compresiones a 90 x min.                                                                                                                                                             | HAC |              |       |
| 10                                                                                                                                     | Si el bebe, no alcanza una FC mayor de 60 x min. Realiza cateterismo umbilical y procede a la administración de medicamentos según normas <b>VER AYUDA ARN-04-10</b>                                                           | HAC |              |       |
| 11                                                                                                                                     | Si alcanza una FC mayor de 100 x min., con tendencia al aumento, respira regular y espontáneamente y se encuentra rosado, se mantienen oxígeno a flujo libre y se suspende el masaje cardíaco.                                 | HAC |              |       |
| 12                                                                                                                                     | Si el bebe se recupera: respiraciones regulares, FC más de 100 x min. y color rosado suspende la reanimación, lo mantiene estabilizado y prepara la referencia a FONE, manteniéndose el catéter umbilical.                     | HAC |              |       |
| 13                                                                                                                                     | Comunica la referencia la EESS al cual refiere.                                                                                                                                                                                | GLS |              |       |
| 14                                                                                                                                     | La referencia la realiza con acompañamiento de la madre y un familiar de esta <b>VER AYUDA ARN-04-14</b>                                                                                                                       | HAC |              |       |
| 15                                                                                                                                     | Informa a la madre y/o familia el estado del RN.                                                                                                                                                                               | IU  |              |       |
| 16                                                                                                                                     | Registra los datos de la atención del RN en la historia clínica.                                                                                                                                                               | GLS |              |       |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                |     |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                |     |              |       |

VER AYUDA:

|                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ARN-04-10</b>                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Asegura Vía Endovenosa segura mediante cateterismo umbilical</li><li>• Prepara adrenalina 0.1 cc más 0.9 cc de salino y coloca 0.1 a 0.3 cc por Kg de peso.</li></ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>ARN-04-14: PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA</b>                                                                                                                                                                 | <div><div><ul style="list-style-type: none"><li>• Explicar a la madre y familia las razones para la referencia</li><li>• Organiza el transporte para la referencia</li><li>• Informa al establecimiento de referencia la condición del bebé referido y el tiempo aproximado de llegada</li><li>• Envía al establecimiento, junto con el bebé, toda la documentación clínica disponible y que pudiera ser de ayuda</li><li>• Asegura la disponibilidad de medicamentos, drogas y oxígeno durante el transporte, según se requiera</li><li>• En la medida de lo posible enviar junto con el bebé a personal capacitado para dar continuidad a la atención durante el transporte</li><li>• Asegurar que los signos vitales del bebé sean medidos y registrados antes y durante el transporte</li><li>• Asegurar que el bebé se mantenga caliente (aunque no sobrecalentado) durante el transporte. De permitirlo su estado, asegurar que sea la madre quien lo mantenga caliente mediante contacto piel a piel; evitar la exposición del recién nacido al sol</li><li>• Asegurar que el recién nacido sea amamantado durante el transporte</li><li>• Solicitar al establecimiento de referencia información sobre el manejo y situación del bebé referido</li></ul></div><div><p><b>Llena correctamente la hoja de referencia, consignado:</b></p><p><b><u>Datos generales</u></b></p><ul style="list-style-type: none"><li>• Número de la referencia</li><li>• Fecha y hora real del día</li><li>• Señalar tipo de seguro de la persona</li><li>• Establecimiento de origen</li><li>• Establecimiento destino de la referencia</li></ul><p><b><u>Identificación del afiliado</u></b></p><ul style="list-style-type: none"><li>• Código de afiliación</li><li>• Nombre y apellidos</li><li>• N° de historia clínica</li><li>• Edad y sexo</li></ul><p><b><u>Resumen de la Historia Clínica</u></b></p><ul style="list-style-type: none"><li>• Anamnesis, detallar el curso de la enfermedad</li><li>• Examen físico, principales hallazgos</li><li>• Tratamiento antes del traslado</li><li>• Tratamiento indicado durante el traslado</li><li>• Con quien se coordinó en el lugar de destino</li><li>• Condiciones del paciente al iniciar el traslado</li></ul><p>Personal que acompaña</p></div></div> |

| BUENA PRÁCTICA ARN-05: El proveedor/a asegura un correcto seguimiento de la atención del recién nacido normal en alojamiento conjunto hasta el alta.                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir Morbilidad neonatal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |       |
| Nº                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                      | CD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Verificación |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | La proveedora verifica que mantiene temperatura axilar entre 36.5° C y 37.5° C, y busca signos de alerta en caso de alteraciones de la temperatura. <b>VER AYUDA ARN-05-01</b> | HAC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |       |
| 02                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Verifica los signos vitales en cada cambio de turno.                                                                                                                           | HAC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |       |
| 03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Verifica que el cordón umbilical está limpio y seco.                                                                                                                           | HAC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |       |
| 04                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Verifica que el recién nacido tiene un buen reflejo de succión.                                                                                                                | HAC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |       |
| 05                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Evalúa técnica de lactancia materna y orienta a la madre.                                                                                                                      | HAC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |       |
| 06                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Realiza un examen clínico diario, hasta que salga de alta. <b>VER AYUDA ARN-05-06</b>                                                                                          | HAC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |       |
| 07                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Administra las vacunas de BCG y HVB antes de las 24 horas.                                                                                                                     | HAC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |       |
| 08                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Realiza toma de muestra para tamizaje neonatal.                                                                                                                                | HAC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |       |
| 09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Práctica lavado clínico de manos antes y después de la atención. <b>VER AYUDA ARN-03-02</b>                                                                                    | PI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |              |       |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Informa a la madre y familiares del estado del RN.                                                                                                                             | IU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |              |       |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Al alta orienta al madre sobre signos de peligro del recién nacido, y que recibirá visita domiciliaria a las 48 horas del alta, VER AYUDA                                      | IU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |              |       |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Realiza consejería para reforzar la lactancia materna y cuidado integral del RN. VER AYUDA                                                                                     | IU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |              |       |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Verifica comprensión de los mensajes.                                                                                                                                          | RPU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |       |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Registra los datos en la HC.                                                                                                                                                   | GLS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |       |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Cita para el primer control a los 7 días y segundo control a los 15 días de vida                                                                                               | GLS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |       |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                | <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |              |       |
| <b>ARN-05-01: Signos de alerta en caso de alteración de la temperatura</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Disminución o ausencia del reflejo de succión durante la lactancia, luego de haberlo tenido bien.</li> <li>Letargia, somnolencia, o flacidez.</li> <li>Cianosis, palidez, rubicundez.</li> <li>Vómitos y/o distensión abdominal.</li> <li>Irritabilidad, hipoaactividad, depresión.</li> <li>Dificultad respiratoria, taquipnea.</li> <li>Temperatura menor de 35°C.</li> </ul> |                                                                                                                                                                                | <b>ARN-05-06</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coloca al recién nacido en una superficie limpia y tibia o lo examina en los brazos de la madre.</li> <li>Pesa al bebé.</li> <li>Mide frecuencia respiratoria y temperatura.</li> <li>Observa color, movimientos, postura, nivel de alerta, tono muscular y piel, anota si hay alguna alteración.</li> <li>Examina, la cabeza, tórax, abdomen, cordón umbilical, genitales, y anota alguna alteración.</li> <li>Examina las caderas, dorso y miembros, anota las alteraciones.</li> </ul> |              |       |

| BUENA PRÁCTICA ARN-06: El proveedor/a realiza control completo de seguimiento en la atención del recién nacido normal en la primera consulta después del alta. |                                                                                                                             |                                                    |              |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir morbilidad y mortalidad neonatal.                                                                                                  |                                                                                                                             |                                                    |              |       |
| Nº                                                                                                                                                             | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                   | CD                                                 | Verificación |       |
|                                                                                                                                                                |                                                                                                                             |                                                    | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                             | Al recibir a la madre y el niño se presenta y saluda.                                                                       | RPU                                                |              |       |
| 02                                                                                                                                                             | Pregunta a la madre sobre el estado de salud del niño.                                                                      | RPU                                                |              |       |
| 03                                                                                                                                                             | Se comunica de acuerdo con su cultura, con cortesía y respeto.                                                              | RPU                                                |              |       |
| 04                                                                                                                                                             | Realiza higiene de manos antes y después de examinar al niño. <b>VER AYUDA ARN-03-02</b>                                    | PI                                                 |              |       |
| 05                                                                                                                                                             | Toma medidas antropométricas y registra los datos en el carnet infantil e HC.                                               | HAC                                                |              |       |
| 06                                                                                                                                                             | Evalúa el color de la piel.                                                                                                 | HAC                                                |              |       |
| 07                                                                                                                                                             | Examina el estado del ombligo.                                                                                              | HAC                                                |              |       |
| 08                                                                                                                                                             | Examina las fontanelas, suturas y mide perímetro cefálico.                                                                  | HAC                                                |              |       |
| 09                                                                                                                                                             | Ausulta ruidos cardíacos y pulmonares.                                                                                      | HAC                                                |              |       |
| 10                                                                                                                                                             | Examina y registra funciones vitales (frecuencia cardíaca, respiratoria y temperatura).                                     | HAC                                                |              |       |
| 11                                                                                                                                                             | Verifica la realización de tamizaje de TSH y entrega el resultado si corresponde según norma.                               | HAC                                                |              |       |
| 12                                                                                                                                                             | Si no se ha realizado el tamizaje de TSH, lo indica, previa consejería.                                                     | HAC                                                |              |       |
| 13                                                                                                                                                             | Verifica vacunación con BCG y anti hepatitis B.                                                                             | HAC                                                |              |       |
| 14                                                                                                                                                             | Evalúa el estado de la lactancia materna y la técnica de amamantamiento.                                                    | HAC                                                |              |       |
| 15                                                                                                                                                             | Elabora Plan de atención individualizado.                                                                                   | HAC                                                |              |       |
| 16                                                                                                                                                             | Refuerza la información sobre la vigilancia de signos de peligro.                                                           | IU                                                 |              |       |
| 17                                                                                                                                                             | Realiza consejería reforzando lactancia materna, cuidados del RN, lavado de manos y estimulación temprana. <b>VER AYUDA</b> | IU                                                 |              |       |
| 18                                                                                                                                                             | Cita para el próximo control.                                                                                               | GLS                                                |              |       |
| 19                                                                                                                                                             | Si RN con peso al nacer menor de 2500, orienta que las visitas serán cada 15 días hasta los dos meses de nacido.            | IU                                                 |              |       |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                            |                                                                                                                             | <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b> |              |       |

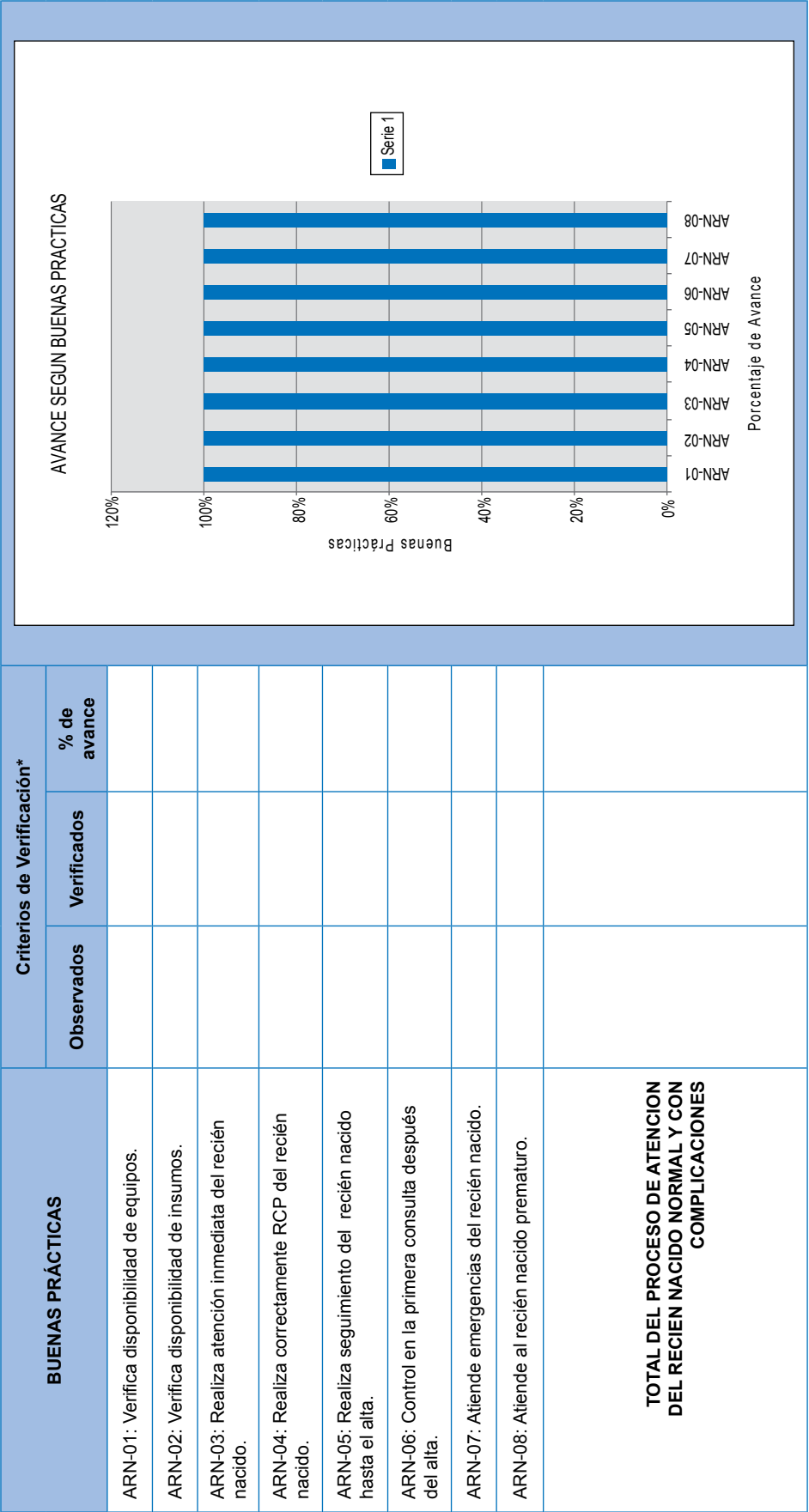
| BUENA PRÁCTICA ARN-07-: El proveedor atiende correctamente las emergencias del recién nacido. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |              |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir morbilidad y mortalidad neonatal.                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |              |       |
| Nº                                                                                            | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CD  | Verificación |       |
|                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                            | <p>Evalúa la presencia de los siguientes signos/síntomas de alerta de: <b>VER AYUDA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ictericia neonatal patológica</li> <li>• Hipoglucemia</li> <li>• Alteraciones de la temperatura corporal</li> <li>• Presencia de sangrado del cordón umbilical u otro sitio</li> <li>• Dificultad respiratoria</li> <li>• Tremor / convulsiones</li> </ul> <p>Trastornos en la alimentación (reflujo, no lacta, vomita, entre otros.)</p> | HAC |              |       |
| 02                                                                                            | Si confirma la presencia de cualquier signo/síntoma de alerta refiere al establecimiento FONE siguiendo procedimientos generales de referencia <b>VER AYUDA ARN-04-14</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | HAC |              |       |
| 03                                                                                            | Si no existe evidencia de <b>ictericia patológica</b> informa a la madre que el recién nacido es normal y que la ictericia desaparecerá poco a poco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | HAC |              |       |
| 04                                                                                            | Si confirma la presencia de cualquier signo/síntoma de alerta <b>con alteraciones de la temperatura</b> , administra Ampicilina 50mg/kg IM más Gentamicina 5mg/kg IM (si pesó 2Kg o más) o 4mg/kg (si pesó menos de 2 Kg) y refiere.                                                                                                                                                                                                                                           | HAC |              |       |
| 05                                                                                            | Si no existe evidencia de signo/síntoma de alarma alguno <b>y la temperatura es &lt;36.5.C</b> sigue los procedimientos recomendados para elevar la temperatura <b>VER AYUDA Emergencias Neonatales</b> y manejo de hipotermia                                                                                                                                                                                                                                                 | HAC |              |       |
| 06                                                                                            | Si no existe evidencia de signo/síntoma de alarma alguno <b>y la temperatura es &gt;37.5.C</b> , toma decisiones de manejo clínico en base a la probabilidad de que la causa de la temperatura elevada se deba a la exposición a una temperatura ambiental alta. <b>VER AYUDA</b>                                                                                                                                                                                              | HAC |              |       |
| 07                                                                                            | <p>Si confirma la presencia de cualquier signo/síntoma de alerta en <b>caso de sangrado</b> refiere al establecimiento FONE.</p> <p>Adicionalmente, el proveedor realiza las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administra vitamina K, 1 mg IM antes de la referencia</li> </ul> <p>Continúa presionando el lugar de sangrado durante el transporte</p>                                                                                         | HAC |              |       |
| 08                                                                                            | Recomienda mantener al bebé tibio y dar lactancia materna exclusiva a demanda y frecuentemente (al menos cada 3 horas).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | HAC |              |       |
| 09                                                                                            | Revisa con la madre los signos/síntomas de alarma y un plan de transporte de urgencia al establecimiento de referencia en caso de aparecer alguno de ellos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | RPU |              |       |
| <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b>                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |              |       |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |              |       |

| BUENA PRÁCTICA ARN-08: El proveedor atiende correctamente al recién nacido prematuro. |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             |              |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir morbilidad y mortalidad neonatal.                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             |              |       |
| Nº                                                                                    | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                              | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                    | Si el parto es inminente o no es transferible, asegura que la temperatura ambiental en sala de partos es superior a 24° C.                                                                                                                                                             | HAC                                         |              |       |
| 02                                                                                    | Después del parto hasta la referencia mantiene la temperatura corporal según el medio que disponga.                                                                                                                                                                                    | HAC                                         |              |       |
| 03                                                                                    | Si dispone de incubadora de transporte regula la temperatura según peso del RN <ul style="list-style-type: none"><li>Entre 500 y 1,499 g, temperatura de la incubadora entre 34 – 36° C</li><li>Entre 1,500 y 2,499 g, temperatura de la incubadora entre 33 – 34° C</li></ul>         | HAC                                         |              |       |
| 04                                                                                    | Si no dispone de incubadora: <ul style="list-style-type: none"><li>Suministra calor mediante lámpara de cuello de ganso</li><li>Utiliza el método Canguro, colocando al RN en contacto con la madre entre los senos maternos.</li></ul>                                                | HAC                                         |              |       |
| 05                                                                                    | Controla las funciones vitales máximo cada 2 horas hasta y durante la referencia.                                                                                                                                                                                                      | HAC                                         |              |       |
| 06                                                                                    | Realiza prevención de la hipoglicemia: <ul style="list-style-type: none"><li>Lactancia materna temprana a libre demanda</li><li>Monitoriza la glicemia con tiras reactivas a la hora y dos horas</li></ul> Si no tolera la vía oral: Infusión intravenosa de glucosa a 4 – 6 mg/Kg/min | HAC                                         |              |       |
| 07                                                                                    | Coordina la referencia de manera conjunta con la madre.                                                                                                                                                                                                                                | RPU                                         |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                        | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |

| MINISTERIO DE SALUD                                         |  |      | INSTRUMENTO DE MEDICION DEL DESEMPEÑO DE PROCESOS DE ATENCION DE SALUD ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO NORMAL Y CON COMPLICACIONES |   |   |   |   |            |   |   |   |    | HOJA RESUMEN MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE BUENAS PRÁCTICAS |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |
|-------------------------------------------------------------|--|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|------------|---|---|---|----|---------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------------|
| DIRESA:                                                     |  | RED: | CÓDIGO RENAES                                                                                                                 |   |   |   |   | CATEGORIA: |   |   |   |    | MICRORRED:                                              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |
| ESTABLECIMIENTO:                                            |  |      |                                                                                                                               |   |   |   |   |            |   |   |   |    | FECHA:                                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |
| BUENAS PRÁCTICAS                                            |  |      | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                     |   |   |   |   |            |   |   |   |    |                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |
|                                                             |  |      | 1                                                                                                                             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6          | 7 | 8 | 9 | 10 | 11                                                      | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | %           |
| ARN-01 Verifica disponibilidad de equipos.                  |  |      |                                                                                                                               |   |   |   |   |            |   |   |   |    |                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | NO PROCESAR |
| ARN-02 Verifica disponibilidad de insumos.                  |  |      |                                                                                                                               |   |   |   |   |            |   |   |   |    |                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | NO PROCESAR |
| ARN-03 Realiza atención inmediata del recién nacido.        |  |      |                                                                                                                               |   |   |   |   |            |   |   |   |    |                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |
| ARN-04 Realiza correctamente RCP del recién nacido.         |  |      |                                                                                                                               |   |   |   |   |            |   |   |   |    |                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |
| ARN-05 Realiza seguimiento del recién nacido hasta el alta. |  |      |                                                                                                                               |   |   |   |   |            |   |   |   |    |                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |
| ARN-06 Control en la primera consulta después del alta.     |  |      |                                                                                                                               |   |   |   |   |            |   |   |   |    |                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |
| ARN-07 Atiende emergencias del recién nacido.               |  |      |                                                                                                                               |   |   |   |   |            |   |   |   |    |                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |
| ARN-08 Atiende al recién nacido prematuro.                  |  |      |                                                                                                                               |   |   |   |   |            |   |   |   |    |                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |             |

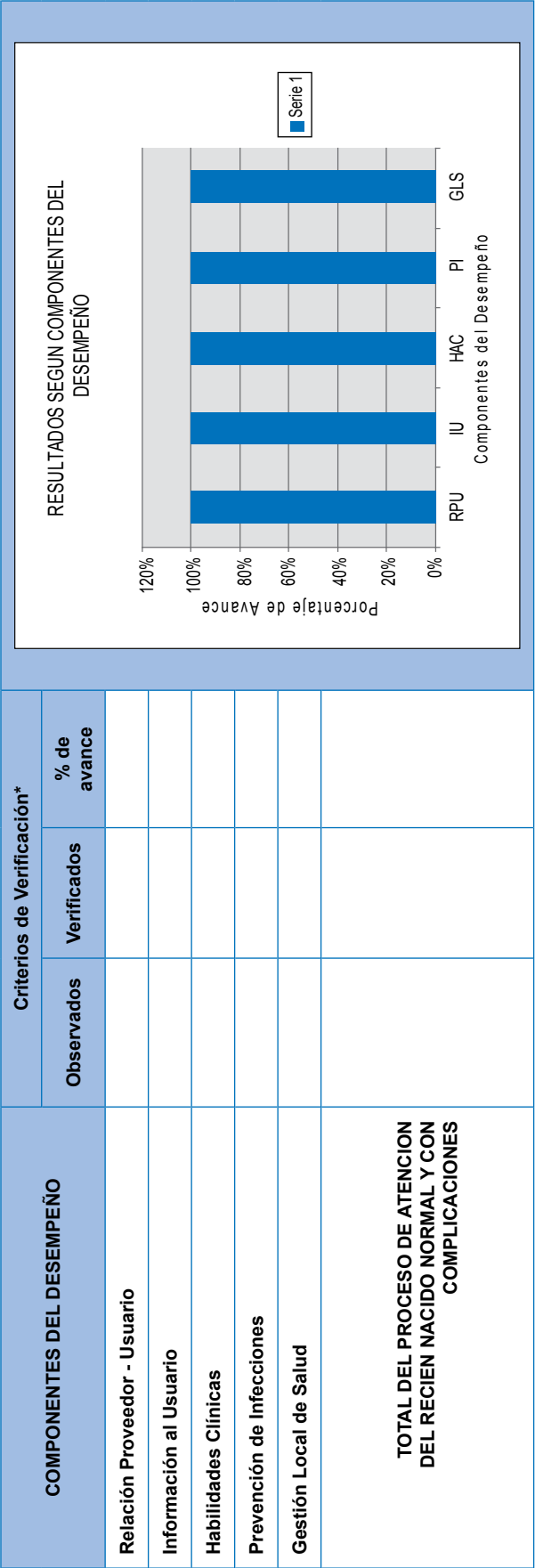
Anote en cada cuadrícula correspondiente a los Criterios el resultado de la observación, con las letras siguientes: SI; NO; NO APLICA  
El total de criterios OBSERVADOS es la suma de los consignados SI más NO. Los criterios consignados NO APLICA, no se consideran observados.  
El total de criterios VERIFICADOS son todos los consignados SI (1), El porcentaje es el total de VERIFICADOS entre el total de OBSERVADOS por CIEN

RESULTADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO NORMAL Y CON COMPLICACIONES, SEGÚN BUENAS PRÁCTICAS.



\* No considerar La Buena Práctica ARN-01 y ARN-02.

RESULTADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO NORMAL Y CON COMPLICACIONES SEGÚN COMPONENTES DEL DESEMPEÑO.



\* No considerar La Buena Práctica ARN-01 y ARN-02.

ANEXO N° 04  
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN DEL NIÑO O NIÑA  
Instrumento 4.2  
ATENCIÓN DEL NIÑO SANO Y ENFERMO

|                            |                                 |                                  |  |
|----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--|
| DIRESA/DISA:               |                                 | Red:                             |  |
| Microrred:                 |                                 | Código RENAES:                   |  |
| Nombre del establecimiento |                                 |                                  |  |
| Número de medición         | Persona que realiza la medición | Fecha de la medición. (dd/mm/aa) |  |

| BUENA PRÁCTICA INF-01: El proveedor al comenzar la consulta de AIS Niño/CRED verifica disponer de los medios para brindar una atención completa. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |              |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Garantizar atención inmediata completa del niño sano.                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |              |    |    |
| N°                                                                                                                                               | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CD  | Verificación |    |    |
|                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                                                               | Historia clínica estandarizada que incluya: Plan de atención, Datos de filiación y antecedentes, Evaluación de la alimentación y Formato de consulta en cantidad suficiente para una demanda de tres meses; ficha de Tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil en cantidad suficiente para una demanda de tres meses (01 por niño). | GLS |              |    |    |
| 02                                                                                                                                               | Carné de atención integral del menor de 5 años en cantidad suficiente para una demanda de tres meses.                                                                                                                                                                                                                                        | GLS |              |    |    |
| 03                                                                                                                                               | Registro diario de atención (HIS) y Formatos del SIS en cantidad suficiente para una demanda de tres meses.                                                                                                                                                                                                                                  | GLS |              |    |    |
| 04                                                                                                                                               | Instrumento de seguimiento de la atención integral de salud de la niña y el niño.                                                                                                                                                                                                                                                            | GLS |              |    |    |
| 05                                                                                                                                               | Gráficos de las curvas de crecimiento P/E, T/E, P/T y PC y formato del Test de evaluación del desarrollo en cantidad suficiente para 3 meses.                                                                                                                                                                                                | GLS |              |    |    |
| 06                                                                                                                                               | Instrumentos de evaluación del desarrollo del menor de 30 meses: Kit del Test Abreviado Peruano (TAP). Instrumentos de evaluación del desarrollo de 3 - 4 años: Kit de la Pauta Breve. <b>VER AYUDA INF-01-06</b>                                                                                                                            | GLS |              |    |    |
| 07                                                                                                                                               | Dispone de escuadra y plumón verde y rojo de punta fina para elaboración de gráficos en HC y carnet.                                                                                                                                                                                                                                         | GLS |              |    |    |
| 08                                                                                                                                               | Mesa para examen con sábanas, campos de tela.                                                                                                                                                                                                                                                                                                | GLS |              |    |    |
| 09                                                                                                                                               | Material educativo impreso. <b>VER AYUDA INF-01-09</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       | GLS |              |    |    |
| 10                                                                                                                                               | Balanza pediátrica de platillo y de plataforma, operativa y calibrada.                                                                                                                                                                                                                                                                       | GLS |              |    |    |

|                                                    |                                                                                                                                                                                               |     |  |  |  |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|--|--|
| 11                                                 | Infantometro y Tallimetro de decúbito y de pie y cinta métrica para medidas antropométricas.                                                                                                  | GLS |  |  |  |
| 12                                                 | Estetoscopio pediátrico y termómetro clínico.                                                                                                                                                 | GLS |  |  |  |
| 13                                                 | Estufa (en las localidades de clima frío).                                                                                                                                                    | GLS |  |  |  |
| 14                                                 | Martillo de percusión y linterna operativa para examen clínico.                                                                                                                               | GLS |  |  |  |
| 15                                                 | Pantoscopio u Otoscopio.                                                                                                                                                                      | GLS |  |  |  |
| 16                                                 | Lámpara de cuello de ganso con foco operativo.                                                                                                                                                | GLS |  |  |  |
| 17                                                 | Tambor de acero quirúrgico y riñoneras.                                                                                                                                                       | GLS |  |  |  |
| 18                                                 | Dispone del Kit para curación del ombligo, torundas de gasa estéril, agua estéril, agua jabonosa, y guantes.                                                                                  | GLS |  |  |  |
| 19                                                 | Bajalenguas (preparadas individualmente), torundas de algodón e hisopos.                                                                                                                      | GLS |  |  |  |
| 20                                                 | Dispone en el consultorio de agua corriente en lavamanos o un bidón y recipiente para la higiene de manos.                                                                                    | GLS |  |  |  |
| 21                                                 | Insumos para la higiene de manos: Dispensador de jabón líquido, papel toalla y Alcohol gel.                                                                                                   | GLS |  |  |  |
| 22                                                 | Recipiente para material contaminado y no contaminado con las bolsas de diferentes colores para desechos, según norma, y recipiente especial para eliminar punzo cortantes.                   | GLS |  |  |  |
| 23                                                 | Realiza la limpieza de los ambientes o supervisa que ésta se realice de acuerdo a procedimientos adecuados, antes de iniciar la atención y cuando fuera necesario. <b>VER AYUDA INF-01-23</b> | PI  |  |  |  |
| <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b> |                                                                                                                                                                                               |     |  |  |  |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                |                                                                                                                                                                                               |     |  |  |  |

## VER AYUDA:

| INF-01-06: Instrumentos de evaluación del niño o niña menor de 30 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | INF-01-06: Instrumentos de evaluación del niño o niña de 3 a 4 años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelota de 10 cm de diámetro, de color entero, de plástico (01).</li> <li>• Cubos de madera de 2.5 cm de lado, liso de color rojo (7).</li> <li>• Pañal o tela de color blanco de 20 x 30 cm (01).</li> <li>• Frijoles, maíz o similar (04).</li> <li>• Caja de cartón resistente, con tapa, fácil de levantar por el niño (01).</li> <li>• Frasco con tapa de rosca, cilíndrico, transparente de 5 cm de diámetro (01).</li> <li>• Juego de vástago y aros para encajar con 6 aros de diferente diámetro (01).</li> <li>• Libro de figuras de 10-12 hojas con 1-2 dibujos por hoja (01) pequeña tipo lapicero (01).</li> <li>• Espejo de 40 x 40 cm con marco (01).</li> <li>• Hoja de papel tamaño A4.</li> <li>• Plumones de diferentes colores, punta fina (02).</li> <li>• Campanilla de bronce de 3 cm de diámetro y 4.5 cm de altura (01).</li> <li>• Juguete con ruedas con pita para jalar y poco peso (01).</li> <li>• Carrito pequeño u otro juguete plástico liviano (01).</li> <li>• Sonaja simple (01).</li> <li>• Lámina grande del formato del Test de evaluación del desarrollo de acuerdo a NTS.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubos de madera de 2.5 cm de lado, liso de color rojo (10).</li> <li>• Cucharita de plástico de 19 cm de largo de color vivo (01).</li> <li>• Campanilla de bronce (01).</li> <li>• Argolla roja de 12 cm de diámetro con un cordel de 50 cm de largo (01).</li> <li>• Pastilla polivitáminica.</li> <li>• Frasco transparente de 4 cm de largo x 4 cm de diámetro (01).</li> <li>• Pañal o tela de color blanco de 20 x 30 cm (01).</li> <li>• Lápis de cera (01).</li> <li>• Palo de 45 cm de largo x 1 cm de diámetro sin color (01).</li> <li>• Lámina con dibujo de una muñeca (01).</li> <li>• Tablero de madera de 10 x 10 cm de lado, rojo, amarillo y azul (03).</li> <li>• Lápis sin goma (01).</li> <li>• Estuche de tela de 15 x 10 cm con tapa, 2 ojales y 2 botones (01)</li> <li>• Hoja de papel blanco</li> <li>• Láminas con dibujo de una cruz y círculo (02).</li> <li>• Láminas con dibujos de animales (01).</li> </ul> |

## VER AYUDA:

| INF-01-09: Cuenta con material educativo impreso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | INF-01-23: Realiza correctamente la desinfección de los ambientes o supervisa su realización.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Mínimo disponer de materiales de orientación sobre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavado de manos.</li> <li>• Lactancia materna.</li> <li>• Alimentación complementaria.</li> <li>• Estimulación y afecto.</li> <li>• Prevención y manejo de las enfermedades prevalentes             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anemia</li> <li>- Infecciones respiratorias agudas</li> <li>- Enfermedad diarreica aguda</li> <li>- Parasitosis</li> </ul> </li> <li>• Otras de acuerdo a la situación epidemiológica local.</li> <li>• Lámina grande del formato del Test de evaluación del desarrollo de acuerdo a NTS.</li> </ul> | <p><b>Paredes, ventanas, cielos y puertas, incluyendo las manillas de la puerta:</b> Limpie las áreas sucias con un trapo húmedo, detergente y agua. Desempolvor estas áreas con un trapo húmedo es lo adecuado (la desinfección es innecesaria).</p> <p><b>Sillas, lámparas, mesones, superficies, camas, barandillas, barras, lámparas, marcos de puertas y bodegas:</b> Limpie diariamente y cuando están sucios con un trapo húmedo con solución de limpieza desinfectante.</p> <p><b>Equipo no crítico</b> Estetoscopios y tensiómetros: Limpie diariamente y cuando se vean sucios con un trapo húmedo con una solución de detergente y agua. Si el equipo está sucio con fluidos corporales, o si el/la paciente está bajo precauciones de contacto, debe ser limpiado y desinfectado.</p> <p><b>Pisos:</b> Limpie los pisos diariamente con un trapero húmedo, detergente y agua. Usar un desinfectante cuando están contaminados con de fluidos corporales.</p> <p><b>Lavamanos, inodoros y letrinas:</b> Frotar diariamente o más a menudo si fuera necesario con una <b>solución de limpieza desinfectante</b>. Enjuague con agua.</p> |

| BUENA PRÁCTICA INF-02: El prestador/a realiza la atención del niño sano en los controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED), adecuadamente. |                                                                                                                                                                                                      |     |              |    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Prevención de la desnutrición crónica infantil.                                                                         |                                                                                                                                                                                                      |     |              |    |    |
| N°                                                                                                                                          | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                            | CD  | Verificación |    |    |
|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                      |     | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                                                          | Se presenta y saluda al recibir a la madre y el niño/a.                                                                                                                                              | RPU |              |    |    |
| 02                                                                                                                                          | Pregunta a la madre o acompañante sobre el estado de salud de la niña/o desde el último control.                                                                                                     | RPU |              |    |    |
| 03                                                                                                                                          | Pregunta a la madre y examina a la niña/o en busca de señales generales de peligro (puede beber o lactar, vómitos, convulsiones, letárgico o comatoso).                                              | HAC |              |    |    |
| 04                                                                                                                                          | Se comunica con los usuarios de acuerdo con su cultura, con cortesía y respeto.                                                                                                                      | RPU |              |    |    |
| 05                                                                                                                                          | Realiza higiene de manos antes y después de examinar al niño/a. <b>VER AYUDA INF-02-05</b>                                                                                                           | PI  |              |    |    |
| 06                                                                                                                                          | Verifica si el niño tiene DNI o CUI y un seguro de salud.                                                                                                                                            | GLS |              |    |    |
| 07                                                                                                                                          | Realiza examen físico general incluyendo funciones vitales, medidas antropométricas y registra datos en la HC y el carné de atención integral de salud según corresponda. <b>VER AYUDA INF-02-07</b> | HAC |              |    |    |
| 08                                                                                                                                          | Evalúa desarrollo psicomotor de la niña/o, utilizando el instrumento de acuerdo a la edad. <b>VER AYUDA INF-02-08</b>                                                                                | HAC |              |    |    |
| 09                                                                                                                                          | Evalúa el crecimiento, estado de nutrición y alimentación del niño y registra los datos en la HC y el carné de atención integral de salud según corresponda.                                         | HAC |              |    |    |
| 10                                                                                                                                          | Indica y registra la realización de Tamizaje de anemia a partir de los 6 meses de edad.                                                                                                              | HAC |              |    |    |
| 11                                                                                                                                          | Indica, registra y monitorea la suplementación con micronutrientes (sulfato ferroso, vitamina A, multimicronutrientes) a partir de los 6 meses de edad. <b>VER AYUDA INF-02-11</b>                   | HAC |              |    |    |
| 12                                                                                                                                          | Indica examen de heces fecales para descartar parasitosis intestinal a partir del año de edad                                                                                                        | HAC |              |    |    |
| 13                                                                                                                                          | Indica desparasitación profiláctica contra geohelmintos de acuerdo a la realidad epidemiológica. <b>VER AYUDA INF-02-13</b>                                                                          | HAC |              |    |    |
| 14                                                                                                                                          | Si es un recién nacido en su primer control verifica la administración de las vacunas BCG y anti hepatitis B.                                                                                        | HAC |              |    |    |
| 15                                                                                                                                          | Si es un recién nacido en su primer control verifica la realización del Tamizaje de TSH y entrega resultados si corresponde, de acuerdo a la norma vigente                                           | HAC |              |    |    |
| 16                                                                                                                                          | Indaga signos de maltrato infantil aplicando la Ficha de Tamizaje de violencia y maltrato infantil y registra los hallazgos en la historia clínica. <b>VER AYUDA INF-02-16</b>                       | HAC |              |    |    |
| 17                                                                                                                                          | Registra en la historia clínica los factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo.                                                                                                     | HAC |              |    |    |

|                                                    |                                                                                                                                                                    |     |  |  |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|--|
| 18                                                 | Brinda orientación y consejería de acuerdo a los factores identificados, a la edad del niño o niña y registra los acuerdos en la HC.<br><b>VER AYUDA INF-02-18</b> | IU  |  |  |
| 19                                                 | Registra la atención en el registro diario de atención (HIS), formato único de atención del SIS y en los instrumentos de seguimiento.                              | GLS |  |  |
| 20                                                 | Elabora y monitorea Plan de Atención Integral del niño y la niña                                                                                                   | HAC |  |  |
| 21                                                 | Explica de manera clara y adecuada culturalmente las indicaciones realizadas                                                                                       | IU  |  |  |
| 22                                                 | Siempre que brinde información verifica la comprensión de los mensajes                                                                                             | IU  |  |  |
| 23                                                 | Estimula a la madre que haga preguntas sobre la situación y cuidado del niño/a                                                                                     | RPU |  |  |
| 24                                                 | Realiza la cita para el siguiente control                                                                                                                          | GLS |  |  |
| <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b> |                                                                                                                                                                    |     |  |  |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                |                                                                                                                                                                    |     |  |  |

VER AYUDA:

| INF-02-05: Realiza higiene de manos antes y después del procedimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | INF-02-07: Realiza examen físico general                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <p><b>Lava las manos con agua corriente y jabón</b></p> <p><b>PASO 1:</b> Mojar las manos completamente</p> <p><b>PASO 2:</b> Aplicar un jabón sencillo (no es necesario un agente antiséptico) en cantidad suficiente para cubrir toda la superficie de la mano.</p> <p><b>PASO 3:</b> Frotar todas las áreas de la mano y los dedos al mismo tiempo por 40 a 60 seg., con atención a las áreas bajo las uñas y entre los dedos.</p> <p><b>PASO 4:</b> Enjuagar completamente con agua limpia.</p> <p><b>PASO 5:</b> Secar las manos con una toalla de papel y usar el papel para cerrar la llave</p> |  | <p><b>Higiene de manos con alcohol glicerinado.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Su uso no es apropiado cuando las manos están visiblemente sucias o contaminadas con materia orgánica, sangre u otros fluidos corporales.</li> <li>• Después del uso repetido (5 veces) deben lavarse las manos con agua y jabón.</li> </ul> <p><b>PASO 1:</b> Aplicar alcohol glicerinado para cubrir la superficie de las manos y los dedos</p> <p><b>PASO 2:</b> Frotar la solución sobre las manos, especialmente entremedio de los dedos y debajo de las uñas, hasta que se seque.</p> |  |  |
| <p><b>Anexo N° 5 y 6 de NTS N°087-2010.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía para el examen físico de la niña y el niño.</li> <li>• Guía para la valoración de la displasia de cadera.</li> <li>• Guía para la evaluación de los pares craneales.</li> <li>• Guía para la evaluación de los reflejos primarios en el RN.</li> <li>• Pruebas para la detección de alteraciones visuales</li> </ul>                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |

| INF-02-08: Niño de 0-30 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | INF-02-08: Niño de 3-4 años.                                                                                                                                                  | INF-02-11: Indica, registra y monitorea la suplementación con micronutrientes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Control de cabeza y tronco sentado</li> <li>Control de cabeza y tronco rotaciones</li> <li>Control de cabeza y tronco de marcha</li> <li>Uso del brazo y mano</li> <li>Inteligencia y aprendizaje</li> <li>Visión y audición</li> <li>Lenguaje comprensivo</li> <li>Lenguaje expresivo</li> <li>Comportamiento social</li> <li>Alimentación, vestido e higiene</li> <li>Juego</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Área de lenguaje</li> <li>Área de postura y motricidad</li> <li>Área de coordinación</li> <li>Área de comportamiento social</li> </ul> | <p><b>Esquema de Suplementación de Sulfato ferroso</b></p> <p><b>Peso al nacer &gt; 2500 g</b></p> <p>Jarabe: 75 mg/5ml: Fase 1: 5 ml/día x 6 meses, 6 meses de descanso y Fase 2: 5 ml/día x 6 meses</p> <p>Gotas: 125 mg/ml: Fase 1: 0.6 ml ó 10 gotas/día x 6 meses, 6 meses de descanso, y Fase 2: 0.6 ml ó 10 gotas/día x 6 meses</p> <p><b>Peso al nacer &lt; 2500 g: a partir de los DOS meses hasta los 24 meses</b></p> <p>Fase 1: 0.6 ml ó 10 gotas/día x 6 meses, 6 meses de descanso y Fase 2: 0.6 ml ó 10 gotas/día x 6 meses</p> <p><b>Suplementación con Micronutrientes</b></p> <p><b>Peso al nacer &gt; 2500 g</b></p> <p>Fase 1: Un sobre diario x 6 meses. 6 meses de descanso y Fase 2: Un sobre diario x 6 meses</p> <p><b>Sobre con 12.5 mg de Fe elemental + Vit. A, Ac. Fólico, Vit. C y zinc</b></p> |

## VER AYUDA:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>INF-02-13:</b> Indica desparasitación profiláctica contra geohelmintos de acuerdo a la realidad epidemiológica.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p><b>INF-02-16:</b> Verifica signos de maltrato infantil y lo registra en la Historia Clínica.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>Realizar en áreas prioritizadas por criterio epidemiológico y en aéreas donde es difícil el descarte de parasitosis con exámenes de laboratorio.<br/> <b>A partir de los DOS años de edad cada 6 meses</b><br/> Mebendazol: 500 mg VO en dosis única, o<br/> Albendazol: 400 mg VO en dosis única</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p><b>Anexo N° 7 de NTS N°087-2010</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidencia de temor al padre o la madre</li> <li>• Tristeza, llanto frecuente</li> <li>• Agresividad, desobediencia</li> <li>• Excesiva quietud</li> <li>• Problemas de sueño, lenguaje o alimentación</li> <li>• Dificultad para caminar o sentarse</li> <li>• Accidentes o enfermedades frecuentes.</li> <li>• Descuido en higiene y aliño del niño</li> <li>• Presencia de lesiones cutáneas, hematomas, huella de cintos, etc.</li> <li>• Otros</li> </ul> |
| <p><b>INF-02-18:</b> Brinda orientación y consejería de acuerdo a los factores identificados, a la edad del niño o niña.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lactancia materna exclusiva por 6 meses</li> <li>• Añadir a partir de los 6 meses alimentos complementarios</li> <li>• Promover alimentos que sean fuentes de hierro</li> <li>• Entre los 6 m y 2 años, 3 comidas principales y 2 extras entre comidas</li> <li>• De 12 meses hasta los dos años. Darle porciones adecuadas de alimentos de la olla familiar, cortados en pequeños trozos y poco condimentados, darle el pecho todas las veces que el niño quiera, pero después de los alimentos</li> <li>• De 2 años o más: darle 3 comidas diarias de la olla familiar. Dos veces por día darle también otros alimentos nutritivos entre las comidas como mazamoras, papillas, frutas según disponibilidad local</li> </ul> <p>Una buena alimentación incluye : cereales, menestras, carne, pescado, huevos, frutas y verduras</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación de acuerdo a la edad</li> <li>• Prácticas de estimulación temprana</li> <li>• Alimentación durante la enfermedad</li> <li>• Alimentación y cuidado de la madre</li> <li>• Higiene personal, incluyendo higiene oral</li> <li>• Lavado de manos</li> <li>• Limpieza y ventilación de la casa</li> <li>• Prevención de complicaciones de enfermedades prevalentes</li> <li>• Fomento de vínculos afectivos en el hogar</li> <li>• Prevención de accidentes</li> </ul>                         |

| BUENA PRÁCTICA INF-03: El proveedor al comenzar el turno de trabajo en el área de vacunación verifica disponer de los medios para administrar vacunas de forma segura. |                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir morbilidad y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles.                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |              |       |
| Nº                                                                                                                                                                     | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                      | CD  | Verificación |       |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                                     | Cuenta con caja transportadora con paquetes fríos que cumplen especificaciones técnicas según norma.                                                                                                                                                                           | GLS |              |       |
| 02                                                                                                                                                                     | Control de temperatura en forma diaria de la cadena de frío evidenciado en el registro gráfico.                                                                                                                                                                                | GLS |              |       |
| 03                                                                                                                                                                     | Cuenta con stock suficiente de vacunas según programación del establecimiento: Influenza, BCG, Anti polio, DPT, Pentavalente, Triple viral (SPR), Neumococo, Fiebre amarilla, DT, Rotavirus y HVB.                                                                             | GLS |              |       |
| 04                                                                                                                                                                     | Jeringas de 1 cc y aguja 26 G x 3/8 ó jeringa retractable de 1 cc y aguja 27 G x 1/2" (BCG),<br>Jeringas de 1 cc y aguja 25G x 5/8" ó jeringa retractable de 1 cc y aguja 25 G x 5/8 (HVB, AMA, SPR),<br>Jeringa retractable de 1 cc y aguja 25 G para el resto de las vías IM | GLS |              |       |
| 05                                                                                                                                                                     | Cuentan con torundas de algodón en recipientes adecuados.                                                                                                                                                                                                                      | GLS |              |       |
| 06                                                                                                                                                                     | Cuentan con frascos de jabón líquido.                                                                                                                                                                                                                                          | GLS |              |       |
| 07                                                                                                                                                                     | Gyostile, cajas transportadoras con paquetes fríos de acuerdo al tamaño que aseguren Temperaturas de 0 – 8°C.                                                                                                                                                                  | GLS |              |       |
| 08                                                                                                                                                                     | Cuenta con termómetro o data logger en el refrigerador o termos de vacuna.                                                                                                                                                                                                     | GLS |              |       |
| 09                                                                                                                                                                     | Recipiente para material contaminado y no contaminado con bolsas de diferentes colores según norma.                                                                                                                                                                            | GLS |              |       |
| 10                                                                                                                                                                     | Cuenta con cajas de bioseguridad para eliminar punzo cortantes.                                                                                                                                                                                                                | GLS |              |       |
| 11                                                                                                                                                                     | Insumos para la higiene de manos.                                                                                                                                                                                                                                              | GLS |              |       |
| 12                                                                                                                                                                     | Realiza la limpieza de los ambientes o supervisa que ésta se realice de acuerdo a procedimientos adecuados, antes de iniciar la atención y cuando fuera necesario. <b>VER AYUDA INF-03-13</b>                                                                                  | GLS |              |       |
| 13                                                                                                                                                                     | Cuenta con caja transportadora con paquetes fríos que cumplen especificaciones técnicas según norma.                                                                                                                                                                           | PI  |              |       |
| <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b>                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |              |       |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |              |       |

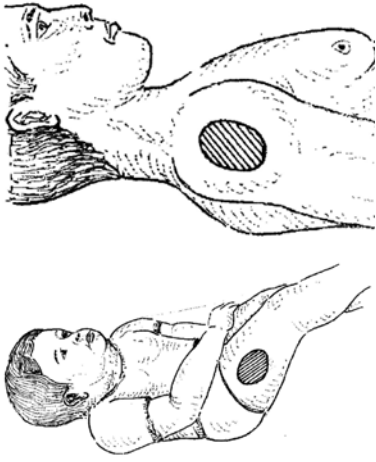
## VER AYUDA:

| INF-03-08: Cuenta con Kit de emergencias e indicaciones terapéuticas para la atención de ESAVIS GRAVES.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | INF-03-13: Realiza correctamente la limpieza de los ambientes o supervisa su realización.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeringas de 1 ml.</li> <li>• Adrenalina ampolla 1mg/ml x 2 ml.</li> <li>• Diazepam ampolla 5mg/ml x 2 ml.</li> <li>• Hidrocortisona ampolla 100mg x 5 ml.</li> <li>• Clorfeniramina jarabe 2mg/ 5 ml.</li> <li>• Paracetamol jarabe 120 mg/ml.</li> <li>• Equipo de oxígeno.</li> <li>• Ambú pediátrico.</li> <li>• Sueros y equipo adecuado para su administración.</li> <li>• Equipo para mantener la permeabilidad de vías respiratoria.</li> <li>• Set de laringoscopio.</li> <li>• Resucitador manual, neonatal, pediátrico y adulto.</li> </ul> | <p><b>Paredes, ventanas, cielos y puertas, incluyendo las manillas de la puerta:</b> Limpie las áreas sucias con un trapo húmedo, detergente y agua. Desempolvor estas áreas con un trapo húmedo es lo adecuado (la desinfección es innecesaria).</p> <p><b>Sillas, lámparas, mesones, superficies, camas, barandillas, barras, lámparas, marcos de puertas y bodegas:</b> Limpie diariamente y cuando están sucios con un trapo húmedo con solución de limpieza desinfectante.</p> <p><b>Equipo no crítico</b> Estetoscopios y tensiómetros: Limpie diariamente y cuando se vean sucios con un trapo húmedo con una solución de detergente y agua. Si el equipo está sucio con fluidos corporales, o si el/la paciente está bajo precauciones de contacto, debe ser limpiado y desinfectado.</p> <p><b>Pisos:</b> Limpie los pisos diariamente con un trapero húmedo, detergente y agua. Usar un desinfectante cuando están contaminados con de fluidos corporales.</p> <p><b>Lavamanos, inodoros y letrinas:</b> Frotar diariamente o más a menudo si fuera necesario con una <b>solución de limpieza desinfectante</b>. Enjuague con agua.</p> |

| BUENA PRÁCTICA INF-04: La prestadora o prestador aprovecha todas las oportunidades para vacunar al niño, siguiendo los procedimientos apropiados para administrar las vacunas. |                                                                                                                                                                  |                                             |              |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir morbilidad y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles.                                                                                        |                                                                                                                                                                  |                                             |              |       |
| N°                                                                                                                                                                             | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                        | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                  |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                                             | Al recibir a la madre y el niño/a se presenta y saluda.                                                                                                          | RPU                                         |              |       |
| 02                                                                                                                                                                             | Pregunta a la madre o acompañante sobre el estado de salud de la niña/o.                                                                                         | RPU                                         |              |       |
| 03                                                                                                                                                                             | Se comunica con los usuarios de acuerdo con su cultura, con cortesía y respeto.                                                                                  | RPU                                         |              |       |
| 04                                                                                                                                                                             | Revisa el carné de AIS del Niño, identificando la situación de las vacunas.                                                                                      | HAC                                         |              |       |
| 05                                                                                                                                                                             | Orienta a la madre/acompañante sobre el esquema de vacunación.                                                                                                   | IU                                          |              |       |
| 06                                                                                                                                                                             | Organiza el material necesario para administrar la vacuna correspondiente. <b>VER AYUDA INF-04-06</b>                                                            | HAC                                         |              |       |
| 07                                                                                                                                                                             | Realiza higiene de manos antes y después de administrar la vacuna o examinar al niño o niña. <b>VER AYUDA INF-04-07</b>                                          | PI                                          |              |       |
| 08                                                                                                                                                                             | Aplica la vacuna en el área correspondiente según norma. <b>VER AYUDA INF-04-08</b>                                                                              | HAC                                         |              |       |
| 09                                                                                                                                                                             | Maneja correctamente los ESAVI graves de acuerdo a la norma. <b>VER AYUDA INF-04-09</b>                                                                          | HAC                                         |              |       |
| 10                                                                                                                                                                             | Desecha las jeringas con aguja, sin volver a tapar, en la Caja de Bioseguridad de material punzo-cortante.                                                       | PI                                          |              |       |
| 11                                                                                                                                                                             | Elimina correctamente los guantes y desechos sólidos en depósitos con bolsas diferenciadas para material contaminado y no contaminado <b>VER AYUDA INF-04-11</b> | PI                                          |              |       |
| 12                                                                                                                                                                             | Orienta sobre reacciones normales a la vacuna (fiebre, dolor en zona de vacuna) y la anima a hacer preguntas.                                                    | IU                                          |              |       |
| 13                                                                                                                                                                             | Refuerza la importancia de completar el esquema de vacunación y verifica comprensión de los mensajes.                                                            | RPU                                         |              |       |
| 14                                                                                                                                                                             | Registra procedimiento en libro de registro, carné de AIS Niño, hoja HIS y SIS.                                                                                  | GLS                                         |              |       |
|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                  | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                  |                                             |              |       |

# VER AYUDA:

| INF-04-06: Organiza el material necesario para administrar la vacuna correspondiente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | INF-04-07: Realiza higiene de manos antes y después del procedimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>BCG:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacuna y Diluyente</li> <li>- Jeringa 1ml con aguja 26 3/8 o jeringa retractable de 1 cc y aguja 27 G x 1/2" para vacunar</li> <li>- Jeringa 5ml con aguja 22X1 ó 20X1 para diluyente</li> </ul> </li> <li>• <b>Triple viral:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacuna y Diluyente</li> <li>- Jeringa de 1ml con aguja 25 5/8 ó jeringa retractable de 1 cc aguja 25 G x 5/8" para la vacuna</li> <li>- Jeringa 5ml con aguja 22X1 ó 20X1 para diluyente</li> </ul> </li> </ul> | <p>Lava las manos con agua corriente y jabón.</p> <p>PASO 1: Mojar las manos completamente</p> <p>PASO 2: Aplicar un jabón sencillo (no es necesario un agente antiséptico)</p> <p>PASO 3: Frotar todas las áreas de la mano y los dedos al mismo tiempo por 10 a 15 segundos, con atención a las áreas bajo las uñas y entre los dedos.</p> <p>PASO 4: Enjuagar completamente con agua limpia.</p> <p>PASO 5: Secar las manos con una toalla de papel y usar el papel para cerrar la llave.</p> <p>O, realiza el lavado de manos con alcohol glicerinado.</p> <p>PASO 1: Aplicar alcohol glicerinado para cubrir la superficie de las manos y los dedos.</p> <p>PASO 2: Frotar la solución sobre las manos, especialmente entremedio de los dedos y debajo de las uñas, hasta que seque.</p> |

| INF-04-08: Aplica la vacuna en el área correspondiente según norma.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• El lugar donde se va a realizar la inyección debe ser una zona de piel sana, y sin vasos sanguíneos visibles.</li> <li>• Limpiar la piel con antisépticos (clorhexidina al 20% o povidona yodada) y secar. El uso de alcohol puede inactivar las vacunas de virus vivos atenuados.</li> <li>• Relajar la piel, introducir la aguja, aspirar ligeramente y si no sale sangre, inyectar lentamente. Si sale sangre sacar la aguja y repetir la inyección en otro lugar.</li> <li>• Terminada la inyección, retirar rápidamente la aguja, comprimir con un algodón el lugar de la inyección.</li> <li>• No practicar masaje sobre la zona de inyección.</li> <li>• En niños se coloca en la cara lateral externa del muslo (Pierna) en RN y menor de 1 año, en el deltoides (Brazo) se utiliza en adultos y niños mayores de 12 meses.</li> <li>• Eliminar la jeringa en inmediatamente en las cajas de bioseguridad.</li> </ul> |  |

## VER AYUDA:

|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>INF-04-09: Maneja correctamente los ESAVI graves de acuerdo a la norma.</b></p> | <p>Convulsiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar diazepam por vía rectal o intravenosa (IV), lentamente, en dosis de 0,3 ml/kg, que puede repetirse 15 minutos después si fuera necesario. Cuando no se cuenta con diazepam se puede emplear midazolam IV, intramuscular o intranasal en las mismas dosis.</li> <li>• No administrar medicamentos en caso de que la crisis haya cesado espontáneamente.</li> <li>• Se puede usar fenobarbital como alternativa inicial cuando no hubiese diazepam con la dosis de ataque: 15 mg/kg, por vía intramuscular o para dar continuidad al tratamiento.</li> <li>• Aspirar secreciones.</li> <li>• Suministrar oxígeno húmedo si fuera necesario.</li> </ul> |
|                                                                                       | <p>Shock Anafiláctico:</p> <p>Equipo permanente de reanimación. El tratamiento consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener las vías áreas permeables.</li> <li>• Administrar adrenalina 0,01 mg/kg de una solución 1/1000 por vía subcutánea (SC),</li> <li>• Administrar hidrocortisona 10 mg/kg, vía IV, como dosis de carga, luego una dosis similar repartida cada seis horas hasta la recuperación del choque.</li> <li>• Administrar oxígeno con máscara o Ambú o intubación.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                      |
| <p><b>INF-04-11: Elimina correctamente los desechos sólidos y guantes.</b></p>        | <p>(Se verifica la presencia de los depósitos y el material que hubiera en ellos).</p> <p>PASO 1: Lleva puesto guantes utilitarios mientras manipula y transporta los desechos.</p> <p>PASO 2: Eliminar los desechos sólidos en un recipiente de plástico o metálico galvanizado con tapa que cierre bien.</p> <p>PASO 3: Recoger los recipientes regularmente y trasladar los que son combustibles al incinerador o al área de incineración.</p> <p>PASO 4: Se quita de los guantes gruesos o utilitarios (lavarlos diariamente o cuando estén visiblemente sucios y secarlos).</p> <p>PASO 5: Lava y seca las manos o utiliza una solución antiséptica.</p>                                                              |

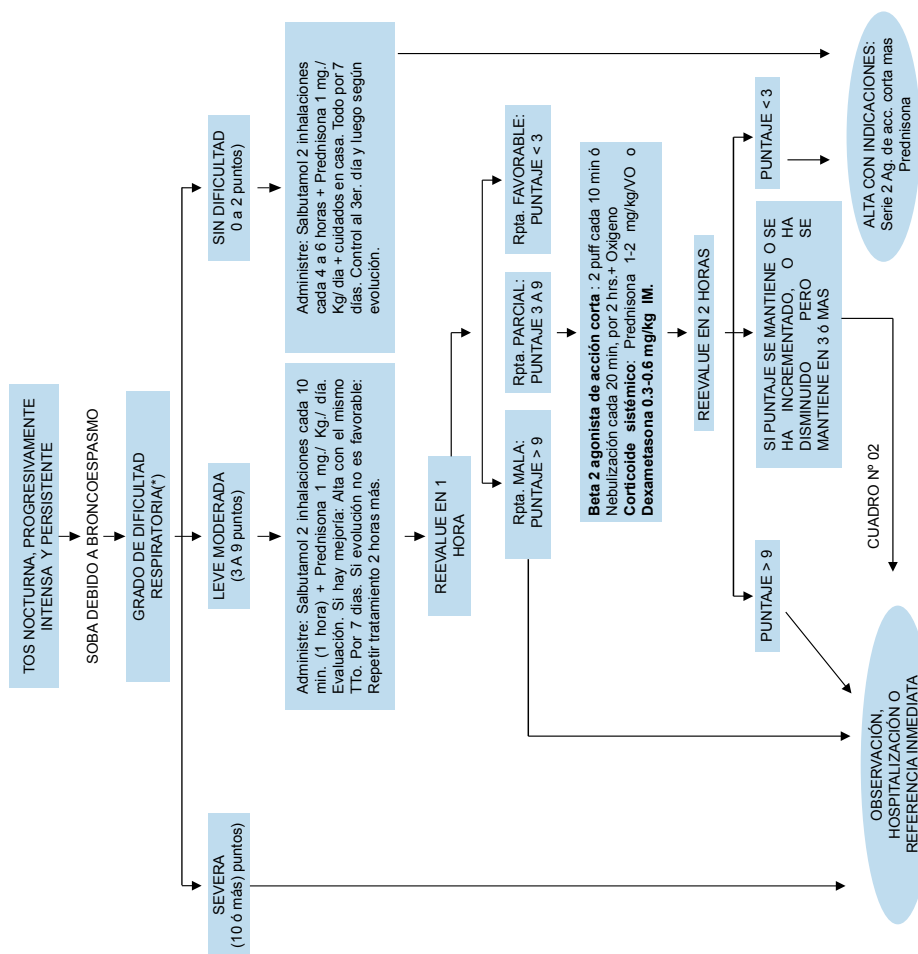
| BUENA PRÁCTICA INF-05: La prestadora/or evalúa correctamente y toma decisiones adecuadas en caso de presencia de tos o dificultad para respirar. |                                                                                                                                                                                                                                                      |     |              |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir mortalidad infantil y en la infancia por IRA.                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                      |     |              |       |
| N°                                                                                                                                               | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                            | CD  | Verificación |       |
|                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                      |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                               | Al recibir a la madre y el niño/a se presenta y saluda.                                                                                                                                                                                              | RPU |              |       |
| 02                                                                                                                                               | Realiza higiene de manos antes y después de examinar al niño/a. <b>VER AYUDA INF-04-07</b>                                                                                                                                                           | PI  |              |       |
| 03                                                                                                                                               | Pregunta y examina a la niña/o en busca de señales generales de peligro (puede beber o lactar, vómitos, convulsiones, letárgico o comatoso).                                                                                                         | HAC |              |       |
| 04                                                                                                                                               | En caso de tos o dificultad respiratoria, determina si es el primer episodio o si es recurrente.                                                                                                                                                     | HAC |              |       |
| 05                                                                                                                                               | Realiza examen preferencial de aparato respiratorio: frecuencia respiratoria, tiraje sub-costal, estridor o sibilancias, aleteo nasal y cianosis. <b>VER AYUDA INF-05-05</b>                                                                         | HAC |              |       |
| 06                                                                                                                                               | Clasifica la tos o dificultad para respirar o Diagnostica según GPC. <b>VER AYUDA INF-05-06</b>                                                                                                                                                      | HAC |              |       |
| 07                                                                                                                                               | Si hay sibilancias presentes maneja como Síndrome Obstructivo Bronquial y Asma (SOBA), según GPC y de acuerdo a la capacidad resolutive del EEES, refiere según corresponda. <b>VER AYUDA INF-05-07</b>                                              | HAC |              |       |
| 08                                                                                                                                               | Si la clasificación corresponde a ENFERMEDAD GRAVE O NEUMONIA GRAVE o el diagnóstico así lo exige, interna a la niña/o o la refiere. Antes de referir, administra la 1ra dosis del tratamiento correspondiente según GPC. <b>VER AYUDA INF-05-08</b> | HAC |              |       |
| 09                                                                                                                                               | Si la referencia no fuera necesaria indica tratamiento de acuerdo a la clasificación o diagnóstico según GPC: <b>VER AYUDA INF-05-09</b>                                                                                                             | HAC |              |       |
| 10                                                                                                                                               | La prestadora/or brinda información y orienta a la madre/acompañante sobre tratamiento y signos de peligro, y programa control en dos días.                                                                                                          | GLS |              |       |
| 11                                                                                                                                               | Brinda consejería nutricional para una buena alimentación durante la enfermedad. <b>VER AYUDA INF-05-11</b>                                                                                                                                          | HAC |              |       |
| 12                                                                                                                                               | Verifica comprensión de los mensajes e indicaciones.                                                                                                                                                                                                 | RPU |              |       |
| 13                                                                                                                                               | Registra atención en historia clínica, carné de atención infantil y formatos SIS y HIS.                                                                                                                                                              | GLS |              |       |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                      |     |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                      |     |              |       |

VER AYUDA:

|                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>INF-05-05: Realiza examen preferencial de aparato respiratorio: frecuencia respiratoria, tiraje sub-costal, estridor o sibilancias, aleteo nasal y cianosis</b></p>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurar que la niña/o está tranquila/o para proceder con la evaluación</li> <li>• Umbral de Taquipnea (respiraciones/minuto) <ul style="list-style-type: none"> <li>– De 0-2 meses: respiración rápida = 60 ó más por minuto</li> <li>– De 2-11 meses: Respiración rápida = 50 ó más por minuto</li> <li>– De 1-4 años: Respiración rápida = 40 ó más por minuto</li> </ul> </li> <li>• Observar si hay retracción del tórax (tiraje)</li> <li>• Tos</li> <li>• Cianosis</li> <li>• Aleteo nasal</li> <li>• Dificultad para alimentarse</li> <li>• Verificar si hay estridor o sibilancias</li> <li>• Si hay sibilancias presentes maneje como Síndrome Obstructivo Bronquial y Asma. (Ver AYUDA INF-05-07)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p><b>INF-05-06: Clasifica la tos o dificultad para respirar, para uso de personal profesional no médico o personal no profesional. (El profesional médico diagnostica y trata de acuerdo a las GPC).</b></p> | <p>Niños menores de 02 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No puede beber líquidos, anormalmente somnoliento, presenta convulsiones, estridor en reposo, fiebre o hipotermia.</li> <li>• <b>ENFERMEDAD MUY GRAVE</b></li> <li>• Tiraje sub-costal o Respiración rápida</li> <li>• <b>NEUMONIA GRAVE</b></li> <li>• Ausencia de tiraje sub-costal, respiración rápida y signos de peligro.</li> <li>• <b>NO NEUMONIA.</b></li> </ul> <p>Niños de 02 meses a 4 años</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No puede beber líquidos, anormalmente somnoliento, presenta convulsiones, estridor en reposo, desnutrición grave.</li> <li>• <b>ENFERMEDAD MUY GRAVE</b></li> <li>• Tiraje sub-costal</li> <li>• <b>NEUMONIA GRAVE</b></li> <li>• Respiración rápida y no presenta tiraje ni sibilancias ni signos de peligro.</li> <li>• <b>NEUMONIA</b></li> <li>• Ausencia de tiraje sub-costal, respiración rápida y signos de peligro.</li> <li>• <b>NO NEUMONIA.</b></li> </ul> |

# INF-05-07: ATENCIÓN DEL NIÑO CON OBSTRUCCIÓN BRONQUIAL AGUDA.

## CUADRO N° 01 ATENCIÓN DEL NIÑO CON OBSTRUCCIÓN BRONQUIAL AGUDA



(\*) Evaluación de la Dificultad Respiratoria del Niño con Obstrucción Bronquial Aguda que presenta Espasmo Bronquial, empleando el Score o Puntaje Clínico de Bierman y Pearson, que va de cero a doce:

| SCORE o PUNTAJE CLÍNICO | FRECUENCIA RESPIRATORIA (0 a 3 puntos) (en un minuto) |       | SIBILANCIA (0 a 3 puntos)                                   | CIANOSIS (0 a 3 puntos) | TIRAJE (retracciones) (0 a 3 puntos)    |
|-------------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------|
|                         | < 6 m                                                 | ≥ 6 m |                                                             |                         |                                         |
| 0                       | £ 40                                                  | £ 30  | NO                                                          | NO                      |                                         |
| 1                       | 41-55                                                 | 31-45 | Espiratoria con estetoscopio                                | Perioral al llanto      | Leve (un paquete muscular)              |
| 2                       | 56-70                                                 | 46-60 | Espiratoria e inspiratoria con estetoscopio                 | Perioral en reposo      | Moderada (dos paquetes musculares)      |
| 3                       | > 70                                                  | > 60  | Espiratoria e inspiratoria sin estetoscopio ó tórax silente | Generalizada en reposo  | Severa (más de dos paquetes musculares) |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INF-05-08: Si la clasificación corresponde a ENFERMEDAD GRAVE O NEUMONÍA GRAVE o el diagnóstico así lo exige, interna a la niña/o o la refiere. Antes de referir, administra la 1ra dosis del tratamiento.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>INF-05-11: Brinda consejería nutricional para una buena alimentación durante la enfermedad.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p><b>Si se sospecha Neumonía</b></p> <p><b>Menor de 2 meses</b></p> <p>Ceftriaxona 50 mg/kg/ IM o EV Stat o Cloranfenicol 25/mg/Kg/ IM Stat</p> <p><b>Mayor de 2 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ceftriaxona 50 mg/kg/ IM o EV Stat ó</li> <li>- Cloranfenicol 25/mg/Kg/ IM Stat</li> </ul> <p><b>En caso de estridor en reposo (sospecha de Croup)</b><br/>administrar Corticoide Sistémico+ nebulización con adrenalina.</p> <p><b>En caso de tiraje (sospecha de bronquiolitis)</b><br/>Oxigenoterapia</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso de niño lactante, mayor frecuencia de lactancia materna y si es posible, durante más tiempo.</li> <li>• Ofrece comidas variadas, apetitosas y nutritivas, para animarlo a comer en mayor cantidad.</li> <li>• Ofrecer porciones pequeñas con frecuencia.</li> <li>• Limpiar la nariz si la tiene tapada y obstaculiza la alimentación.</li> <li>• Darle una comida extra diaria hasta 2 semanas después de la enfermedad.</li> <li>• Explica que la mejora del apetito será en la medida que la niña/o se recupere.</li> </ul> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| INF-05-09: Si referencia no fuera necesaria, pero requiere de tratamiento, lo indica según GPC.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Niño menor de dos meses:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>No Neumonía:</b></p> <p><b>Medidas de apoyo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Controlar la temperatura del niño.</li><li>• Evitar el enfriamiento.</li><li>• Aumentar la frecuencia de la Lactancia Materna.</li><li>• Limpiar las secreciones de la nariz.</li><li>• Indicar a la madre que debe volver inmediatamente si no mejora o presenta algún signo de alarma.</li><li>• Indicar a la madre cuando debe volver a su control.</li></ul> | <p><b>Medicamentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Para la fiebre indicar medios físicos o Acetaminofén 10 – 15 mg/Kg./dosis, máximo de 4 dosis por día.</li><li>• No use antibióticos, excepto si se diagnostica Otitis media, Faringoamigdalitis purulenta aguda, Sinusitis o Adenoiditis.</li><li>• No use antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos, ni mucolíticos.</li></ul> <p><b>Control:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• A los 5 días.</li></ul> |

**Niño de 2 meses a cuatro años:**

**Neumonía Grave:** indique referencia o internamiento:

| ESQUEMA    | DOSIS                                                                    | TRATAMIENTO                                                                                    |
|------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ESQUEMA I  | Penicilina G sódica 200,000U/Kg/día, endovenoso o intramuscular          | Dividido en cuatro dosis, una cada 6 horas durante 3 días (según evaluación)                   |
|            | Penicilina Procaína 50,000 U/Kg/intramuscular                            | Cada 24 horas, hasta completar por lo menos 10 días (RM 133-2008).                             |
|            | Si tolera vía oral :<br>Amoxicilina 40-50mg /Kg/día                      | Cada 8 horas por 7 a 10 días (RM 291-2006)                                                     |
| ESQUEMA II | Cloranfenicol 100mg/Kg/día, endovenoso o intramuscular, oral 75mg/Kg/día | Dividida en cuatro dosis, una cada 6 horas hasta completar por lo menos 10 días de tratamiento |

**Medidas de apoyo:**

- Soporte hidroelectrolítico y nutricional de acuerdo a la edad y peso.

**Control:**

- A los 2 días después del alta.

**Neumonía:** indique tratamiento ambulatorio:

| ESQUEMA    | DOSIS                                                                                                                  | TRATAMIENTO                                            |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| ESQUEMA I  | Amoxicilina: 40- 50 mg/kg/día. VO                                                                                      | Dividida en tres dosis, una cada 8 horas por 7-10 días |
| ESQUEMA II | Trimetoprim-Sulfametoxazol: 10 mg TMP/kg/día, VO<br>Evite el Trimetoprim-Sulfametoxazol en lactantes menores de un mes | Dividida en dos dosis, una cada 12 horas por 7 días    |
| ALTERNO    | Eritromicina: 50 mg/kg/día. VO                                                                                         | Dividida en tres dosis, una cada 8 horas por 10 días.  |

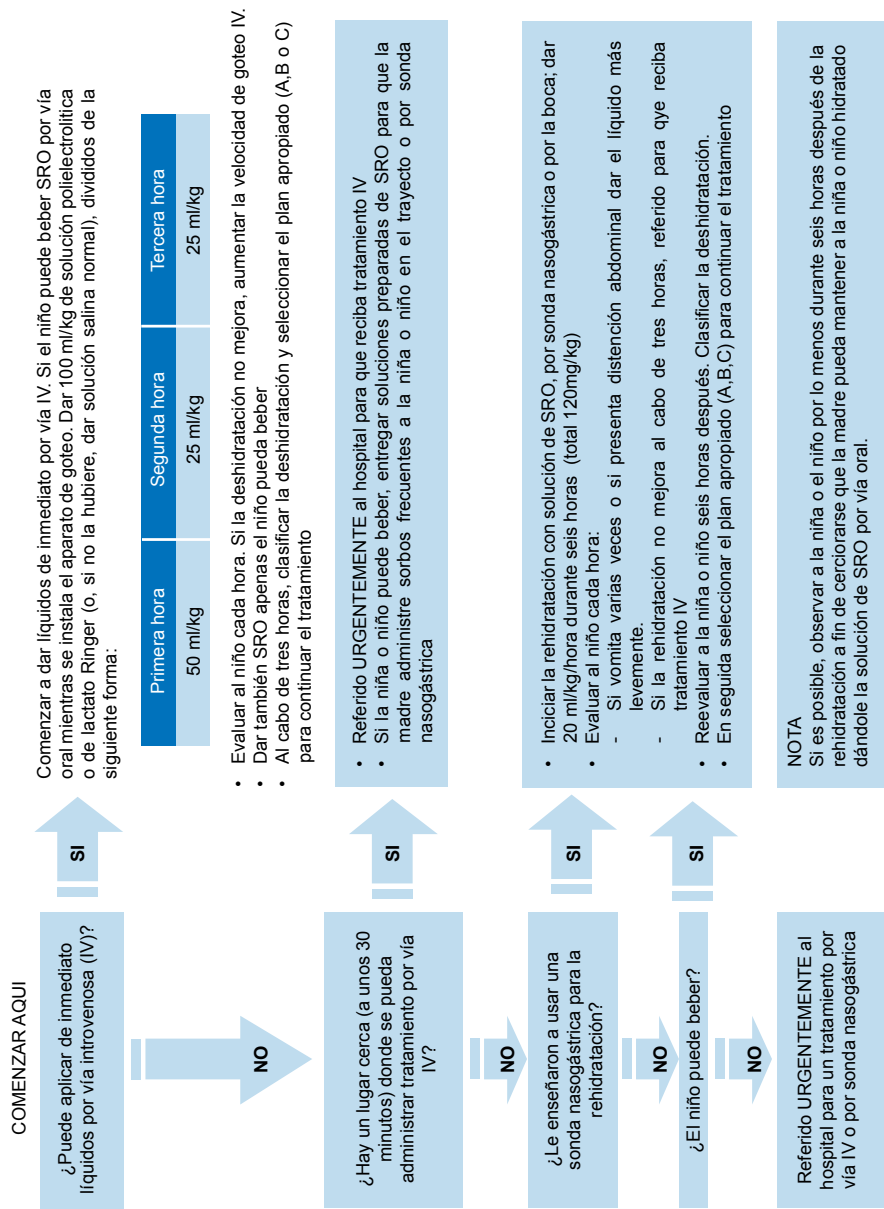
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Neumonía</b></p> <p><b>Medidas de apoyo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar la temperatura del niño.</li> <li>• Aumentar la ingesta de líquidos.</li> <li>• Continuar su alimentación.</li> <li>• Limpiar las secreciones de la nariz.</li> <li>• Indicar a la madre cuando debe volver inmediatamente: si se agrava o no mejora, o presenta algún signo de alarma</li> </ul>       | <p><b>Neumonía</b></p> <p><b>Control:</b> En 2 días.</p> <p>Los pacientes tratados ambulatoriamente deberán ser controlados diariamente las primeras 48 horas y luego cada 48-72 hs hasta el alta definitiva. Se instruirá a los encargados del cuidado del niño sobre signos de alarma, asegurándose de que hayan sido comprendidos. Se aprovechará la oportunidad para insistir en el valor de la prevención</p>      |
| <p><b>No Neumonía:</b></p> <p><b>Medidas de apoyo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar la temperatura del niño.</li> <li>• Aumentar la ingesta de líquidos y</li> <li>• Continuar su alimentación.</li> <li>• Limpiar las secreciones de la nariz.</li> <li>• Indicar a la madre cuando debe volver inmediatamente: si se agrava o no mejora, o presenta algún signo de alarma.</li> </ul> | <p><b>No. neumonía</b></p> <p><b>Medicamentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para la fiebre indicar medios físicos o paracetamol 10-15 mg/Kg/dosis, máximo de 4 dosis por día.</li> <li>• No use antibióticos.</li> <li>• No use antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos, ni mucolíticos.</li> </ul> <p><b>Control:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A los 5 días.</li> </ul> |

| BUENA PRÁCTICA INF-06: La prestador/a evalúa correctamente y toma decisiones adecuadas sobre diarrea. |                                                                                                                                                                                                                                               |                                             |              |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir mortalidad infantil y en la infancia por EDA.                             |                                                                                                                                                                                                                                               |                                             |              |       |
| Nº                                                                                                    | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                     | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                    | Al recibir a la madre y el niño/a se presenta y saluda.                                                                                                                                                                                       | RPU                                         |              |       |
| 02                                                                                                    | Realiza higiene de manos antes y después de examinar al niño/a. <b>VER AYUDA INF-04-07</b>                                                                                                                                                    | PI                                          |              |       |
| 03                                                                                                    | Pregunta y examina a la niña/o en busca de señales generales de peligro (puede beber o lactar, vómitos, convulsiones, letárgico o comatoso).                                                                                                  | HAC                                         |              |       |
| 04                                                                                                    | Pregunta desde cuando está con diarrea, si tiene sangre en las heces y si tiene episodios frecuentes, si es primera atención o es control de seguimiento.                                                                                     | RPU                                         |              |       |
| 05                                                                                                    | Examina a la niña/o en búsqueda de signos de deshidratación: ojos hundidos, signo de pliegue, avidez por beber, llanto sin lágrimas, fontanela hundida.                                                                                       | HAC                                         |              |       |
| 06                                                                                                    | Clasifica o Diagnóstica el episodio de diarrea de acuerdo al estado de hidratación, duración de la diarrea y presencia de sangre en heces. <b>VER AYUDA INF-06-06</b>                                                                         | HAC                                         |              |       |
| 07                                                                                                    | Indica correctamente el tratamiento en:<br>Episodios de diarrea sin deshidratación ( <b>PLAN A</b> ). <b>VER AYUDA INF-06-07</b><br>Episodios de diarrea con deshidratación sin signos de shock ( <b>PLAN B</b> ). <b>VER AYUDA INF-06-07</b> | HAC                                         |              |       |
| 08                                                                                                    | Si la niña/o presenta de diarrea con signos shock, inicia con ( <b>PLAN C</b> ). <b>VER AYUDA INF-06-08</b>                                                                                                                                   | HAC                                         |              |       |
| 09                                                                                                    | Si la referencia es necesaria, refiere según las normas. <b>VER AYUDA INF-06-09</b>                                                                                                                                                           | GLS                                         |              |       |
| 10                                                                                                    | Si la diarrea con sangre, clasifica como diarrea disintérica e indica tratamiento. <b>VER AYUDA INF-06-10</b>                                                                                                                                 | HAC                                         |              |       |
| 11                                                                                                    | Si la diarrea dura 14 días o más, clasifica como diarrea persistente e indica tratamiento. <b>VER AYUDA INF-06-11</b>                                                                                                                         | HAC                                         |              |       |
| 12                                                                                                    | La prestadora/or brinda información y orienta a la madre/acompañante sobre tratamiento y signos de peligro.                                                                                                                                   | IU                                          |              |       |
| 13                                                                                                    | Brinda consejería nutricional para una buena alimentación durante la enfermedad y la convalecencia. <b>VER AYUDA INF-06-13</b>                                                                                                                | IU                                          |              |       |
| 14                                                                                                    | Indica a la madre cuando regresar de inmediato y programa control en dos días.                                                                                                                                                                | IU                                          |              |       |
| 15                                                                                                    | Verifica comprensión de los mensajes e indicaciones.                                                                                                                                                                                          | RPU                                         |              |       |
| 16                                                                                                    | Registra atención en historia clínica, carné de atención del niño y formatos SIS y HIS.                                                                                                                                                       | GLS                                         |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                               | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |

## VER AYUDA:

| INF-06-06: Clasifica el episodio de diarrea de acuerdo al estado de hidratación, duración de la diarrea y presencia de sangre en heces.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Según la presencia de sangre en heces:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Con Sangre: D. DISENTERICA                                                                                                                                                                                                                                         | Sin Sangre: D. ACUOSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Según la duración de la diarrea:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Hasta 13 días: D. AGUDA                                                                                                                                                                                                                                            | 14 días o más: D. PERSISTENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Tratamiento según el estado de Hidratación:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| No tiene deshidratación: PLAN "A"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Dos o más signos de deshidratación: PLAN "B"                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Dos o más signos de deshidratación, incluido por lo menos un signo de peligro: PLAN "C"                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bien alerta</li> <li>• Ojos normales</li> <li>• Lágrimas presentes</li> <li>• Boca y lengua húmedas</li> <li>• Bebe normal sin sed</li> </ul> Signo del pliegue desaparece rápidamente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Tiene deshidratación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intranquilo, irritable</li> <li>• Sediento, bebe ávidamente</li> <li>• Signo del Pliegue desaparece lentamente (1-2 segundos)</li> <li>• Ojos hundidos</li> <li>• Lágrimas escasas</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>SIGNOS DE PELIGRO: Tiene deshidratación severa con shock</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comatoso, somnoliento (signo de peligro)</li> <li>• Bebe mal o no es capaz de beber (signo de peligro)</li> <li>• Signo del pliegue desaparece muy lentamente (más de 2 segundos)</li> <li>• Ojos muy hundidos y secos</li> <li>• Lágrimas ausentes</li> </ul> |
| INF-06-07: Indica correctamente el tratamiento en episodios de diarrea sin deshidratación (PLAN A)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                    | INF-06-07: Indica correctamente el tratamiento en episodios de diarrea con deshidratación sin signos de shock (PLAN B)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aumentar la ingesta de líquidos</b>, con preparados de cereales, no gaseosas o jugos industriales</li> <li>• Si deposiciones frecuentes, sed, indicar SRO a libre demanda</li> <li>• Si vive en zonas alejadas indicar SRO, después de cada diarrea:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– &lt; 12 meses: 50-100 ml (1-2 sobres por día).</li> <li>– 1-10 años: 100-200 ml (1-2 sobres por día).</li> <li>– &gt; 10 años: A libre demanda (4 sobres por día).</li> </ul> </li> <li>• <b>Continuar con la alimentación habitual</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Continuar lactancia materna.</li> <li>– En mayores de 6 meses, dieta normal fraccionada.</li> <li>– Evitar alimentos azucarados.</li> </ul> </li> <li>• <b>Administrar suplemento de Zinc</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Menores de 6 meses 10 mg x día x 10-14 días.</li> <li>– Mayores de 6 meses 20 mg x día x 10-14 días.</li> </ul> </li> <li>• <b>Consejos para prevenir otros episodios de diarrea</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fomento de lactancia materna exclusiva.</li> <li>– Lavado de manos antes de preparar alimentos y después de ir al baño.</li> <li>– Hervir o clorar el agua antes de consumirla y almacenar de manera segura.</li> <li>– Cumplir el esquema de vacunación.</li> </ul> </li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Administra terapia de RHO durante 4 horas en el EESS, si determina el peso del niño</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 50-100 ml x Kg de peso de SRO.</li> </ul> </li> <li>• <b>Administra terapia de RHO durante 4 horas en el EESS, si no conoce el peso del niño</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– &lt; 4 meses: 200-400 ml.</li> <li>– 4-11 meses: 400-600 ml.</li> <li>– 12-23 meses: 600-800 ml.</li> <li>– 2-4 años: 800-1200 ml.</li> <li>– 5-14 años: 1200-2200 ml.</li> </ul> </li> <li>• <b>Luego de 4 horas de rehidratación, reevalúa al niño/a y decide el tratamiento a continuar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Si no hay signos de deshidratación; inicie el Plan A.</li> <li>– Si continúa con signos de deshidratación, repita el Plan B por dos horas más y reevalúe al paciente.</li> <li>– Si han aparecido signos de deshidratación grave, o hay fracaso en el tratamiento, pasar a Plan C</li> </ul> </li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

INF-06-08: Si la niña/o presenta signos de diarrea con shock, rehidrata rápidamente con (PLAN C) e interna o refiere según capacidad resolutive del establecimiento.



Tomado de: Cuadro de Procedimiento AIEPI. Ministerio de Salud Lima, Octubre 2007

## VER AYUDA:

| INF-06-09: Si el caso lo requiere realiza la referencia inmediata según los procedimientos establecidos y llena la hoja de referencia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | INF-06-10: Si diarrea con sangre, clasifica como diarrea disenterica e indica tratamiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar a la familia las razones para la referencia.</li> <li>• Organiza el transporte para la referencia.</li> <li>• Informa al establecimiento de referencia la condición del paciente referido y el tiempo aproximado de llegada.</li> <li>• Envía al establecimiento, junto con el paciente, toda la documentación clínica disponible y que pudiera ser de ayuda.</li> <li>• Asegura la disponibilidad de medicamentos, drogas y oxígeno durante el transporte, según se requiera.</li> <li>• En la medida de lo posible enviar junto con el paciente a personal capacitado para dar continuidad a la atención durante el transporte.</li> <li>• Asegurar que los signos vitales del paciente sean medidos y registrados antes y durante el transporte.</li> <li>• Solicitar al establecimiento de referencia información sobre el manejo y situación del paciente referido.</li> </ul> | <p>Tratamiento de la deshidratación.<br/>Aplica Plan de tratamiento según nivel de deshidratación (<b>VER AYUDA INF-06-07 e INF-06-08</b>).</p> <p>Variantes de tratamiento con antibióticos:<br/>Ciprofloxacina: 15 mg x Kg c/12 horas x 3-5 días ó</p> <p>Furazolidona: 02 mg x Kg c/06 horas x 5 días, ó</p> <p>Cotrimoxazol: 7-10 mg x Kg c/12 horas x 5 días, ó</p> <p>Ácido Nalidixico: 10mg x Kg c/06 horas x 5 días</p> |
| <p>Datos generales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de la referencia.</li> <li>• Fecha y hora real del día.</li> <li>• Señalar tipo de seguro de la persona.</li> <li>• Establecimiento de origen.</li> <li>• Establecimiento destino de la referencia.</li> </ul> <p>Identificación del afiliado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Código de afiliación y número de historia clínica.</li> <li>• Nombre y apellidos, edad y sexo.</li> </ul> <p>Resumen de la Historia Clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamnesis, detallar el curso de la enfermedad. Condición al traslado</li> <li>• Examen físico, principales hallazgos.</li> <li>• Tratamiento antes del traslado.</li> <li>• Tratamiento indicado durante el traslado.</li> <li>• Con quien se coordinó en el lugar de destino.</li> <li>• Personal que acompaña.</li> </ul>                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| INF-06-11: Si la diarrea dura 14 días o más, clasifica como diarrea persistente e indica tratamiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | INF-06-13: Brinda consejería nutricional para una buena alimentación durante la enfermedad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Medidas preventivas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurar el cumplimiento del esquema de vacunación.</li> <li>• Administrar Zinc:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores de 6 meses: 10 mg. al día por 10 – 14 días</li> <li>• Mayores de 6 meses: 20 mg. al día por 10 – 14 días.</li> </ul> </li> <li>• Administrar Vitamina A:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niñas y niños entre 6 y 11 meses de edad: 100,000 U.I</li> <li>• Niñas y niños entre 12 y 71 meses de edad: 200,000 U.I.</li> </ul> </li> </ul> <p>Manejo nutricional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuar la lactancia materna en aquellos que la reciben;</li> <li>• Reducir temporalmente la cantidad de lactosa que se ofrece al niño en la dieta reduciendo la cantidad total de leche animal, mezclándola con otros alimentos nutritivos pero sin lactosa. Se debe reducir la cantidad de leche de la dieta para que reciba entre 30 y 50 ml/Kg/día. Para mantener el contenido de calorías y proteínas, debe mezclarse la leche con cereal y agregar azúcar y aceite;</li> <li>• Evitar jugos envasados y las bebidas muy azucaradas porque pueden aumentar la diarrea;</li> </ul> <p>Signos de alarma:</p> <p>El niño deberá ser referido inmediatamente en cualquiera de los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la diarrea continúa al quinto día.</li> <li>• Si no ha ganado peso o incluso lo ha perdido.</li> <li>• Si presenta signos de deshidratación.</li> <li>• Si aparece sangre en las deposiciones.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso de niño lactante, mayor frecuencia de lactancia materna y si es posible, durante más tiempo.</li> <li>• Ofrece comidas variadas, apetitosas y nutritivas, para animarlo a comer en mayor cantidad.</li> <li>• Ofrecer porciones pequeñas con mayor frecuencia</li> <li>• Darle una comida extra diaria hasta 2 semanas después de la enfermedad</li> <li>• No dar frutas y verduras con alto contenido de fibras, hasta que se dé el alta</li> <li>• Suspender durante la administración de antibióticos, la suplementación de sulfato ferroso y/o multimicronutrientes</li> <li>• Explica que la mejora del apetito será en la medida que la niña/o se recupere</li> <li>• Enfatizar que la administración de líquidos adicionales puede salvarle la vida a la niña o niño.</li> <li>• Darle más líquidos por ejemplo: sopa, caldos, cocimiento de arroz, agua de coco o agua hervida.</li> </ul> <p>Si toma otro tipo de leche diferente a la materna: Sustituir la mitad de la leche con alimentos semi sólidos nutritivos</p> |

| BUENA PRÁCTICA INF-07: El prestador/a evalúa correctamente y toma decisiones adecuadas sobre fiebre. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                             |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir la mortalidad infantil y en la infancia por infecciones.                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                             |              |       |
| Nº                                                                                                   | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                       | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                   | Al recibir a la madre y el niño/a se presenta y saluda.                                                                                                                                                                                                                                         | RPU                                         |              |       |
| 02                                                                                                   | Realiza higiene de manos antes y después de examinar al niño/a. <b>VER AYUDA INF-04-07</b>                                                                                                                                                                                                      | PI                                          |              |       |
| 03                                                                                                   | Pregunta y examina a la niña/o en busca de señales generales de peligro (puede beber o lactar, vómitos, convulsiones, letárgico o comatoso).                                                                                                                                                    | HAC                                         |              |       |
| 04                                                                                                   | Pregunta desde cuando está con fiebre y si tiene episodios frecuentes.                                                                                                                                                                                                                          | HAC                                         |              |       |
| 05                                                                                                   | Examina a la niña/o para confirmar fiebre, y además busca signos de gravedad:<br>1.1 Signos generales de peligro(puede beber o lactar, vómitos, convulsiones, letárgico o comatoso)<br>1.2 Rigidez de nuca<br>Abultamiento de fontanela (en menores de 6 meses)                                 | HAC                                         |              |       |
| 06                                                                                                   | En presencia de fiebre y cualquiera de los signos en <b>INF-08-05</b> , clasifica como <b>enfermedad febril muy grave</b> , interna o refiere siguiendo protocolo ( <b>VER AYUDA INF-06-09</b> ), y administra primera dosis de tratamiento de acuerdo al protocolo. <b>VER AYUDA INF-07-06</b> | HAC                                         |              |       |
| 07                                                                                                   | En presencia de fiebre y erupción cutánea, clasifica como <b>enfermedad febril eruptiva</b> y trata según protocolo. <b>VER AYUDA INF-07-07</b>                                                                                                                                                 | HAC                                         |              |       |
| 08                                                                                                   | En presencia de fiebre en zonas de riesgo de Malaria, Dengue o Bartonelosis o usuarios procedentes de las mismas, aplica la definición de caso que corresponda e inicia tratamiento correspondiente. <b>VER AYUDA INF-07-08</b>                                                                 | HAC                                         |              |       |
| 09                                                                                                   | En casos de <b>enfermedad febril no grave y no relacionada con las enfermedades especificadas anteriormente</b> , trata la fiebre con paracetamol 10-15 mg/Kg/dosis y refiere para evaluación y tratamiento correspondiente.                                                                    | HAC                                         |              |       |
| 10                                                                                                   | Indica a la madre cuando regresar de inmediato y establece cita de control en dos días.                                                                                                                                                                                                         | GLS                                         |              |       |
| 11                                                                                                   | Verifica comprensión de los mensajes e indicaciones.                                                                                                                                                                                                                                            | RPU                                         |              |       |
| 12                                                                                                   | Registra atención en historia clínica, carné de atención del niño y formatos SIS y HIS.                                                                                                                                                                                                         | GLS                                         |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |

VER AYUDA:

| INF-07-06: En presencia de fiebre y cualquiera de los signos en INF-08-05, clasifica como enfermedad febril muy grave, interna o refiere siguiendo protocolo, y administra la primera dosis de un antibiótico apropiado. |                                                                                                                             | INF-07-07: En presencia de fiebre y erupción cutánea, clasifica como enfermedad febril eruptiva y procede según protocolo.                                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Medicamentos /Dosis                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                             | Tiempo de Tratamiento                                                                                                                                                                                           |  |
| NIÑOS MENORES DE 2 MESES                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                 |  |
| Esquema I                                                                                                                                                                                                                | Penicilina G Sódica: 50 mil UI/Kg/dosis EV o IM                                                                             | Niño menor de 1 semana:<br>Una dosis cada 12 horas                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                          | Gentamicina 2.5 mg/Kg/Dosis EV o IM                                                                                         | Niño mayor de 1 semana:<br>Una dosis cada 8 horas<br>Hasta completar 10 días                                                                                                                                    |  |
| Esquema 2                                                                                                                                                                                                                | Ampicilina 200 mg x Kg x día EV o IM<br>Gentamicina 2.5 mg x Kg x dosis IM o EV                                             | Niño menor de 1 semana:<br>Una dosis cada 12 horas<br>Niño mayor de 1 semana:<br>Una dosis cada 8 horas<br>Hasta completar 10 días                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                          | Ampicilina 200 mg x Kg x día EV o IM<br>Amikacina 15 mg x Kg x día IM o EV                                                  | Niño menor de 1 semana:<br>Dosis del día dividida en dos aplicaciones, una cada 12 horas<br>Niño mayor de 1 semana:<br>Dosis del día dividida en tres aplicaciones, una cada 8 horas<br>Hasta completar 10 días |  |
| Otras asociaciones                                                                                                                                                                                                       | Cefalosporina + Ampicilina.<br>Cefalosporina + Aminoglucósido.<br>Dosis: a considerar según evolución clínica del paciente. |                                                                                                                                                                                                                 |  |
| NIÑOS DE 2 MESES A 4 AÑOS                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                 |  |
| Esquema I                                                                                                                                                                                                                | Cloranfenicol 100 mg x día EV o IM.                                                                                         | C/6 horas. X 3-5 días.<br>Luego VO c/6 horas hasta completar 10 días                                                                                                                                            |  |
| Esquema II                                                                                                                                                                                                               | Penicilina G sódica 200 mil UI x Kg x día EV o IM.<br>+<br>Gentamicina 7.5 x Kg x día EV o IM.                              | c/6 horas por 10 días<br>c/8 horas por 10 días                                                                                                                                                                  |  |

|                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Trata la fiebre de 38.5° C o más en el servicio de salud con paracetamol 10-15 mg/ Kg/dosis.                                             |
| Caso sospechoso de Sarampión-Rubéola                                                                                                     |
| Toda persona de cualquier edad que presenta erupción cutánea máculo-papular NO VESICULAR, que se acompañar de tos o coriza y ojos rojos; |
| Notifica según VEA, y toma muestra de sangre o refiere según corresponda de acuerdo a la normatividad local.                             |
| EN TODOS LOS CASOS NOTIFICAR EN LAS PRIMERAS 24 HORAS                                                                                    |
| Caso POSITIVO de sarampión                                                                                                               |
| IgM (+) por el método de ELISA indirecto                                                                                                 |
| Caso POSITIVO de rubéola                                                                                                                 |
| IgM (+) por el método de ELISA directo                                                                                                   |

- Trata la fiebre de 38.5° C o más en el servicio de salud con paracetamol 10-15 mg/Kg/dosis.
  - Caso sospechoso de Sarampión-Rubéola
  - Toda persona de cualquier edad que presenta erupción cutánea máculo-papular NO VESICULAR, que se acompañar de tos o coriza y ojos rojos;
  - Notifica según VEA, y toma muestra de sangre o refiere según corresponda de acuerdo a la normatividad local.
- EN TODOS LOS CASOS NOTIFICAR EN LAS PRIMERAS 24 HORAS
- Caso POSITIVO de sarampión  
IgM (+) por el método de ELISA indirecto
- Caso POSITIVO de rubéola  
IgM (+) por el método de ELISA directo

## VER AYUDA:

**INF-07-08: En presencia de fiebre en zonas de riesgo de Malaria, Dengue o Bartonelosis, o usuarios procedentes de las mismas, aplica la definición de caso que corresponda e instaure tratamiento correspondiente**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>MALARIA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clasificar como Malaria si además de la fiebre tiene examen de gota gruesa positivo.</li> <li>- Clasificar como probable Malaria si además de la fiebre tiene: <ul style="list-style-type: none"> <li>~ Gota gruesa negativo en niña que recibió anti-malárico, o</li> <li>~ Resultado no disponible en 4 horas</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• En casos de P. Vivax, administrar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cloroquina 10 mg/Kg/día 2 primeros días, y 5mg/Kg/día el 3er día</li> <li>- Primaquina 0.5 mg/Kg/día por siete días desde el primer día</li> </ul> </li> <li>• En casos de P. Malariae, administrar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cloroquina 10 mg/Kg/día 2 primeros días, y 5mg/Kg/día el 3er día</li> <li>- Primaquina 0.75 mg/Kg/día el tercer día.</li> </ul> </li> <li>• <b>DENGUE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clasificar como Dengue NO HEMORRÁGICO, si además de la fiebre tiene al menos dos de los siguientes signos: exantema y/o eritema facial, cefalea, tos, escalofríos, dolor retro-ocular, mialgia y/o artralgia, manifestaciones hemorrágicas leves de piel y mucosas.</li> <li>- Administrar paracetamol 10-15 mg/Kg/dosis; no más de tres días</li> <li>- No administrar Aspirina o AINES.</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>BARTONELOSIS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clasificar como Bartonelosis aguda probable si además de la fiebre tiene uno o más de los siguientes signos/síntomas: artralgias, hiporexia, decaimiento, palidez.</li> <li>- Clasificar como Bartonelosis confirmada si además de la fiebre presenta examen de gota gruesa positivo.</li> </ul> </li> </ul> <p>En ambos casos referir para administración de tratamiento supervisado.<br/>Si hay personal capacitado se administra el tratamiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amoxicilina + Ac. Clavulánico 40 mg x Kg x día, dividido en dos dosis durante 14 días, ó</li> <li>2. Ciprofloxacina 10 mg x Kg x día, dividido en dos dosis durante 14 días, ó</li> <li>3. Clotrimoxazol 10 mg x Kg x día, dividido en dos dosis durante 14 días.</li> </ol> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| BUENA PRÁCTICA INF-08: La prestadora/or evalúa correctamente y toma decisiones adecuadas sobre dolor de oído. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             |              |    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Reducir morbilidad grave en el niño/a.                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             |              |    |    |
| N°                                                                                                            | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CD                                          | Verificación |    |    |
|                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                            | Al recibir a la madre y el niño/a se presenta y saluda.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | RPU                                         |              |    |    |
| 02                                                                                                            | Realiza higiene de manos antes y después de examinar al niño/a. VER AYUDA INF-04-07                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PI                                          |              |    |    |
| 03                                                                                                            | Pregunta y examina a la niña/o en busca de señales generales de peligro (puede beber o lactar, vómitos, convulsiones, letárgico o comatoso).                                                                                                                                                                                                                                                                                | HAC                                         |              |    |    |
| 04                                                                                                            | Pregunta desde cuando está con dolor de oído si tiene fiebre y si tiene episodios frecuentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | RPU                                         |              |    |    |
| 05                                                                                                            | Realiza examen físico de oído: <ul style="list-style-type: none"><li>• Observa si hay secreción purulenta en el oído; si así fuera, pregunta por cuánto tiempo.</li><li>• Palpa detrás de la oreja buscando una tumefacción dolorosa al tacto.</li><li>• Observa si el tímpano está enrojecido, si hay otoscopio disponible.</li></ul>                                                                                      | HAC                                         |              |    |    |
| 06                                                                                                            | Clasifica correctamente a la niña/o según los problemas de oído: <ul style="list-style-type: none"><li>• Mastoiditis: tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja.</li><li>• Otitis media crónica, en presencia de secreción visible del oído de más de 14 días de duración.</li><li>• Otitis media aguda, presencia de secreción visible del oído de menos de 14 días, dolor de oído, o tímpano enrojecido.</li></ul> | HAC                                         |              |    |    |
| 07                                                                                                            | Actúa de acuerdo a clasificación: <ul style="list-style-type: none"><li>• Refiere urgentemente en caso de mastoiditis implementando protocolo de referencia.</li></ul> Refiere en caso de otitis media crónica, implementando protocolo de referencia. VER AYUDA INF-06-09                                                                                                                                                  | HAC                                         |              |    |    |
| 08                                                                                                            | En caso de otitis media aguda administra antibiótico durante 7-10 días. VER AYUDA INF-08-08                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | HAC                                         |              |    |    |
| 09                                                                                                            | Indica paracetamol para el dolor, 10-15 mg/Kg/dosis.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | HAC                                         |              |    |    |
| 10                                                                                                            | Si hay supuración orienta a la madre como secar el oído con mechas en el hogar. VER AYUDA INF-08-10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | IU                                          |              |    |    |
| 11                                                                                                            | Indica a la madre regresar para control en dos días.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | GLS                                         |              |    |    |
| 12                                                                                                            | Brinda consejería nutricional para una buena alimentación durante la enfermedad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | IU                                          |              |    |    |
| 13                                                                                                            | Verifica comprensión de los mensajes e indicaciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | RPU                                         |              |    |    |
| 14                                                                                                            | Registra atención en historia clínica, carné de atención infantil y formatos SIS y HIS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | GLS                                         |              |    |    |
|                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             |              |    |    |

## VER AYUDA:

|                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INF-08-08: En caso de otitis media aguda administra antibiótico durante 7 días</b>                                                           | <b>INF-08-10: Si hay supuración orienta a la madre como secar el oído con mechas en el hogar</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Amoxicilina, 40 mg x Kg x día, dividido en tres dosis.<br>O<br>Cotrimoxazol, 8-10 mg x Kg x día (en base a Trimetoprim), dividido en dos dosis. | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Enrolle una tela suave (de algodón) absorbente para hacer una mecha. Nunca use algún tipo de aplicador o palito con algodón en la punta. No use papel.</li><li>2. Introduzca la mecha en el oído del niño hasta que se empape bien.</li><li>3. Retire la mecha.</li><li>4. Sustituya la mecha con otra limpia y repita estos pasos hasta que el oído quede seco.</li><li>5. Repita el procedimiento por lo menos 3 veces al día, hasta que el oído se mantenga seco (generalmente toma de 1 a 2 semanas).</li></ol> |

| <b>BUENA PRÁCTICA INF-09: El prestador/a evalúa correctamente y toma decisiones adecuadas sobre manejo del niño malnutrido (desnutrición, sobre peso y anemia por déficit de hierro).</b> |                                                                                                                                                                                                                      |           |                     |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------|--------------|
| <b>Objetivo Sanitario: Reducir estados graves de desnutrición y Anemia.</b>                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                      |           |                     |              |
| <b>N°</b>                                                                                                                                                                                 | <b>CRITERIOS DE VERIFICACIÓN</b>                                                                                                                                                                                     | <b>CD</b> | <b>Verificación</b> |              |
|                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                      |           | <b>SI</b>           | <b>NO NA</b> |
| 01                                                                                                                                                                                        | Al recibir a la madre y el niño/a se presenta y saluda.                                                                                                                                                              | RPU       |                     |              |
| 02                                                                                                                                                                                        | Realiza higiene de manos antes y después de examinar al niño/a. <b>VER AYUDA INF-04-07</b>                                                                                                                           | PI        |                     |              |
| 03                                                                                                                                                                                        | Pregunta y examina a la niña/o en busca de señales generales de peligro (puede beber o lactar, vómitos, convulsiones, letárgico o comatoso).                                                                         | HAC       |                     |              |
| 04                                                                                                                                                                                        | Realiza examen físico completo.                                                                                                                                                                                      | HAC       |                     |              |
| 05                                                                                                                                                                                        | Verifica los resultados de la evaluación nutricional y exámenes auxiliares de laboratorio.                                                                                                                           | HAC       |                     |              |
| 06                                                                                                                                                                                        | Si la niña/o es clasificada como portadora de desnutrición grave (marasmo o kwashiorkor) o anemia grave, u obesidad, la interna o refiere según capacidad resolutive del establecimiento. <b>VER AYUDA INF-09-06</b> | HAC       |                     |              |
| 07                                                                                                                                                                                        | Si el niño es referido, elabora los documentos correspondientes y orienta a la madre sobre el procedimiento de su atención en el EESS de referencia. <b>VER AYUDA INF-06-09</b>                                      | GLS       |                     |              |
| 08                                                                                                                                                                                        | Si la niña/o es clasificada como desnutrida/o, agudo, riesgo nutricional o sobrepeso toma acciones correctivas, según capacidad resolutive del EESS. <b>VER AYUDA INF-09-08</b>                                      | HAC       |                     |              |
| 09                                                                                                                                                                                        | Si la niña/o tiene anemia, indica tratamiento. <b>VER AYUDA INF-09-09</b>                                                                                                                                            | HAC       |                     |              |
| 10                                                                                                                                                                                        | Acuerda con la madre la cita para el siguiente control de acuerdo a la necesidad.                                                                                                                                    | GLS       |                     |              |
| 11                                                                                                                                                                                        | Estimula a la madre que haga preguntas sobre la situación y cuidado del niño/a. <b>VER AYUDA INF-09-11</b>                                                                                                           | RPU       |                     |              |
| 12                                                                                                                                                                                        | Verifica comprensión de los mensajes e indicaciones.                                                                                                                                                                 | RPU       |                     |              |
| 13                                                                                                                                                                                        | Registra atención en historia clínica, carné de atención del niño y formatos SIS y HIS.                                                                                                                              | GLS       |                     |              |
| <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b>                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                      |           |                     |              |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                      |           |                     |              |

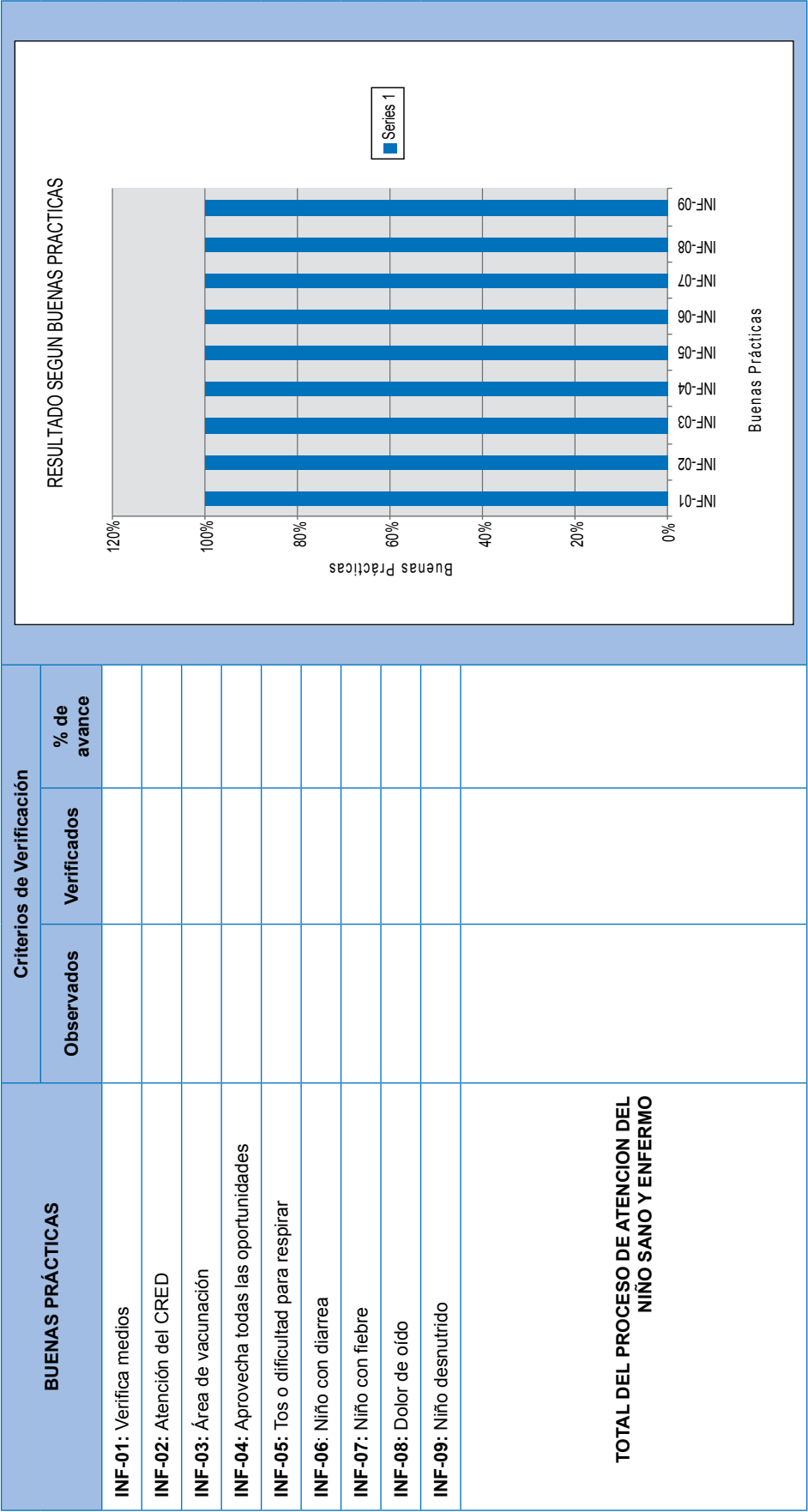
VER AYUDA:

| INF-09-06                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | INF-09-08                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                |                |            |                  |              |              |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|------------|------------------|--------------|--------------|----------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Clasifica como desnutrición grave si:<ul style="list-style-type: none"><li>- Tiene emaciación visible grave, o</li><li>- Edema en ambos pies</li><li>- Peso/Edad &lt;-3DE</li></ul></li><li>• Clasifica como anemia grave si:<ul style="list-style-type: none"><li>- Hemoglobina &lt; 7 g x dl</li><li>- Tiene palidez palmar intensa</li></ul></li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Clasifica como desnutrición o riesgo nutricional si:<ul style="list-style-type: none"><li>- Peso/Edad &lt; 2 DE</li><li>- Peso/Talla &lt; 2 DE</li><li>- Curva de peso o talla /edad aplanada o en descenso</li></ul></li><li>• Clasifica como obeso si:<ul style="list-style-type: none"><li>- Peso/edad &gt; 2 DE</li><li>- Peso/Talla &gt; 2 DE</li></ul></li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Evalúa la alimentación y aconseja a la madre<ul style="list-style-type: none"><li>- Si la alimentación es problema, controla dos días después</li><li>- Si la alimentación no es problema, cita siete días después</li></ul></li><li>• Incluye a la niña en un programa de complementación alimentaria.</li></ul> |                |                |                |            |                  |              |              |                |
| <b>INF-09-09: Si la niña/o tiene anemia, indica tratamiento.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                |                |            |                  |              |              |                |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• La Suplementación terapéutica con sulfato ferroso se debe iniciar, luego de haberse descartado y tratado los problemas infecciosos según GPC:<ul style="list-style-type: none"><li>- Cólera, fiebre tifoidea, disentería, hepatitis A, B entre otras, y parasitosis.</li></ul></li><li>• Una vez confirmado el diagnóstico de anemia</li></ul> <p>Puntos de Corte para determinar niveles de anemia</p> <table><tr><th>Tipo de Anemia</th><th>Punto de Corte</th></tr><tr><td>Anemia severa:</td><td>&lt; 7.0 g/dl</td></tr><tr><td>Anemia moderada:</td><td>7.0-9.9 g/dl</td></tr><tr><td>Anemia leve:</td><td>10.0-10.9 g/dl</td></tr></table> <ul style="list-style-type: none"><li>• Iniciar Tratamiento.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Tipo de Anemia | Punto de Corte | Anemia severa: | < 7.0 g/dl | Anemia moderada: | 7.0-9.9 g/dl | Anemia leve: | 10.0-10.9 g/dl |
| Tipo de Anemia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Punto de Corte                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                |                |            |                  |              |              |                |
| Anemia severa:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | < 7.0 g/dl                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                |                |            |                  |              |              |                |
| Anemia moderada:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 7.0-9.9 g/dl                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                |                |            |                  |              |              |                |
| Anemia leve:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 10.0-10.9 g/dl                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                |                |            |                  |              |              |                |
| <b>INF-09-11: Estimula a la madre que haga preguntas sobre la situación y cuidado del niño/a.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                |                |            |                  |              |              |                |
| <p><b>Pregunta: ¿Cómo está alimentando a su bebé?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Si le da pecho:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- ¿le da pecho durante la noche?, ¿cuántas veces?</li><li>- ¿Cuántas veces al día?, ¿usa biberón?</li><li>- ¿Qué comió ayer?: en la mañana, media mañana, medio día, media tarde y noche?</li></ul></li><li>• ¿Qué usa para darle de comer? ¿usa biberón?</li><li>• <b>Si no le da pecho: ¿come ya la niña o niño?</b><ul style="list-style-type: none"><li>- ¿consume carne, pescado, o vísceras?,</li><li>- ¿con qué frecuencia en la semana?</li><li>- Si el peso es muy bajo para la edad, ¿de qué tamaño son las porciones que le da?</li><li>- ¿Cuántas veces da de lactar durante el día?</li><li>- ¿qué le da?, ¿cómo lo prepara?</li><li>- ¿cuántas veces por día?</li><li>- ¿consume frutas o verduras</li><li>- ¿con qué frecuencia en la semana?</li><li>- ¿recibe su propia porción?</li><li>- ¿Quién le da de comer al niño y cómo?</li></ul></li></ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                |                |            |                  |              |              |                |

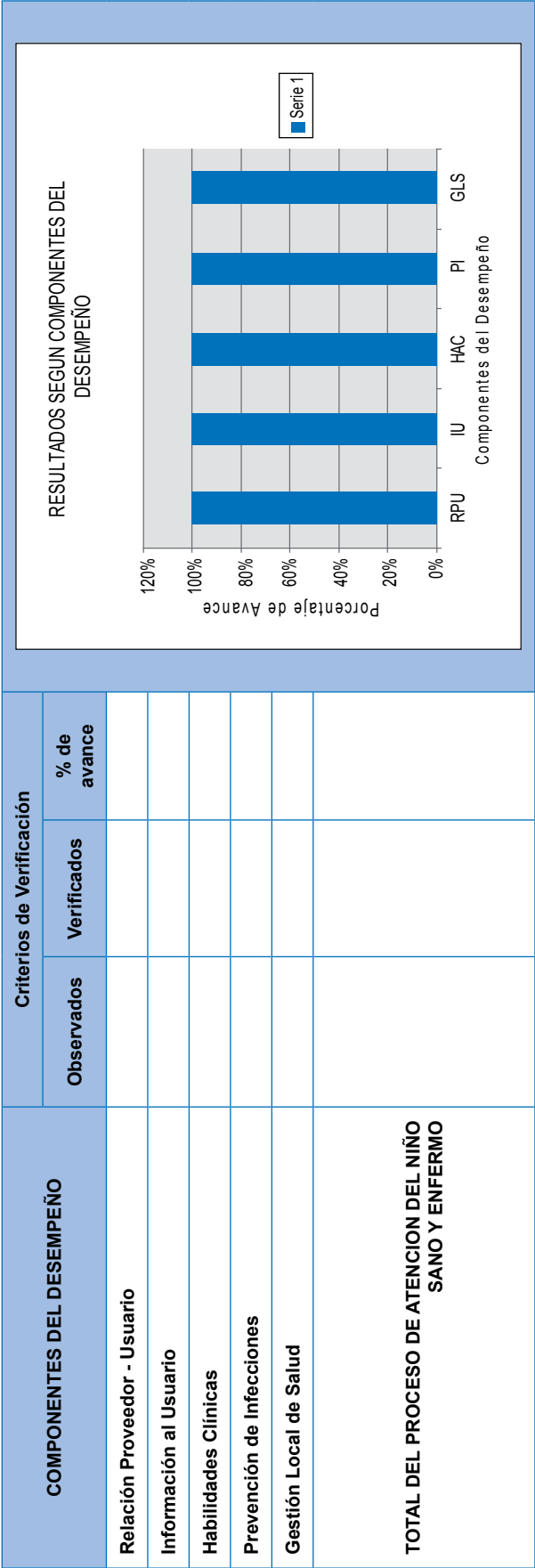
| MINISTERIO DE SALUD                       |  | INSTRUMENTO DE MEDICION DEL DESEMPEÑO DE PROCESOS DE ATENCION DE SALUD<br>ATENCIÓN DEL NIÑO SANO Y ENFERMO |                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | HOJA RESUMEN<br>MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE BUENAS PRÁCTICAS |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|-------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|------------------------------------------------------------|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| DIRESA:                                   |  | RED:                                                                                                       | CÓDIGO RENAES: |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |                                                            | MICRORRED: |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| ESTABLECIMIENTO:                          |  | CATEGORIA:                                                                                                 |                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | FECHA:                                                     |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| BUENAS PRÁCTICAS                          |  | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                  |                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|                                           |  | 1                                                                                                          | 2              | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13                                                         | 14         | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | % |
| INF-01: verifica medios                   |  |                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| INF-02: atención del CRED                 |  |                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| INF-03: área de vacunación                |  |                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| INF-04: aprovecha todas las oportunidades |  |                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| INF-05: tos o dificultad para respirar    |  |                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| INF-06: Niño con diarrea                  |  |                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| INF-07: Niño con fiebre                   |  |                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| INF-08: dolor de oído                     |  |                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| INF-09: niño desnutrido                   |  |                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |

Anote en cada cuadrícula correspondiente a los Criterios el resultado de la observación, con las letras siguientes: SI; NO; NO APLICA  
El total de criterios OBSERVADOS es la suma de los consignados SI más NO. Los criterios consignados NO APLICA, no se consideran observados.  
El total de criterios VERIFICADOS son todos los consignados SI (1). El porcentaje es el total de VERIFICADOS entre el total de OBSERVADOS por CIEN

RESULTADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DEL NIÑO SANO Y ENFERMO, SEGÚN BUENAS PRÁCTICAS.



RESULTADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DEL NIÑO SANO Y ENFERMO SEGÚN COMPONENTES DEL DESEMPEÑO.



**ANEXO N° 05**  
**INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN DE CONTROL DE TUBERCULOSIS**

|                                   |                                        |                                        |  |
|-----------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--|
| <b>DIRESA/DISA:</b>               |                                        | <b>Red:</b>                            |  |
| <b>Microrred:</b>                 |                                        | <b>Código RENAES:</b>                  |  |
| <b>Nombre del establecimiento</b> |                                        |                                        |  |
| <b>Número de medición</b>         | <b>Persona que realiza la medición</b> | <b>Fecha de la medición (dd/mm/aa)</b> |  |

| <b>BUENA PRÁCTICA TB-01: El proveedor/a asegura un clima apropiado y privacidad durante la atención (Estrategia o consultorio).</b> |                                                                                                                                    |     |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|
| <b>Objetivo Sanitario: Reducir los casos de Tuberculosis.</b>                                                                       |                                                                                                                                    |     |              |
| N°                                                                                                                                  | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                          | CD  | Verificación |
| 01                                                                                                                                  | Verifica que cuenta con los insumos necesarios para brindar atención antes de iniciar la jornada diaria. <b>VER AYUDA TB-01-01</b> | GLS | SI NO NA     |
| 02                                                                                                                                  | Realiza protocolo de saludo. <b>VER AYUDA TB-01-02</b>                                                                             | RPU |              |
| 03                                                                                                                                  | Respeto los derechos del usuario. <b>VER AYUDA TB-01-03</b>                                                                        | RPU |              |
| 04                                                                                                                                  | Explora el motivo de la visita o pregunta al usuario cómo se siente                                                                | RPU |              |
| <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b>                                                                                  |                                                                                                                                    |     |              |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                                 |                                                                                                                                    |     |              |

**VER AYUDA:**

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TB-01-01</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Debe contar con: (1) Balanza en buen estado. (2) Tallímetro o cinta métrica. (3) Formatos en cantidad suficiente (paciente nuevo, continuador, contactos, solicitud para investigación bacteriológica). (4) Termómetro clínico (sólo Consultorio), y (5) Envase para toma de muestras de esputo</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultorio debe contar con: (1) Normas y protocolos técnicos actualizados. (2) Estetoscopio bi-auricular. (3) Recipiente para material no contaminado. (4) Recipiente para material contaminado. (5) Recipiente para soluciones. (6) Frascos para toma de muestras de esputo. (7) Guantes para procedimientos (8) negatoscopio (a partir del nivel I-2)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>La estrategia PCT debe contar con: (1) Medicamentos de pacientes en tratamiento, (2) Respirador (N95), (4) Porta envase para traslado de muestras de esputo, (5) Libros de registro de Seguimiento de paciente con TB y TB MDR, (6) Ficha de recolección de datos de Co-morbilidad TB/VIH, (7) Fichas de historia clínica TB</li> </ul> |
| <b>TB-01-02</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>El proveedor realiza protocolo de saludo: (1) Saluda al usuario en forma cordial y de acuerdo a las costumbres locales. (2) Se presenta diciendo su nombre, cargo y función si corresponde. (3) Pregunta por nombre y apellido del usuario. (4) Llama al usuario por su nombre</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>TB-01-03</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>El proveedor respeta los derechos del usuario: (1) Llama al usuario por su nombre. (2) Le habla de manera comprensible con palabras sencillas. (3) Mantiene la privacidad durante la atención. (4) No permite la presencia de otras personas en el consultorio sin consentimiento del usuario. (5) Establece comunicación adecuada a la lengua nativa del usuario o dispone de la ayuda de un intérprete. (6) Con cortesía y respeto identifica si pertenece a una comunidad étnica y la identificación cultural que tiene con la misma</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| BUENA PRÁCTICA TB-02 El proveedor/a inicia la investigación de tuberculosis en las personas con tos y expectoración por más de 15 días (Sintomático Respiratorio, S.R.) en los servicios que brinda atención: triaje, consulta externa, emergencia, hospitalización, otros, incluye en las personas viviendo con VIH (búsqueda de sintomático respiratorio). |                                                                                                                                                                                                              |                                             |              |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de Tuberculosis.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                              |                                             |              |    |    |
| Nº                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                    | CD                                          | Verificación |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                              |                                             | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Identifica cotidianamente a las personas con tos y expectoración por más de 15 días (S.R.) en todos los servicios que oferta el establecimiento                                                              | HAC                                         |              |    |    |
| 02                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Coordina con la Estrategia Sanitaria ITS-VIH/SIDA, para realizar el descarte de TB en las Personas Viviendo con el Virus del Sida (PVVS) según normativa vigente (Verificar en el Libro de Registro de PVVS) | GLS                                         |              |    |    |
| 03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Mantiene la privacidad durante la consulta: ambiente privado, solo se permite el ingreso de personas con la autorización del usuario                                                                         | RPU                                         |              |    |    |
| 04                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Explica al usuario los mecanismos que garantizan la confidencialidad de la información sobre su estado de salud                                                                                              | IU                                          |              |    |    |
| 05                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Registra en el libro de registro de sintomático respiratorio INMEDIATAMENTE después de identificarlo                                                                                                         | GLS                                         |              |    |    |
| 06                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Informa al usuario que el diagnóstico, tratamiento antituberculosis y seguimiento bacteriológico es gratuito                                                                                                 | IU                                          |              |    |    |
| 07                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Realiza la entrega inmediata del vaso del esputo al sintomático respiratorio identificado (SRI) y explica el proceso de toma de la muestra                                                                   | GLS                                         |              |    |    |
| 08                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Llena correctamente la solicitud de investigación bacteriológica                                                                                                                                             | GLS                                         |              |    |    |
| 09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Orienta al usuario sobre la importancia de la segunda muestra de esputo                                                                                                                                      | IU                                          |              |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                              | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                              |                                             |              |    |    |

| BUENA PRÁCTICA TB-03 El proveedor/a recolecta información clave en la historia clínica del usuario en la primera consulta al inicio del tratamiento (Observar y/o verificar en la Historia Clínica). |                                                                                                                                                                     |                                             |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de Tuberculosis.                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                     |                                             |              |       |
| Nº                                                                                                                                                                                                   | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                           | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                     |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                                                                   | Registro completo de la ficha clínica, realizando una cuidadosa anamnesis enfocada en los antecedentes y síntomas de importancia clínica. <b>VER AYUDA TB-03-01</b> | GLS                                         |              |       |
| 02                                                                                                                                                                                                   | Registra diagnósticos o tratamientos antituberculosos anteriores (Verificar en Historia Clínica)                                                                    | HAC                                         |              |       |
| 03                                                                                                                                                                                                   | Registra los factores de riesgo o diagnóstico de infección por VIH                                                                                                  | HAC                                         |              |       |
| 04                                                                                                                                                                                                   | Registra los factores de riesgo para resistencia a medicamentos B235                                                                                                | HAC                                         |              |       |
| 05                                                                                                                                                                                                   | El proveedor utiliza correctamente equipo de protección respiratoria. Utiliza respirador con filtro N95 en forma adecuada. <b>VER AYUDA TB-03-05</b>                | PI                                          |              |       |
| 06                                                                                                                                                                                                   | Registra los signos vitales o los verifica en la historia clínica                                                                                                   | HAC                                         |              |       |
| 07                                                                                                                                                                                                   | Evalúa y monitoriza peso, talla e Índice de Masa Corporal – IMC                                                                                                     | HAC                                         |              |       |
| 08                                                                                                                                                                                                   | Registra un examen físico completo de tórax                                                                                                                         | HAC                                         |              |       |
| 09                                                                                                                                                                                                   | Registra el examen de cuello y axilas en busca de ganglios                                                                                                          | HAC                                         |              |       |
| 10                                                                                                                                                                                                   | El proveedor se lava las manos correctamente luego de atender al paciente. <b>VER AYUDA TB-03-10</b>                                                                | PI                                          |              |       |
|                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                     | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                     |                                             |              |       |

## VER AYUDA:

| TB-03-01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | TB-03-05                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(1) Enfermedad cardíaca<br/>(2) Hipertensión arterial<br/>(3) Enfermedades transmisibles prevalentes en la zona<br/>(4) Enfermedad hepática<br/>(5) Enfermedad renal<br/>(6) Diabetes<br/>(7) Trastornos neurológicos</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>(1) La protección respiratoria usada conjuntamente con las medidas de protección administrativa y es de uso exclusivo en áreas de alto riesgo<br/>(2) Los respiradores deben ajustarse a la cara de la persona evitando fugas en los bordes.<br/>(3) Es importante realizar una prueba de ajuste del respirador. (la forma del rostro, la barba etc., impiden un buen ajuste)<br/>(4) El establecimiento de salud debe tener diferentes tipos y tamaños de respiradores para asegurar la protección respiratoria de todos los trabajadores de salud que se encuentren en riesgo<br/>(5) Es importante la conservación del respirador: no colgar, no doblar, guardar dentro de una caja de cartón o bolsa de papel, para evitar humedad</p> |
| TB-03-10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>Lavado de manos con agua corriente y jabón: (1) Mojar las manos completamente. (2) Aplicar un jabón sencillo (no es necesario un agente antiséptico). (3) Frotar vigorosamente todas las áreas de la mano incluyendo los dedos al mismo tiempo, por los menos durante 10 a 15 segundos, prestando atención a las áreas bajo las uñas y entre los dedos. (4) Enjuagar completamente con agua limpia. (5) Secar las manos con una toalla de papel y usar este mismo papel para cerrar la llave. (6) Proceder a realizar la atención o el procedimiento programado<br/>Se lava las manos con alcohol glicerinado: (1) Aplicar suficiente alcohol glicerinado para cubrir la superficie de las manos y dedos (aproximadamente una cucharadita). (2) Frotar la solución vigorosamente sobre las manos. (3) Proceder a realizar la atención o el procedimiento programado</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| BUENA PRÁCTICA TB-04 El proveedor/a diagnostica y maneja Tuberculosis en adultos correctamente al inicio del tratamiento. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             |              |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de Tuberculosis.                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             |              |       |
| Nº                                                                                                                        | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                        | Califica el caso de TB (localización, antecedentes de tratamiento, valoración de riesgo de resistencia a medicamentos, condición bacteriológica y compromiso radiológico) según nivel de complejidad del establecimiento                                                                                               | HAC                                         |              |       |
| 02                                                                                                                        | Determina el esquema de tratamiento y da indicaciones de acuerdo a las normas vigentes, enfatizando que el tratamiento es estrictamente supervisado. <b>VER AYUDA TB-04-02</b>                                                                                                                                         | HAC                                         |              |       |
| 03                                                                                                                        | Explica que el diagnóstico y tratamiento antituberculosis es gratuito e informa a la persona con TB sobre el tratamiento, posibles efectos adversos y control bacteriológico mensual                                                                                                                                   | IU                                          |              |       |
| 04                                                                                                                        | Explica sobre medidas para prevenir el contagio a otras personas en su domicilio: cubrirse la boca al toser, eliminación adecuada de esputo, ventilación natural de la vivienda, entre otros                                                                                                                           | IU                                          |              |       |
| 05                                                                                                                        | Recolecta información inmediata sobre contactos TB del usuario, intra y extra domiciliario: familia, centro de trabajo, centro de estudio y/o comunidad: VERIFICAR en la tarjeta de administración y control de tratamiento                                                                                            | HAC                                         |              |       |
| 06                                                                                                                        | Pregunta por tipos y cantidades de alimentos ingeridos y el uso de suplementos nutritivos y de otros medicamentos, coordina la entrega de alimentos del Programa de Apoyo Nutricional y da recomendaciones para mejorar la alimentación del usuario con TB                                                             | HAC                                         |              |       |
| 07                                                                                                                        | Pregunta al usuario si es portador de alguna condición médica mayor. <b>VER AYUDA TB-04-07</b>                                                                                                                                                                                                                         | HAC                                         |              |       |
| 08                                                                                                                        | Pregunta a la usuaria si usa anticonceptivos orales, y brinda orientación sobre el método apropiado. Si es gestante, explica sobre la importancia del tratamiento y controles prenatales (riesgo-beneficio). Si es madre que da lactancia materna, sobre protección respiratoria para proteger al bebé. (Verificar HC) | HAC                                         |              |       |
| 09                                                                                                                        | Indica control bacteriológico mensual (Baciloscopia y Cultivo de acuerdo a norma técnica)                                                                                                                                                                                                                              | HAC                                         |              |       |
| 10                                                                                                                        | Obtiene el consentimiento informado con la firma respectiva del paciente, familiar u otro, para iniciar el tratamiento                                                                                                                                                                                                 | IU                                          |              |       |
| 11                                                                                                                        | Explica al usuario, o persona a cargo, la importancia de tomar los medicamentos indicados: nombres, número de medicamentos y duración del tratamiento                                                                                                                                                                  | IU                                          |              |       |
| 12                                                                                                                        | Explica al usuario que es necesario que todos los días (excepto domingos) el personal de salud observe directamente la ingesta de sus medicamentos                                                                                                                                                                     | IU                                          |              |       |
| 13                                                                                                                        | Explica que los medicamentos antituberculosis podrían causar efectos colaterales. De presentarse, debe buscar ayuda en el servicio en forma inmediata y explica que el tratamiento solo puede ser suspendido, interrumpido o modificado por el médico en caso de intolerancia o toxicidad severa                       | IU                                          |              |       |
| 14                                                                                                                        | Cumple con observar directamente la administración de los medicamentos en boca                                                                                                                                                                                                                                         | HAC                                         |              |       |
| 15                                                                                                                        | Explica el riesgo que representa abandonar el tratamiento e identifica factores que pueden poner en riesgo la adherencia del usuario al tratamiento, y busca soluciones junto con el usuario y su familia                                                                                                              | HAC                                         |              |       |
| 16                                                                                                                        | Deriva a los servicios de psicología, nutrición y social según norma técnica vigente                                                                                                                                                                                                                                   | HAC                                         |              |       |
| 17                                                                                                                        | Registra la administración del tratamiento en forma diaria en la tarjeta correspondiente y formatos HIS                                                                                                                                                                                                                | GLS                                         |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |

VER AYUDA:

| TB-04-02                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TB-04-07                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Tratamiento estándar para TB, Esquema uno:</b></p> <p>(1) Duración 6 meses (82 dosis).</p> <p>(2) Primera fase: duración 2 meses, frecuencia diaria excepto domingos, administración de: 2 cápsulas Rifampicina 300 mg, 3 tabletas de Isoniacida 100 mg, 3 tabletas de Pirazinamida 500 mg y 3 tabletas de Etambutol 400 mg</p> <p>(3) Segunda fase: duración 4 meses (32 dosis), frecuencia dos veces por semana, administración de: 2 cápsulas de Rifampicina 300 mg y 8 tabletas de Isoniacida 100 mg</p> <p>(4) En personas de menos de 50 kg de peso las dosis se administran en relación con el peso. En la primera fase la dosis es: Rifampicina 10 mg/kg por día hasta un máximo de 600 mg; Isoniacida 5 mg/kg/día hasta un máximo de 300 mg; Pirazinamida 25 mg/kg/día hasta un máximo de 1.5 g y Etambutol 20 mg/kg/día hasta un máximo de 1.2 g. En la segunda fase la dosis es: Rifampicina 10 mg/kg/día e Isoniacida 15 mg/kg/día</p> | <p>(1) Enfermedad cardíaca</p> <p>(2) Hipertensión arterial</p> <p>(3) Enfermedades transmisibles prevalentes en la zona</p> <p>(4) Enfermedad hepática</p> <p>(5) Enfermedad renal</p> <p>(6) Diabetes</p> <p>(7) Trastornos neurológicos</p> |

| BUENA PRÁCTICA TB-05 El proveedor/a maneja Tuberculosis SENSIBLE en adultos correctamente en las consultas de seguimiento. (Verificar en las tarjetas de tratamiento) |                                                                                                                                                                                                                         |     |              |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de Tuberculosis.                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                         |     |              |       |
| N°                                                                                                                                                                    | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                               | CD  | Verificación |       |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                         |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                                    | Realiza evaluación clínica al cambio de fase del tratamiento                                                                                                                                                            | HAC |              |       |
| 02                                                                                                                                                                    | Realiza evaluación clínica, bacteriológica y radiológica según nivel de complejidad del establecimiento                                                                                                                 | HAC |              |       |
| 03                                                                                                                                                                    | Evalúa la regularidad del tratamiento en la ficha de tratamiento respectiva                                                                                                                                             | GLS |              |       |
| 04                                                                                                                                                                    | Informa al usuario sobre su condición médica al momento de la evaluación                                                                                                                                                | IU  |              |       |
| 05                                                                                                                                                                    | Refuerza la educación sanitaria al usuario                                                                                                                                                                              | IU  |              |       |
| 06                                                                                                                                                                    | Evalúa los factores de riesgo para drogo-resistencia                                                                                                                                                                    | RPU |              |       |
| 07                                                                                                                                                                    | El médico realiza la consulta para el alta del usuario                                                                                                                                                                  | HAC |              |       |
| 08                                                                                                                                                                    | Evalúa en clínica, radiológica y bacteriológicamente en la consulta de alta                                                                                                                                             | HAC |              |       |
| 09                                                                                                                                                                    | Verifica el cumplimiento del tratamiento completo y el resultado de BK directo y/o cultivo para determinar condición de egreso del usuario                                                                              | GLS |              |       |
| 10                                                                                                                                                                    | Le explica la necesidad que acuda al establecimiento de salud si presenta reaparición de la sintomatología respiratoria (tos con expectoración por más de 15 días) especialmente durante los siguientes 6 meses de alta | IU  |              |       |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                         |     |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                         |     |              |       |

| BUENA PRÁCTICA TB-06 El proveedor/a realiza un seguimiento adecuado al usuario en tratamiento antituberculosis. |                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |              |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de Tuberculosis.                                                          |                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |              |       |
| N°                                                                                                              | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                          | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                    |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                              | Refiere al usuario al consultorio de medicina para evaluación clínica según corresponda                                                                                                                                            | HAC                                         |              |       |
| 02                                                                                                              | Cuenta con un registro de la visita domiciliar realizada a los usuarios que no asisten a recibir tratamiento en forma regular                                                                                                      | HAC                                         |              |       |
| 03                                                                                                              | Realiza control bacteriológico en forma mensual a los usuarios en tratamiento antituberculosis (verificar en tarjeta de tratamiento e HC del paciente)                                                                             | HAC                                         |              |       |
| 04                                                                                                              | Realiza seguimiento a usuario en tratamiento antituberculosis con sospecha de fracaso. <b>VER AYUDA TB-06-04</b>                                                                                                                   | HAC                                         |              |       |
| 05                                                                                                              | Solicita pruebas de laboratorio: TGO/TGP a todo usuario que presenta reacciones adversas a fármacos antituberculosis                                                                                                               | HAC                                         |              |       |
| 06                                                                                                              | Realiza la Referencia de las Personas Afectadas por Tuberculosis cuando presenta reacciones adversas según nivel de complejidad (verificar en HC y en el cuaderno de referencias y contrarreferencia del establecimiento de salud) | GLS                                         |              |       |
| 07                                                                                                              | Realiza notificación de reacciones adversas a fármacos antituberculosis (verificar en HC si existe el formato de notificación)                                                                                                     | GLS                                         |              |       |
|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                    | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |              |       |

VER AYUDA:

| TB-06-04                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(1) Contacto de persona TB-MDR confirmada con prueba de sensibilidad</p> <p>(2) alguna condición de inmunosupresión: coinfección VIH, diabetes mellitus, tratamiento crónico con corticoides, otras condiciones de inmunosupresión</p> <p>(3) Recaida en menos de 6 meses de egresar como curado de esquema uno o dos de tratamiento</p> <p>(4) Persona con TB multitratada</p> <p>(5) Personal de salud activo o cesante, estudiantes de ciencias de la salud</p> <p>(6) Promotores de salud que trabajan en TB</p> <p>(7) Residencia en los últimos 2 años en zona de elevada prevalencia de TB-MDR</p> | <p>(8) Población privada de su libertad o con antecedentes de ello</p> <p>(9) Trabajador de establecimientos penitenciarios</p> <p>(10) Contacto de paciente fallecido por TB</p> <p>(11) Pacientes con antecedente de tratamiento particular y/o auto administrado</p> <p>(12) Paciente con antecedente de abandono al tratamiento antituberculoso</p> <p>(13) Antecedente de hospitalización previa por más de una semana y por cualquier motivo por lo menos una vez en los últimos 2 años</p> <p>(14) Tratamiento previo con presencia de RAFA que obligó a cambio de dosis</p> <p>(15) Contacto de persona con TB que fracasó al tratamiento</p> |

| BUENA PRÁCTICA N° TB-07 El proveedor/a cuenta con criterios para atender casos especiales y/o referidos y realiza evaluaciones especiales. (Entrevista con coordinador de estrategia y verificación en historia clínica).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |              |    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de Tuberculosis.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |              |    |    |
| N°                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                             | CD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Verificación |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Conoce los criterios establecidos en la Norma Técnica de Salud para el Control de Tuberculosis para manejo en personas con riesgo de morir. <b>VER AYUDA TB-07-01</b> | HAC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |    |    |
| 02                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Cuenta con estrategias establecidas para recuperar usuarios que no logran adherencia adecuada al tratamiento (Verificar documento)                                    | GLS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |    |    |
| 03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | El sistema de referencia y contra referencia es efectivo. <b>VER AYUDA TB-07-03</b>                                                                                   | GLS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |    |    |
| 04                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Evalúa cuando hay evolución clínica desfavorable (bacteriológica, radiológica u otras)                                                                                | HAC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |    |    |
| 05                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Evalúa cuando hay irregularidad en el tratamiento                                                                                                                     | HAC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |    |    |
| 06                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Evalúa cuando hay riesgo de abandono                                                                                                                                  | HAC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |    |    |
| 07                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Evalúa cuando hay presentación de RAFA u otras complicaciones                                                                                                         | HAC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |    |    |
| 08                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Evalúa cuando hay presentación de otras comorbilidades (diabetes, infección VIH, entre otros)                                                                         | HAC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |    |    |
| 09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Evalúa en caso de embarazo                                                                                                                                            | HAC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       | <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              |    |    |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |              |    |    |
| <b>VER AYUDA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |              |    |    |
| <b>TB-07-01</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       | <b>TB-07-03</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |              |    |    |
| <p>Relacionados al paciente:</p> <p>(1) desnutrición severa. (2) deficiencia inmunológica</p> <p>(3) comorbilidad VIH SIDA. (4) farmacodependencia. (5) diabetes descompensada. (6) insuficiencia hepática. (7) insuficiencia renal. (8) infecciones sobreagregadas</p> <p>(9) negativa a recibir tratamiento. (10) abandono reiterativo del tratamiento</p> <p><b>Relacionados a los servicios de salud:</b></p> <p>(1) diagnóstico tardío y demora en el inicio de la terapéutica. (2) esquemas de tratamiento inadecuados. (3) inadecuada calificación inicial y riesgo de morir por TB. (4) inadecuada aplicación de la estrategia DOTS. (5) infraestructura y equipamientos inadecuados. (6) sistema logístico deficiente (medicamentos, insumos de laboratorio y otros). (7) discriminación en la atención de pacientes con TB en los servicios de emergencia y cuidados intensivos. (8) tratamientos particulares inadecuados</p> |                                                                                                                                                                       | <p>Enviar a la persona con TB a un establecimiento de mayor complejidad para resolver un problema de diagnóstico o tratamiento. La persona referida debe ir acompañada por un personal de salud, con la hoja de referencia firmada por médico tratante. Detallar el problema diagnosticado y/o terapéutico, antecedentes de importancia, tratamiento recibido, resultados de laboratorio y exámenes radiográficos si fuera necesario</p> <p>La contra-referencia consiste en el envío de una persona con tuberculosis luego de la evaluación en el establecimiento de mayor complejidad a su establecimiento de origen. Debe ir acompañada de la hoja de contra referencia firmada por médico que brindó la atención. Debe detallar la evaluación realizada, el tratamiento indicado y las recomendaciones</p> |              |    |    |

| BUENA PRÁCTICA TB-08 El proveedor/a realiza la toma y envío de muestra en forma adecuada para detección de casos de Tuberculosis. |                                                                                                                                                                                                                |     |              |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de Tuberculosis.                                                                            |                                                                                                                                                                                                                |     |              |       |
| N°                                                                                                                                | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                      | CD  | Verificación |       |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                | Explica al usuario la necesidad de tomar muestras de esputo, indicando la forma cómo hacerlo, le entrega el frasco y verifica los datos en la orden y lo orienta para que vaya a la unidad tomadora de muestra | IU  |              |       |
| 02                                                                                                                                | Usa guantes para la manipulación de la muestra de esputo                                                                                                                                                       | PI  |              |       |
| 03                                                                                                                                | Toma muestra de esputo siguiendo procedimientos normados. <b>VER AYUDA TB-08-03</b>                                                                                                                            | HAC |              |       |
| 04                                                                                                                                | Asegura bien el frasco con la muestra, verifica los datos del paciente y lo coloca en un lugar que asegure ventilación adecuada y cumplimiento de medidas de bioseguridad                                      | GLS |              |       |
| 05                                                                                                                                | Coloca el recipiente en cajas de bioseguridad, las que permanecen tapadas, para transportarlo al laboratorio                                                                                                   | PI  |              |       |
| 06                                                                                                                                | Se quita los guantes y los desecha en recipientes para material contaminado                                                                                                                                    | PI  |              |       |
| 07                                                                                                                                | Realiza higiene de manos después de manipular el envase con muestra de esputo. <b>VER AYUDA TB-08-07</b>                                                                                                       | PI  |              |       |
| 08                                                                                                                                | Explica al usuario próximos pasos: segunda muestra o entrega de resultados                                                                                                                                     | IU  |              |       |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                |     |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                |     |              |       |

| TB-08-03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | TB-08-07                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Consideraciones para obtener una muestra adecuada:</p> <p>Calidad de muestra de esputo: Una buena muestra de esputo es aquella que proviene del árbol bronquial y es obtenida después de un esfuerzo de tos</p> <p>Cantidad de muestra: Para ser considerada suficiente debe tener un volumen aproximado de 5 ml. Si el paciente tiene escasa secreción indicar que produzca 3 expectoraciones más en el mismo envase hasta que obtenga la cantidad suficiente</p> | <p><b>Lavado las manos con agua corriente y jabón:</b> (1) Mojar las manos completamente. (2) Aplicar un jabón sencillo (no es necesario un agente antiséptico). (3) Frotar vigorosamente todas las áreas de la mano incluyendo los dedos al mismo tiempo, por los menos durante 10 a 15 segundos, prestando atención a las áreas bajo las uñas y entre los dedos. (4) Enjuagar completamente con agua limpia. (5) Secar las manos con una toalla de papel y usar este mismo papel para cerrar la llave. (6) Proceder a realizar la atención o el procedimiento programado</p> <p><b>Lavado las manos con alcohol glicerinado:</b> (1) Aplicar suficiente alcohol glicerinado para cubrir la superficie de las manos y dedos (aproximadamente una cucharadita). (2) Frotar la solución vigorosamente sobre las manos. (3) Proceder a realizar la atención o el procedimiento programado</p> |

| BUENA PRÁCTICA TB-09 El proveedor/a identifica signos, síntomas, factores epidemiológicos y de riesgo que permiten diagnosticar Tuberculosis en niños. (Observar y/o verificar en la Historia Clínica). |                                                                                                                                                                             |                                             |              |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de Tuberculosis.                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                             |                                             |              |       |
| Nº                                                                                                                                                                                                      | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                   | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                             |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                                                                      | Explora por antecedente epidemiológico de contacto con TB los 2 años previos                                                                                                | HAC                                         |              |       |
| 02                                                                                                                                                                                                      | Pregunta por pérdida de peso o retardo de crecimiento inexplicable, decaimiento, sudoración nocturna                                                                        | HAC                                         |              |       |
| 03                                                                                                                                                                                                      | Pregunta por presencia de fiebre inexplicable, especialmente cuando dura más de 15 días                                                                                     | HAC                                         |              |       |
| 04                                                                                                                                                                                                      | Pregunta por presencia de tos de más de 15 días de duración                                                                                                                 | HAC                                         |              |       |
| 05                                                                                                                                                                                                      | Pregunta por presencia de contacto con un adulto con sospecha o diagnóstico de TB actual                                                                                    | HAC                                         |              |       |
| 06                                                                                                                                                                                                      | Examina y ausculta ambos hemitórax.                                                                                                                                         | HAC                                         |              |       |
| 07                                                                                                                                                                                                      | Examina en busca de ganglios palpables no dolorosos o con abscesos especialmente en el cuello                                                                               | HAC                                         |              |       |
| 08                                                                                                                                                                                                      | Pregunta por irritabilidad, somnolencia, cambio de conducta, signos de meningitis, especialmente cuando el líquido céfalo-raquídeo contiene linfocitos y proteínas elevadas | HAC                                         |              |       |
| 09                                                                                                                                                                                                      | Pregunta o explora por diarrea, distensión abdominal                                                                                                                        | HAC                                         |              |       |
| 10                                                                                                                                                                                                      | Examina por inflamación o deformidad progresiva de algún hueso o articulación, incluyendo la columna vertebral                                                              | HAC                                         |              |       |
| 11                                                                                                                                                                                                      | Revisa el resultado de PPD o solicita ésta prueba si no se ha aplicado                                                                                                      | HAC                                         |              |       |
| 12                                                                                                                                                                                                      | Realiza la referencia del niño con sospecha de TB al nivel inmediato (Verificar en el Libro de Registro de Referencia y Contrarreferencia del establecimiento de salud)     | GLS                                         |              |       |
| 13                                                                                                                                                                                                      | Solicita cultivo confirmatorio en todos los casos                                                                                                                           | HAC                                         |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                             | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |

| BUENA PRÁCTICA TB-10 El proveedor/a da prioridad a la atención de niños que son contacto de usuario con diagnóstico de Tuberculosis (evaluación de contactos). |                                                                                                                                                                                                                             |     |              |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de Tuberculosis.                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                             |     |              |       |
| Nº                                                                                                                                                             | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                   | CD  | Verificación |       |
|                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                             |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                             | Solicita al usuario con diagnóstico de TB que lleve lo antes posible a los menores de 19 años que sean contacto para evaluación médica correspondiente: clínico, epidemiológico, bacteriológico, inmunológico y radiológico | IU  |              |       |
| 02                                                                                                                                                             | Solicita radiografía de tórax a los niños con sospecha de TB, según norma técnica vigente                                                                                                                                   | HAC |              |       |
| 03                                                                                                                                                             | Indica quimioprofilaxis con Isoniacida a todos los menores de edad contactos de persona con diagnóstico de TBP, en los que se ha descartado la enfermedad activa, según norma técnica vigente                               | HAC |              |       |
| 04                                                                                                                                                             | Recolecta muestras de los sintomáticos respiratorios en la visita domiciliaria o en la evaluación médica                                                                                                                    | GLS |              |       |
| 05                                                                                                                                                             | Obtiene la segunda muestra del contacto que no regresa al establecimiento                                                                                                                                                   | GLS |              |       |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                             |     |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                             |     |              |       |

| BUENA PRÁCTICA TB-11 El proveedor/a cumple las medidas de Control de Infecciones en Establecimientos de Salud (Control Administrativo, Ambiental y Protección Personal). |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de Tuberculosis.                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |
| Nº                                                                                                                                                                       | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CD                                          | Verificación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |    |
|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NO | NA |
| 01                                                                                                                                                                       | Atiende y entrega tratamientos en ambientes amplios, ventilados y con ubicación adecuada                                                                                                                                                                                                                                                                                           | GLS                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |
| 02                                                                                                                                                                       | Realiza medidas de control administrativo para reducir la exposición del trabajador de salud y de los pacientes. <b>VER AYUDA TB-11-02</b>                                                                                                                                                                                                                                         | GLS                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |
| 03                                                                                                                                                                       | Identifica áreas o servicios de riesgo a través de la señalización respectiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PI                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |
| 04                                                                                                                                                                       | Aplica pautas de separación o de aislamiento hospitalario en personas con TB frotis positivo y TB MDR y personas con asociación TB-VIH y SIDA (según categoría del establecimiento)                                                                                                                                                                                                | PI                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |
| 05                                                                                                                                                                       | Evita la circulación de personas diagnosticadas con TBP frotis positivo en los pasillos del establecimiento de salud sin protección respiratoria (mascarillas quirúrgicas descartables)                                                                                                                                                                                            | PI                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |
| 06                                                                                                                                                                       | Atiende a las personas diagnosticadas con TB en ambientes con ventilación natural (ventanas amplias y abiertas) que proporciona un adecuado flujo y recambio de aire                                                                                                                                                                                                               | GLS                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |
| 07                                                                                                                                                                       | Utiliza medidas de protección respiratoria personal. Usa respirador de tipo N95 en forma adecuada <b>VER AYUDA TB-11-07</b>                                                                                                                                                                                                                                                        | PI                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |
| 08                                                                                                                                                                       | El personal de salud tiene un examen anual de radiografía de tórax                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PI                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |
| 09                                                                                                                                                                       | Se realiza control anual de despistaje de tuberculosis en el personal del establecimiento de salud; según el plan de control de infecciones del establecimiento                                                                                                                                                                                                                    | GLS                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |
| 10                                                                                                                                                                       | Realiza higiene de manos antes y después de atender al usuario con TB                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PI                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |
| VER AYUDA:                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |    |
| TB-11-02                                                                                                                                                                 | Las medidas de control administrativo son:<br>(1) Diagnóstico precoz de pacientes con TB potencialmente infecciosa. (2) Separación o aislamiento inmediato de los pacientes con TB infecciosa. (3) Inicio inmediato del tratamiento directamente supervisado. (4) Evaluación del riesgo de transmisión en el establecimiento. (5) Elaboración de un plan de control de infecciones | TB-11-07                                    | (1) La protección respiratoria usada conjuntamente con las medidas de protección administrativa y es de uso exclusivo en áreas de alto riesgo<br>(2) Los respiradores deben ajustarse a la cara de la persona evitando fugas en los bordes<br>(3) Es importante realizar una prueba de ajuste del respirador. (la forma del rostro, la barba etc., impiden un buen ajuste)<br>(4) El establecimiento de salud debe tener diferentes tipos y tamaños de respiradores para asegurar la protección respiratoria de todos los trabajadores de salud que se encuentren en riesgo<br>(5) Es importante la conservación del respirador: no colgar, no doblar, guardar dentro de una caja de cartón o bolsa de papel, para evitar humedad |    |    |

| BUENA PRÁCTICA TB-12 El proveedor/a cuenta con infraestructura y equipo de laboratorio adecuado, según las Normas de Bioseguridad. |                                                                                                                                                              |    |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de Tuberculosis.                                                                             |                                                                                                                                                              |    |              |       |
| Nº                                                                                                                                 | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                    | CD | Verificación |       |
|                                                                                                                                    |                                                                                                                                                              |    | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                 | Cuenta con un ambiente ventilado e iluminado con servicio de agua y luz                                                                                      | PI |              |       |
| 02                                                                                                                                 | La mesa de trabajo está confeccionada de material sólido con superficie lisa de fácil desinfección, superficie resistente al fenol 5% o al hipoclorito al 1% | PI |              |       |
| 03                                                                                                                                 | Las paredes y pisos son de material lavable, lisos y facilitan la limpieza con soluciones desinfectantes                                                     | PI |              |       |
| 04                                                                                                                                 | Cuenta con una pileta/lavabo para hacer coloraciones y otra para el lavado de manos (preferentemente ubicada cerca de la salida del laboratorio)             | PI |              |       |
| 05                                                                                                                                 | Cuenta con un extintor de fecha de expiración vigente                                                                                                        | PI |              |       |
| 06                                                                                                                                 | Cuenta con puerta(s) y ventanas con cierre hermético para evitar filtraciones de aire cuando se procesan las muestras                                        | PI |              |       |
| 07                                                                                                                                 | Tiene la señal de peligro biológico en las puertas del laboratorio y restringe el acceso al personal                                                         | PI |              |       |
| 08                                                                                                                                 | Cuenta con un área de uso exclusivo para procesar las muestras para Mycobacterium tuberculosis                                                               | PI |              |       |
| 09                                                                                                                                 | Cuenta con mechero de Bunsen para la realización de baciloscopia.                                                                                            | PI |              |       |
| 10                                                                                                                                 | Si realiza cultivos, cuenta con sistema de extracción de aire y/o cabina de flujo laminar certificada                                                        | PI |              |       |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                                                        |                                                                                                                                                              |    |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                       |                                                                                                                                                              |    |              |       |

| BUENA PRÁCTICA TB-13 El proveedor/a de laboratorio cumple las medidas de bioseguridad. |                                                                                                                                                                      |                                             |              |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de Tuberculosis.                                 |                                                                                                                                                                      |                                             |              |       |
| N°                                                                                     | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                            | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                        |                                                                                                                                                                      |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                     | El personal de laboratorio mientras permanece en su servicio utiliza correctamente el mandil de manga larga, respirador N95 y guantes                                | PI                                          |              |       |
| 02                                                                                     | El laboratorio cuenta con un stock adecuado de respiradores N95, guantes y mandilones                                                                                | GLS                                         |              |       |
| 03                                                                                     | El personal de laboratorio solo usa el mandil en su servicio (no se desplaza con mandil fuera del laboratorio)                                                       | PI                                          |              |       |
| 04                                                                                     | Cuenta regularmente con Fenol al 5%, para la desinfección de la mesa de trabajo y la eliminación de material altamente patógeno (esputo y otros líquidos corporales) | GLS                                         |              |       |
| 05                                                                                     | Realiza el proceso de extendido de la muestra en forma adecuada, verificar con los informes de control de calidad de láminas                                         | PI                                          |              |       |
| 06                                                                                     | Desecha los aplicadores en un frasco con hipoclorito al 1% y éste a su vez es autoclavado o incinerado                                                               | PI                                          |              |       |
| 07                                                                                     | Evita corrientes de aire externo cuando procesa las muestras de esputo cerrando puertas y ventanas                                                                   | PI                                          |              |       |
|                                                                                        |                                                                                                                                                                      | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                           |                                                                                                                                                                      |                                             |              |       |

| BUENA PRÁCTICA TB-14 El proveedor/a de laboratorio controla la calidad de sus procesos y cuenta con equipo y reactivos necesarios. |                                                                                                                                                     |     |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de Tuberculosis.                                                                             |                                                                                                                                                     |     |              |       |
| Nº                                                                                                                                 | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                           | CD  | Verificación |       |
|                                                                                                                                    |                                                                                                                                                     |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                 | Emitir todos los resultados de baciloscopia dentro de las 24 horas de recibida la muestra                                                           | GLS |              |       |
| 02                                                                                                                                 | Cuenta con colorantes en frascos color ámbar para la realización de la coloración de Ziehl Nielsen y registra la fecha de preparación y vencimiento | GLS |              |       |
| 03                                                                                                                                 | Cuenta con los insumos y materiales necesarios para procesamiento de muestras para baciloscopías y cultivos de acuerdo a nivel de complejidad       | GLS |              |       |
| 04                                                                                                                                 | Tiene mechero de Bunsen en correcto estado de funcionamiento                                                                                        | GLS |              |       |
| 05                                                                                                                                 | Cuenta con microscopio con objetivo de inmersión en buenas condiciones que recibe mantenimiento preventivo por lo menos una vez por año             | GLS |              |       |
| 06                                                                                                                                 | Elimina los desechos en depósitos de basura según la clasificación estandarizada con bolsa roja y negra                                             | PI  |              |       |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                                                        |                                                                                                                                                     |     |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                       |                                                                                                                                                     |     |              |       |

| BUENA PRÁCTICA TB-15 El proveedor/a cumple con el tratamiento autorizado. |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             |              |       |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de Tuberculosis.                    |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             |              |       |
| Nº                                                                        | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                              | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                        | Administra un esquema de tratamiento aprobado por el CERI                                                                                                                                                                                              | HAC                                         |              |       |
| 02                                                                        | Verifica que desde la evaluación del CERI hasta el inicio del tratamiento no transcurran más de 5 días                                                                                                                                                 | GLS                                         |              |       |
| 03                                                                        | Brinda educación sanitaria sobre TB MDR (importancia de la prueba de sensibilidad, administración de tratamiento supervisado, frecuencia de exámenes auxiliares e interconsultas, orientación sobre medicamentos a utilizar y las reacciones adversas) | HAC                                         |              |       |
| 04                                                                        | Elabora el cronograma para la realización de pruebas de laboratorio e interconsultas necesarias                                                                                                                                                        | GLS                                         |              |       |
| 05                                                                        | Registra al paciente en el libro de registro y seguimiento y abre la tarjeta de control y administración de medicamentos                                                                                                                               | GLS                                         |              |       |
| 06                                                                        | Notifica por vía regular en un plazo máximo de 72 horas a la unidad técnica de TB MDR el inicio del tratamiento utilizando la ficha de notificaciones para TB MDR                                                                                      | GLS                                         |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                              |                                                                                                                                                                                                                                                        | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |

| BUENA PRÁCTICA TB-16 El proveedor/a realiza seguimiento para el diagnóstico de TB MDR. |                                                                                                                                                                                                             |                                             |              |    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de Tuberculosis.                                 |                                                                                                                                                                                                             |                                             |              |    |    |
| N°                                                                                     | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                   | CD                                          | Verificación |    |    |
|                                                                                        |                                                                                                                                                                                                             |                                             | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                     | Sospecha de TB-MDR frente a fracaso a esquema uno, recaída, multitratado o fracaso temprano                                                                                                                 | HAC                                         |              |    |    |
| 02                                                                                     | Indica cultivo y prueba de sensibilidad al usuario en forma oportuna                                                                                                                                        | HAC                                         |              |    |    |
| 03                                                                                     | Llena correctamente la solicitud de investigación bacteriológica indicando en observaciones la condición por la cual amerita que la muestra del paciente sea derivada para cultivo y prueba de sensibilidad | GLS                                         |              |    |    |
| 04                                                                                     | Envía al usuario a interconsulta con el médico consultor de la jurisdicción, acompañado de un personal de salud                                                                                             | GLS                                         |              |    |    |
| 05                                                                                     | Confirma que el médico consultor evalúe al paciente                                                                                                                                                         | HAC                                         |              |    |    |
| 06                                                                                     | Verifica el envío oportuno de las muestras para cultivo y prueba de sensibilidad                                                                                                                            | GLS                                         |              |    |    |
| 07                                                                                     | Coordina con los miembros del equipo la preparación del expediente técnico para el CER  o al Comité de Evaluación de Retratamiento Nacional si la situación lo amerita                                      | GLS                                         |              |    |    |
| 08                                                                                     | Obtiene la firma del paciente para el consentimiento informado                                                                                                                                              | IU                                          |              |    |    |
| 09                                                                                     | Dispone del Acta de aprobación de retratamiento                                                                                                                                                             | GLS                                         |              |    |    |
| 10                                                                                     | Cumple de las indicaciones del médico consultor en la HC del usuario                                                                                                                                        | GLS                                         |              |    |    |
| 11                                                                                     | Realiza la visita domiciliaria para confirmar domicilio, actualizar censo de contactos e identificar condiciones de saneamiento básico y el entorno familiar                                                | GLS                                         |              |    |    |
|                                                                                        |                                                                                                                                                                                                             | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                           |                                                                                                                                                                                                             |                                             |              |    |    |

| BUENA PRÁCTICA TB-17 El médico tratante realiza evaluación, seguimiento y monitoreo mensual del paciente con TB MDR. (Revisar HC) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                             |              |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|----------|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de Tuberculosis.                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                             |              |          |
| N°                                                                                                                                | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CD                                          | Verificación |          |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                             | SI           | NO<br>NA |
| 01                                                                                                                                | Realiza evaluaciones mensuales mientras el paciente se encuentra en tratamiento con inyectable                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | HAC                                         |              |          |
| 02                                                                                                                                | Evalúa al paciente en situaciones de deterioro clínico y/o radiológico u otras complicaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | HAC                                         |              |          |
| 03                                                                                                                                | En cada consulta, realiza una revisión dirigida de los sistemas a fin de evaluar alteraciones hidroelectrolíticas; dificultad respiratoria; intolerancia gastrointestinal; audición, alteración de la audición, función hepática o renal; presencia de problemas endocrinos, ansiedad, depresión y otros trastornos de tipo neuropsiquiátrico, de ser necesario solicitar pruebas rutinarias de monitoreo de laboratorio | HAC                                         |              |          |
| 04                                                                                                                                | Diagnostica, notifica y maneja las reacciones adversas a los fármacos antituberculosos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | HAC                                         |              |          |
| 05                                                                                                                                | Coordina con el nivel nacional para el inicio inmediato de retratamiento de la persona con TB MDR en condición crítica                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | GLS                                         |              |          |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |          |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                             |              |          |

| BUENA PRÁCTICA TB-18 El proveedor/a realiza seguimiento del tratamiento del paciente con TB MDR. (Revisar HC). |                                                                                                                                      |     |              |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de Tuberculosis.                                                         |                                                                                                                                      |     |              |       |
| Nº                                                                                                             | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                            | CD  | Verificación |       |
|                                                                                                                |                                                                                                                                      |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                             | Solicita controles mensuales de baciloscopía y cultivo                                                                               | HAC |              |       |
| 02                                                                                                             | Da seguimiento al resultado de la prueba de sensibilidad                                                                             | GLS |              |       |
| 03                                                                                                             | Valora las reacciones adversas y cambios en el peso                                                                                  | HAC |              |       |
| 04                                                                                                             | Realiza entrevistas de seguimiento en forma mensual mientras dure el tratamiento con inyectable y posteriormente en forma trimestral | IU  |              |       |
| 05                                                                                                             | Programa las consultas con el médico consultor hasta concluir el tratamiento                                                         | GLS |              |       |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                                    |                                                                                                                                      |     |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                   |                                                                                                                                      |     |              |       |

| BUENA PRÁCTICA TB-19 El proveedor/a cumple con las buenas prácticas de almacenamiento y dispensación, según normatividad vigente. |                                                                                                                                                                                                 |                                                    |              |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de Tuberculosis.                                                                            |                                                                                                                                                                                                 |                                                    |              |       |
| Nº                                                                                                                                | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                       | CD                                                 | Verificación |       |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                 |                                                    | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                | El personal de farmacia identifica, verifica la fecha de vencimiento y utiliza primero los medicamentos que tienen fecha de expiración próxima                                                  | GLS                                                |              |       |
| 02                                                                                                                                | El responsable de farmacia supervisa el cumplimiento de las buenas prácticas de almacenamiento de los medicamentos en la farmacia y en la estrategia de tuberculosis. <b>VER AYUDA TB-19-02</b> | GLS                                                |              |       |
| 03                                                                                                                                | El responsable de la Estrategia coordina oportunamente con el responsable de farmacia el requerimiento de medicamentos (Verificar el documento de requerimiento)                                | GLS                                                |              |       |
| 04                                                                                                                                | Responsable de farmacia informa oportunamente al responsable de la Estrategia TB, sobre ingresos, consumo y fechas de vencimiento de los medicamentos que maneja la estrategia                  | GLS                                                |              |       |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                               |                                                                                                                                                                                                 | <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b> |              |       |

**VER AYUDA:**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>TB-19-02: Buenas Prácticas de Almacenamiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las áreas de almacenamiento deben tener dimensiones apropiadas que permitan una organización correcta de los insumos y productos, evite confusiones y riesgos de contaminación y permita una rotación correcta de las existencias.</li> <li>El área del almacenamiento depende de:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Volumen y cantidad de productos a almacenar</li> <li>Frecuencia de adquisiciones y rotación de los productos</li> <li>Requerimiento de condiciones especiales de almacenamiento</li> </ul> </li> <li>Para la ubicación de los productos en los estantes, se debe considerar un sistema que garantice la correcta ubicación y distribución de los productos, tales como:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Fijo: Sistema por el cual cada ítem es colocado en un lugar específico</li> <li>Fluido: Sistema por el cual el espacio a usar se divide en varias zonas y los productos son ubicados de acuerdo a la disponibilidad de los mismos</li> <li>Semifluido: Es una combinación de los dos anteriores</li> </ul> </li> <li>De acuerdo al sistema de ubicación que se utilice, se debe realizar la clasificación de los productos para su almacenamiento, teniendo en cuenta la clase terapéutica, orden alfabético, laboratorio, forma farmacéutica, código de artículo, otros</li> <li>El local de almacenamiento debe mantener una temperatura entre 15°C y 30°C (ambiente controlado) a excepción de cuando el fabricante indique temperaturas específicas</li> <li>El apilamiento de las cajas debe ser de acuerdo a las instrucciones del fabricante y de modo que facilite la limpieza</li> <li>Debe existir un registro manual o computarizado que consigne el número de lote y fecha de vencimiento de los productos y verificación periódica de esta información</li> <li>Se debe establecer el control de existencias, mediante toma de inventarios periódicos de los mismos el que será de utilidad para:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar el registro de existencias</li> <li>Identificar la existencia de excedentes</li> <li>Verificar la existencia de pérdidas</li> <li>Controlar la fecha de vencimiento de los productos</li> <li>Verificar condiciones de almacenamiento y estado de conservación</li> <li>Planificar futuras adquisiciones</li> </ul> </li> </ul> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| MINISTERIO DE SALUD                |  | INSTRUMENTO DE MEDICION DEL DESEMPEÑO DE PROCESOS DE ATENCIÓN DE SALUD<br>DE SALUD<br>ATENCIÓN DEL CONTROL DE TUBERCULOSIS |                |   |   |   |   |   |   |   |    | HOJA RESUMEN<br>MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE BUENAS PRÁCTICAS |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
|------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---|---|---|---|---|---|---|----|------------------------------------------------------------|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|--|
| DIRESA:                            |  | RED:                                                                                                                       | CÓDIGO RENAES: |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            | MICRORRED: |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| ESTABLECIMIENTO:                   |  |                                                                                                                            | CATEGORIA:     |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            | FECHA:     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| BUENAS PRÁCTICAS                   |  | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                  |                |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
|                                    |  | 1                                                                                                                          | 2              | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11                                                         | 12         | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | % |  |
| TB-01: Asegura privacidad          |  |                                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| TB-02: Investiga tuberculosis      |  |                                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| TB-03: Colecta información         |  |                                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| TB-04: Diagnostica y maneja        |  |                                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| TB-05: TB SENSIBLE                 |  |                                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| TB-06: Seguimiento                 |  |                                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| TB-07: Casos especiales            |  |                                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| TB-08: Toma y envía muestras       |  |                                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| TB-09: Factores de riesgo en niños |  |                                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| TB-10: Prioridad a niños contacto  |  |                                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| TB-11: Medidas de Control          |  |                                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| TB-12: Equipos e infraestructura   |  |                                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| TB-13: Medidas de bioseguridad     |  |                                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| TB-14: Equipo y reactivos          |  |                                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| TB-15: Estrategia DOTS y DOTS+     |  |                                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| TB-16: TB MDR                      |  |                                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| TB-17: Médicos inicia TB MDR       |  |                                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| TB-18: Seguimiento de TB MDR       |  |                                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |
| TB-19: BPA y BPD                   |  |                                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |    |                                                            |            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |

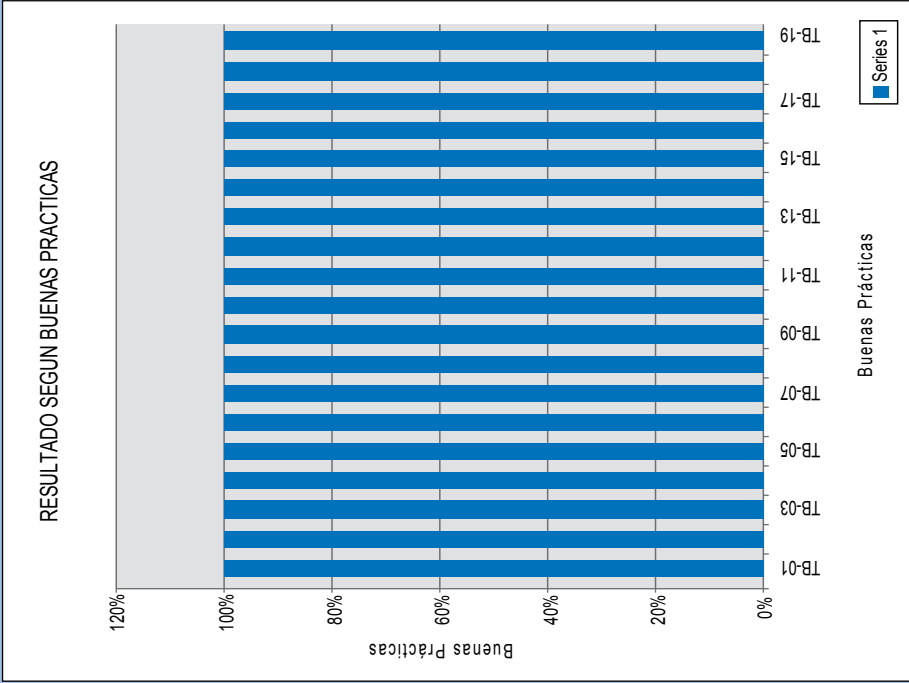
Anote en cada cuadrícula correspondiente a los Criterios el resultado de la observación, con las letras siguientes: SI (1); NO (2); NO APLICA (9)

El total de criterios OBSERVADOS es la suma de los consignados SI más NO. Los criterios consignados NO APLICA, no se consideran observados.

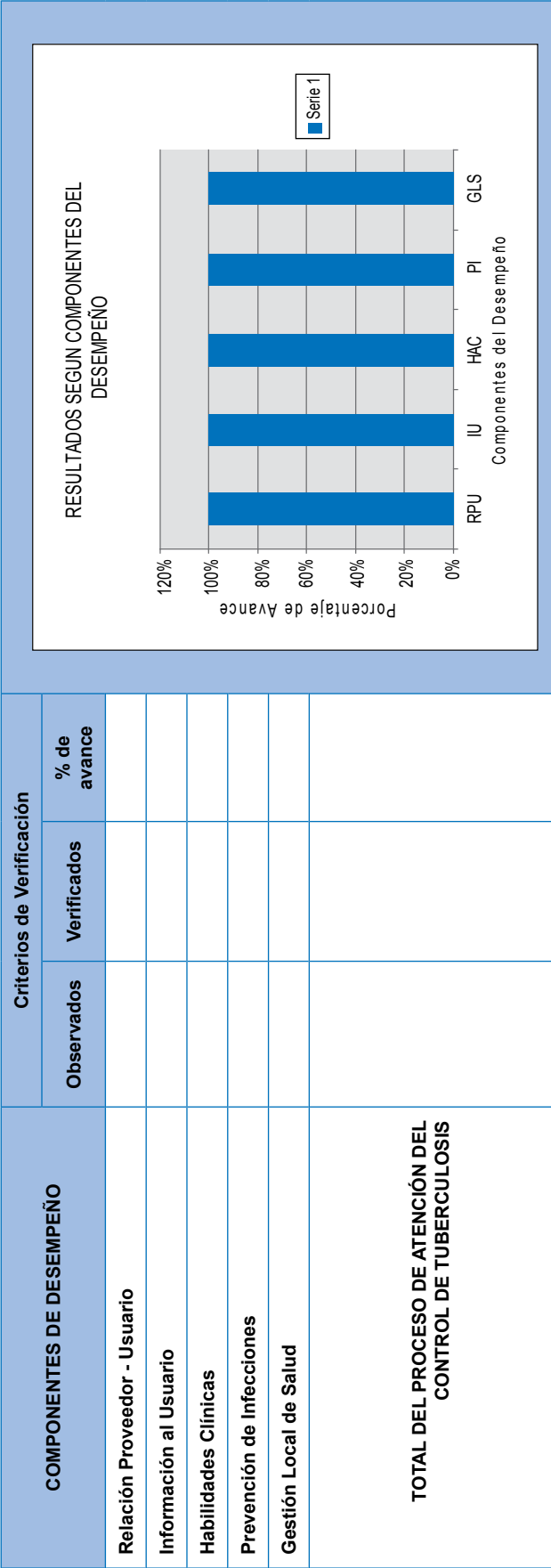
El total de criterios VERIFICADOS son todos los consignados SI (1). El porcentaje es el total de VERIFICADOS entre el total de OBSERVADOS por CIEN

RESULTADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DEL CONTROL DE TUBERCULOSIS.

| BUENAS PRÁCTICAS                                          | Criterios de Verificación |             |             |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-------------|
|                                                           | Observados                | Verificados | % de avance |
| TB-01 Asegura privacidad                                  |                           |             |             |
| TB-02 Investiga tuberculosis                              |                           |             |             |
| TB-03 Colecta información                                 |                           |             |             |
| TB-04 Diagnostica y maneja                                |                           |             |             |
| TB-05 TB SENSIBLE                                         |                           |             |             |
| TB-06 Seguimiento                                         |                           |             |             |
| TB-07 Casos especiales                                    |                           |             |             |
| TB-08 Toma y envía muestras                               |                           |             |             |
| TB-09 Factores de riesgo en niños                         |                           |             |             |
| TB-010 Prioridad a niños contacto                         |                           |             |             |
| TB-011 Medidas de control                                 |                           |             |             |
| TB-12 Equipos e infraestructura                           |                           |             |             |
| TB-13 Medidas de bioseguridad                             |                           |             |             |
| TB-14 Equipo y reactivos                                  |                           |             |             |
| TB-15 Estrategia DOTS y DOTS+                             |                           |             |             |
| TB-16 TB MDR                                              |                           |             |             |
| TB-17 Médico inicia TB MDR                                |                           |             |             |
| TB-18 Seguimiento de TB MDR                               |                           |             |             |
| TB-19 BPA y BPD                                           |                           |             |             |
| TOTAL DEL PROCESO DE ATENCIÓN DEL CONTROL DE TUBERCULOSIS |                           |             |             |



RESULTADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DEL CONTROL DE TUBERCULOSIS SEGÚN COMPONENTES DE DESEMPEÑO



**ANEXO N° 06**  
**Instrumento 6.1**

**INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN DEL USUARIO CON ITS, VIH-SIDA**

|                                   |                                        |                                        |  |
|-----------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--|
| <b>DIRESA/DISA:</b>               |                                        | Red:                                   |  |
| <b>Microrred:</b>                 | Código RENAES:                         |                                        |  |
| <b>Nombre del establecimiento</b> |                                        |                                        |  |
| <b>Número de medición</b>         | <b>Persona que realiza la medición</b> | <b>Fecha de la medición (dd/mm/aa)</b> |  |

| <b>BUENA PRÁCTICA ITS-01</b> El proveedor/a del establecimiento de salud realiza una adecuada consejería y deriva al paciente con ITS/VIH a un centro de atención especializado, según corresponda. |                                                                                           |     |              |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|--|
| <b>Objetivo Sanitario:</b> Reducir los casos de ITS/VIH-SIDA.                                                                                                                                       |                                                                                           |     |              |  |
| N°                                                                                                                                                                                                  | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                 | CD  | Verificación |  |
| 01                                                                                                                                                                                                  | Identifica en el establecimiento de salud, usuarios en riesgo de adquirir ITS/VIH         | RPU |              |  |
| 02                                                                                                                                                                                                  | Brinda consejería en forma adecuada. <b>VER AYUDA ITS-01-02</b>                           | RPU |              |  |
| 03                                                                                                                                                                                                  | Deriva al usuario reactivo a la prueba de VIH, al centro de atención de mayor complejidad | GLS |              |  |
| 04                                                                                                                                                                                                  | Elabora una ficha de referencia con datos exactos y precisos                              | GLS |              |  |
| 05                                                                                                                                                                                                  | Informa al usuario sobre el flujo de referencia y contrarreferencia                       | IU  |              |  |
| 06                                                                                                                                                                                                  | Coordina las actividades preventivas promocionales de ITS/VIH. <b>VER AYUDA ITS-01-06</b> | GLS |              |  |
| <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b>                                                                                                                                                  |                                                                                           |     |              |  |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                 |                                                                                           |     |              |  |

VER AYUDA:

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITS-01-02 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Mantiene la privacidad durante la consejería: la puerta del consultorio se mantiene cerrada todo el tiempo de la consulta</li><li>• No se permite la entrada o salida de personas sin autorización del usuario</li><li>• Se mantiene un tono de voz bajo para mantener la privacidad de la conversación</li><li>• Se utilizan términos sencillos para que el usuario los pueda entender</li><li>• Se promueve la realización de preguntas para absolver las dudas que tenga el usuario durante la consejería</li><li>• Se registra actividad de consejería en la Historia Clínica</li></ul> |
| ITS-01-06 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Para determinar el cumplimiento de éste criterio, se debe utilizar como medios de verificación: Actas de reuniones en el servicio, en el establecimiento o con la comunidad, planes de intervención, entre otros</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| BUENA PRÁCTICA ITS-02 Los ambientes para atención de usuarios en riesgo para adquirir ITS, VIH y SIDA tiene condiciones según normatividad vigente. |                                                                                                                     |                                             |              |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de ITS/VIH-SIDA.                                                                                              |                                                                                                                     |                                             |              |       |
| Nº                                                                                                                                                  | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                           | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                                                                                     |                                                                                                                     |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                                  | Los ambientes están identificados y señalizados                                                                     | GLS                                         |              |       |
| 02                                                                                                                                                  | Cuenta con una sala de espera ventilada y cómoda                                                                    | GLS                                         |              |       |
| 03                                                                                                                                                  | Posee mobiliario adecuada para la atención. <b>VER AYUDA ITS-02-03</b>                                              | GLS                                         |              |       |
| 04                                                                                                                                                  | El consultorio es confortable. <b>VER AYUDA ITS-02-04</b>                                                           | GLS                                         |              |       |
| 05                                                                                                                                                  | El consultorio clínico cuenta con equipos e insumos básicos necesarios para la atención. <b>VER AYUDA ITS-02-05</b> | GLS                                         |              |       |
| 06                                                                                                                                                  | Cuenta con un ambiente para consejería. <b>VER AYUDA ITS-02-06</b>                                                  | GLS                                         |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                        |                                                                                                                     | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |

## VER AYUDA

| ITS-02-03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ITS-02-05                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ITS-02-06                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Tiene puerta funcionando</li> <li>Tiene sillas para el personal y usuarios</li> <li>Tiene lavatorio con agua corriente</li> <li>Tiene depósito para basura con bolsa descartable</li> <li>Tiene armario para materiales medicamentos.</li> <li>Tiene escritorio</li> <li>Tiene balanza en buen estado</li> <li>Tiene tallímetro o cinta métrica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuenta con Guías y Protocolos de atención</li> <li>Tiene estetoscopio bi-auricular</li> <li>Tiene Pantoscopio</li> <li>Tiene equipo mínimo para examen neurológico</li> <li>Tiene lámpara de cuello ganso para piso y linterna</li> <li>Tiene termómetro clínico</li> <li>Tiene guantes</li> <li>Tiene recipiente para material no contaminado.</li> <li>Tiene camilla para examen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tiene recipiente para material contaminado</li> <li>Tiene recipientes para soluciones</li> <li>Tiene campos estériles</li> <li>Tiene guantes para procedimientos</li> <li>Tiene baja lenguas</li> <li>Tiene gasas y algodón</li> <li>Tiene alcohol puro</li> <li>Tiene solución descontaminante de cloro al 0.005</li> <li>Tiene guantes para procedimientos</li> <li>Tiene jabón y papel toalla o alcohol glicerinado para uso del proveedor</li> </ul> |
| <b>ITS-02-04</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>La ventilación es natural y suficiente o tiene aire acondicionado funcionando.</li> <li>Está bien iluminado.</li> <li>Está limpio.</li> </ul>                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tiene puerta funcionando</li> <li>Tiene sillas para las personas y usuarios</li> <li>Tiene armario para materiales/ medicamentos</li> <li>Tiene depósito para desechos no contaminados.</li> <li>Ambiente iluminado y ventilado</li> <li>Cuenta con material IEC</li> <li>Tiene Equipo de Protección Personal</li> </ul>                                                                                                                                 |

| BUENA PRÁCTICA ITS-03 El proveedor/a brinda consejería al paciente con ITS, VIH y SIDA según norma vigente y en un ambiente comfortable. |                                                                           |                                             |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de ITS/VIH-SIDA.                                                                                   |                                                                           |                                             |              |       |
| N°                                                                                                                                       | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                 | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                                                                          |                                                                           |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                       | Saluda cordialmente                                                       | RPU                                         |              |       |
| 02                                                                                                                                       | Se presenta con su nombre y cargo si el usuario es nuevo                  | RPU                                         |              |       |
| 03                                                                                                                                       | Lo llama por su nombre si es consulta de seguimiento                      | RPU                                         |              |       |
| 04                                                                                                                                       | Mantiene la privacidad durante la consejería - <b>VER AYUDA ITS-03-04</b> | RPU                                         |              |       |
| 05                                                                                                                                       | Indaga sobre hábitos nocivos (consumo de alcohol, drogas)                 | RPU                                         |              |       |
| 06                                                                                                                                       | Indaga sobre riesgos para ITS, VIH y SIDA - <b>VER AYUDA ITS-03-06</b>    | IU                                          |              |       |
| 07                                                                                                                                       | Explica los resultados de las pruebas de laboratorio realizados           | IU                                          |              |       |
| 08                                                                                                                                       | Explica los pasos a seguir                                                | IU                                          |              |       |
| 09                                                                                                                                       | Brinda seguridad y apoyo al usuario                                       | RPU                                         |              |       |
|                                                                                                                                          |                                                                           | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                             |                                                                           |                                             |              |       |

VER AYUDA

| ITS-03-06                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITS-03-04                                                                                                                                                                                                         | ITS-03-06                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>La puerta del consultorio se mantiene cerrada todo el tiempo de la consulta</li> <li>No se permite la entrada o salida de personas sin autorización del usuario</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Se mantiene un tono de voz bajo para mantener la privacidad de la conversación</li> <li>Se explica al usuario que se mantendrá la confidencialidad siempre</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Inicio de relaciones sexuales</li> <li>Número de parejas sexuales</li> <li>Tipo de relaciones sexuales</li> </ul> |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Uso de condón</li> <li>Antecedentes de ITS</li> <li>Contacto con PVVS</li> </ul>                                  |

| BUENA PRÁCTICA ITS-04 El proveedor/a asegura un clima apropiado y privacidad durante la consulta clínica. |                                                                                                                                                   |                                             |              |    |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de ITS/VIH-SIDA.                                                    |                                                                                                                                                   |                                             |              |    |    |
| N°                                                                                                        | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                         | CD                                          | Verificación |    |    |
|                                                                                                           |                                                                                                                                                   |                                             | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                        | Realiza protocolo de salud                                                                                                                        | RPU                                         |              |    |    |
| 02                                                                                                        | Explora el motivo de la visita                                                                                                                    | RPU                                         |              |    |    |
| 03                                                                                                        | Respeto la privacidad del usuario (el paciente autoriza el ingreso o presencia de personas ajenas al servicio, pasantes u otro personal de salud) | RPU                                         |              |    |    |
| 04                                                                                                        | Brinda confianza y seguridad al usuario.                                                                                                          | RPU                                         |              |    |    |
|                                                                                                           |                                                                                                                                                   | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                              |                                                                                                                                                   |                                             |              |    |    |

| BUENA PRÁCTICA ITS-05 El proveedor/a recolecta información clave de la historia clínica del usuario o usuaria. |                                                                                                                |     |              |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de ITS/VIH-SIDA.                                                         |                                                                                                                |     |              |       |
| Nº                                                                                                             | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                      | CD  | Verificación |       |
|                                                                                                                |                                                                                                                |     | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                             | Pregunta por historia de ITS y/o lesiones genitales                                                            | HAC |              |       |
| 02                                                                                                             | Descarta comportamiento de riesgo. <b>VER AYUDA ITS-05-02</b>                                                  | HAC |              |       |
| 03                                                                                                             | Indaga sobre antecedentes familiares y patológicos                                                             | HAC |              |       |
| 04                                                                                                             | Indaga por alergia a medicamentos                                                                              | HAC |              |       |
| 05                                                                                                             | Pregunta por síntomas generales. <b>VER AYUDA ITS-05-05</b>                                                    | HAC |              |       |
| 06                                                                                                             | Pregunta por lesiones dermatológicas incluyendo rash cutáneo y lesiones en la cavidad bucal                    | HAC |              |       |
| 07                                                                                                             | Pregunta sobre presencia de síntomas respiratorios                                                             | HAC |              |       |
| 08                                                                                                             | Pregunta por síntomas gastrointestinales                                                                       | HAC |              |       |
| 09                                                                                                             | Pregunta por pérdida de masa muscular y edemas                                                                 | HAC |              |       |
| 10                                                                                                             | Pregunta por síntomas neurológicos, incluyendo alteraciones visuales, deterioro mental, cefalea y convulsiones | HAC |              |       |
| 11                                                                                                             | Pregunta por examen ginecológico más reciente y la fecha del último PAP de la usuaria                          | HAC |              |       |
| 12                                                                                                             | Indaga sobre uso de método anticonceptivo y fecha de última regla de la usuaria                                | HAC |              |       |
| <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b>                                                             |                                                                                                                |     |              |       |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                            |                                                                                                                |     |              |       |
| VER AYUDA                                                                                                      |                                                                                                                |     |              |       |

| ITS-05-02                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ITS-05-05                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Pregunta por orientación sexual (Heterosexualidad, homosexualidad, bisexualidad)</li><li>• Pregunta por Prácticas sexuales de riesgo ( coito anal, sexo no protegido, sexo con PVS, comercio sexual)</li><li>• Establece el número de parejas sexuales</li><li>• Pregunta por antecedentes de ITS</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Pregunta por consumo de alcohol y/o drogas</li><li>• Pregunta por historia de transfusiones</li><li>• Pregunta por antecedentes de violencia sexual</li><li>• Pregunta por cirugías anteriores</li><li>• Malestar general</li><li>• Fiebre</li><li>• Sudores nocturnos</li><li>• Pérdida de peso</li><li>• Fatiga</li><li>• Letargia</li><li>• Diarreas</li><li>• Vómitos</li></ul> |

| BUENA PRÁCTICA ITS-06 El proveedor/a realiza un examen físico exhaustivo al usuario o usuaria. |                                                                                                                                                                                                |                                             |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de ITS/VIH-SIDA.                                         |                                                                                                                                                                                                |                                             |              |       |
| N°                                                                                             | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                      | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                                |                                                                                                                                                                                                |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                             | Se lava las manos (según técnica de lavado de manos clínico) con agua y jabón o las frota con alcohol-gel y las seca con toalla de uso individual, papel toalla o con aire antes de examinar   | PI                                          |              |       |
| 02                                                                                             | Se coloca guantes de examen o estériles en ambas manos según corresponda                                                                                                                       | PI                                          |              |       |
| 03                                                                                             | Registra los signos vitales o los verifica en la historia clínica                                                                                                                              | HAC                                         |              |       |
| 04                                                                                             | Evalúa el peso y determina la presencia de desnutrición                                                                                                                                        | HAC                                         |              |       |
| 05                                                                                             | Determina y monitoriza el índice de masa corporal                                                                                                                                              | HAC                                         |              |       |
| 06                                                                                             | Identifica adenopatías y registra su tamaño y localización                                                                                                                                     | HAC                                         |              |       |
| 07                                                                                             | Inspecciona la cavidad bucal identificando lesiones y otras patologías                                                                                                                         | HAC                                         |              |       |
| 08                                                                                             | Realiza un examen detallado de piel para identificar lesiones o patologías y tatuajes                                                                                                          | HAC                                         |              |       |
| 09                                                                                             | Realiza examen de genitales y región perianal para identificar lesiones o patologías                                                                                                           | HAC                                         |              |       |
| 10                                                                                             | Si es necesario se solicita evaluación por oftalmólogo                                                                                                                                         | HAC                                         |              |       |
| 11                                                                                             | Realiza un examen completo de tórax, pulmones y abdomen                                                                                                                                        | HAC                                         |              |       |
| 12                                                                                             | Realiza un examen neurológico con énfasis en estado mental, marcha, signos de focalización, signos meníngeos y signos de neuropatía                                                            | HAC                                         |              |       |
| 13                                                                                             | Se lava las manos (según técnica de lavado de manos clínico) con agua y jabón o las frota con alcohol-gel y las seca con toalla de uso individual, papel toalla o con aire después de examinar | PI                                          |              |       |
| 14                                                                                             | Elimina apropiadamente los materiales utilizados en el examen (incluye guantes)                                                                                                                | PI                                          |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                   |                                                                                                                                                                                                | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |

| BUENA PRÁCTICA ITS-07 El proveedor/a diagnóstica y trata al usuario con ITS con enfoque de Manejo Sindrómico según norma técnica (observación directa o verificación en historia clínica). |                                                                                                                                                                                                                                                               |     |              |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de ITS/VIH-SIDA.                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                               |     |              |    |    |
| Nº                                                                                                                                                                                         | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                     | CD  | Verificación |    |    |
|                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                               |     | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                                                                                                         | Para el Síndrome de Flujo Vaginal, trata con Metronidazol 2 g vía oral, dosis única y si está asociado a prurito vaginal agrega Clotrimazol 500 mg vía vaginal, dosis única                                                                                   | HAC |              |    |    |
| 02                                                                                                                                                                                         | Para el Síndrome de Descarga Uretral trata con Ciprofloxacina 500 mg, vía oral, dosis única, <b>más</b> Azitromicina 1 g, vía oral, dosis única o Doxiciclina 100 mg, vía oral cada 12 horas durante 7 días                                                   | HAC |              |    |    |
| 03                                                                                                                                                                                         | Para el Síndrome de Ulcera Genital trata con penicilina G benzatínica 2.4 millones de UI vía IM <b>más</b> Ciprofloxacina 500 mg vía oral, dosis única                                                                                                        | HAC |              |    |    |
| 04                                                                                                                                                                                         | Para el Síndrome de Bubón Inguinal trata con Doxiciclina 100 mg, vía oral cada 12 horas por 21 días o Eritromicina 250 mg cada 6 horas por 21 días                                                                                                            | HAC |              |    |    |
| 05                                                                                                                                                                                         | Para el Síndrome de Dolor Abdominal Bajo (SDAB) trata con Ciprofloxacina 500 mg, vía oral en dosis única, <b>más</b> Doxiciclina 100 mg, vía oral cada 12 horas por 14 días <b>más</b> Metronidazol 500 mg cada 12 horas por 14 días, para manejo ambulatorio | HAC |              |    |    |
| 06                                                                                                                                                                                         | Orienta e informa sobre la importancia de identificar a contactos y asegurar que reciban tratamiento                                                                                                                                                          | IU  |              |    |    |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                               |     |              |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                               |     |              |    |    |

| BUENA PRÁCTICA ITS-08 El proveedor/a brinda consejería en ITS de manera adecuada y completa. |                                                                                                                                                          |                                                    |              |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de ITS/VIH-SIDA.                                       |                                                                                                                                                          |                                                    |              |       |
| N°                                                                                           | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                | CD                                                 | Verificación |       |
|                                                                                              |                                                                                                                                                          |                                                    | SI           | NO NA |
| 01                                                                                           | Llama al usuario por su nombre                                                                                                                           | RPU                                                |              |       |
| 02                                                                                           | Saluda cordialmente al usuario                                                                                                                           | RPU                                                |              |       |
| 03                                                                                           | Si el usuario es nuevo se presenta con su nombre y profesión                                                                                             | RPU                                                |              |       |
| 04                                                                                           | Mantiene la privacidad durante la consejería. <b>VER AYUDA ITS-08-04</b>                                                                                 | RPU                                                |              |       |
| 05                                                                                           | Enfatiza el uso de las 4C como parte fundamental del manejo de las ITS                                                                                   | HAC                                                |              |       |
| 06                                                                                           | Orienta e informa aspectos relacionados a los síntomas de las ITS, cómo prevenirlas y cómo tratarlas                                                     | IU                                                 |              |       |
| 07                                                                                           | Orienta e informa sobre la importancia de cumplir con el tratamiento para prevenir complicaciones y eliminar la posibilidad de infectar a otras personas | IU                                                 |              |       |
| 08                                                                                           | Orienta e informa sobre la importancia de identificar a contactos y asegurar que reciban tratamiento                                                     | IU                                                 |              |       |
| 09                                                                                           | Orienta e informa sobre la importancia del uso y negociación del condón. El proveedor hace una demostración del uso del condón utilizando un dildó       | IU                                                 |              |       |
| 10                                                                                           | Orienta sobre prácticas sexuales de menor riesgo. <b>VER AYUDA ITS-08-10</b>                                                                             | IU                                                 |              |       |
| 11                                                                                           | Verifica con preguntas sencillas la comprensión de la información brindada durante el proceso de la consejería                                           | RPU                                                |              |       |
| 12                                                                                           | Administra manejo sintomático supervisado para las ITS si corresponde                                                                                    | HAC                                                |              |       |
| 13                                                                                           | Termina la consejería ofreciendo condones según normatividad vigente                                                                                     | GLS                                                |              |       |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                          |                                                                                                                                                          | <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b> |              |       |

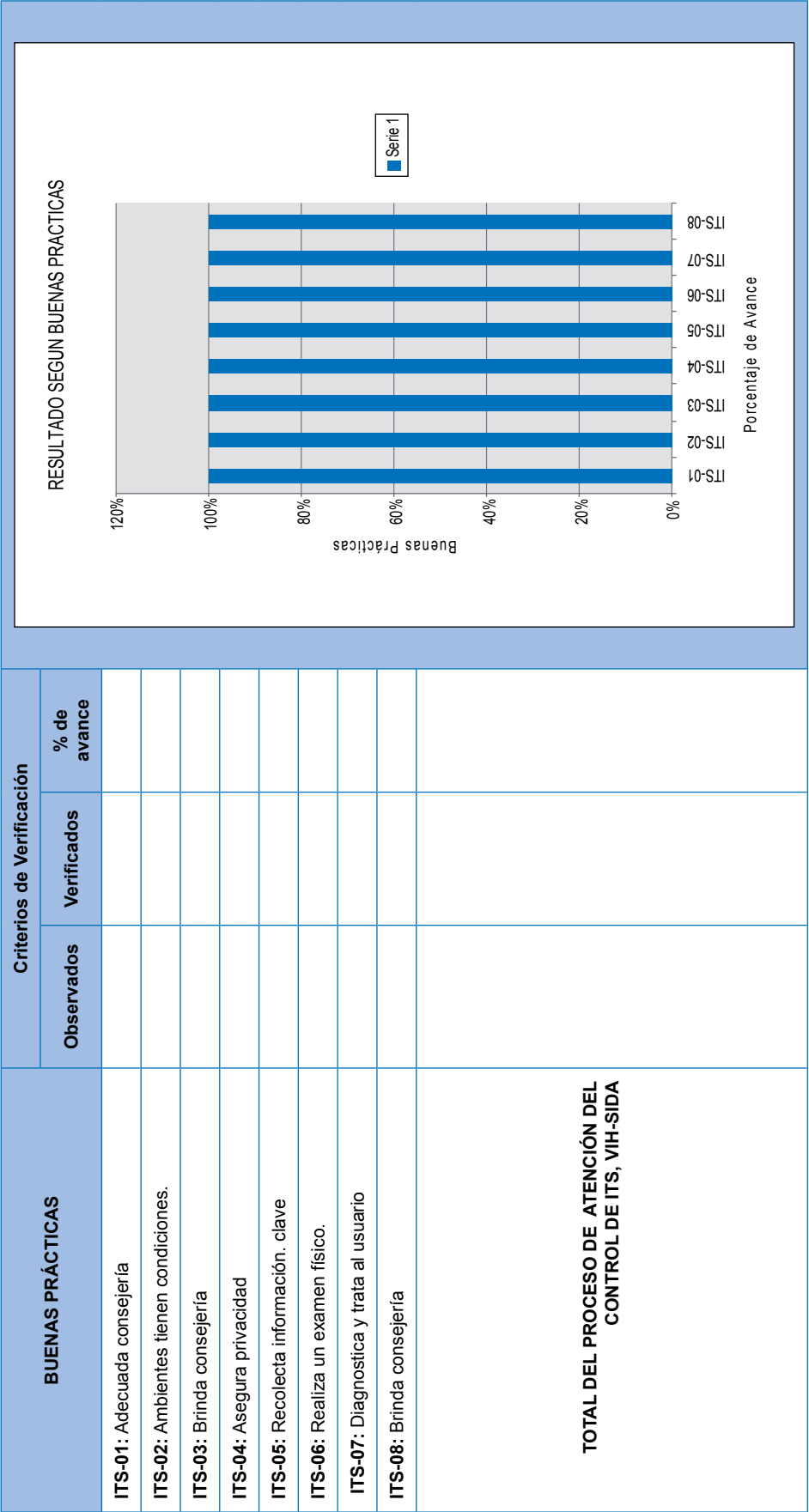
## VER AYUDA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITS-08-04                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ambiente adecuado para consejería</li><li>• Mantener la puerta del consultorio cerrada todo el tiempo de la consulta</li><li>• No permitir la entrada o salida de personas sin autorización del usuario</li><li>• Mantener un tono de voz bajo para mantener la privacidad de la conversación</li><li>• Explicar al usuario que se mantendrá la confidencialidad siempre</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ITS-08-10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <table><tr><td><b>Riesgo Alto:</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Sexo receptivo, vaginal o anal sin condón</li><li>• Sexo penetrativo, vaginal o anal sin condón</li><li>• Sexo oral sin barrera de látex</li><li>• Compartir juguetes sexuales sin condón</li><li>• Relaciones sexuales bajo el efecto de las drogas o el alcohol</li><li>• Relaciones sexuales con más de una pareja sexual</li></ul></td><td><b>Riesgo Bajo:</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Uso consistente y adecuado del condón en las relaciones sexuales vaginales, orales y anales (con lubricante)</li></ul></td><td><b>Sin Riesgo:</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Tener una sola pareja sexual y ser mutuamente fieles</li><li>• Abstinencia sexual</li><li>• Sexo sin penetración: sexo interfemoral (entre los muslos), abrazos, masajes, frotación cuerpo a cuerpo, masturbar a la pareja evitando el contacto con fluidos</li></ul></td></tr></table> | <b>Riesgo Alto:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sexo receptivo, vaginal o anal sin condón</li><li>• Sexo penetrativo, vaginal o anal sin condón</li><li>• Sexo oral sin barrera de látex</li><li>• Compartir juguetes sexuales sin condón</li><li>• Relaciones sexuales bajo el efecto de las drogas o el alcohol</li><li>• Relaciones sexuales con más de una pareja sexual</li></ul> | <b>Riesgo Bajo:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Uso consistente y adecuado del condón en las relaciones sexuales vaginales, orales y anales (con lubricante)</li></ul> | <b>Sin Riesgo:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tener una sola pareja sexual y ser mutuamente fieles</li><li>• Abstinencia sexual</li><li>• Sexo sin penetración: sexo interfemoral (entre los muslos), abrazos, masajes, frotación cuerpo a cuerpo, masturbar a la pareja evitando el contacto con fluidos</li></ul> |
| <b>Riesgo Alto:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sexo receptivo, vaginal o anal sin condón</li><li>• Sexo penetrativo, vaginal o anal sin condón</li><li>• Sexo oral sin barrera de látex</li><li>• Compartir juguetes sexuales sin condón</li><li>• Relaciones sexuales bajo el efecto de las drogas o el alcohol</li><li>• Relaciones sexuales con más de una pareja sexual</li></ul> | <b>Riesgo Bajo:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Uso consistente y adecuado del condón en las relaciones sexuales vaginales, orales y anales (con lubricante)</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Sin Riesgo:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tener una sola pareja sexual y ser mutuamente fieles</li><li>• Abstinencia sexual</li><li>• Sexo sin penetración: sexo interfemoral (entre los muslos), abrazos, masajes, frotación cuerpo a cuerpo, masturbar a la pareja evitando el contacto con fluidos</li></ul>                                                                   |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

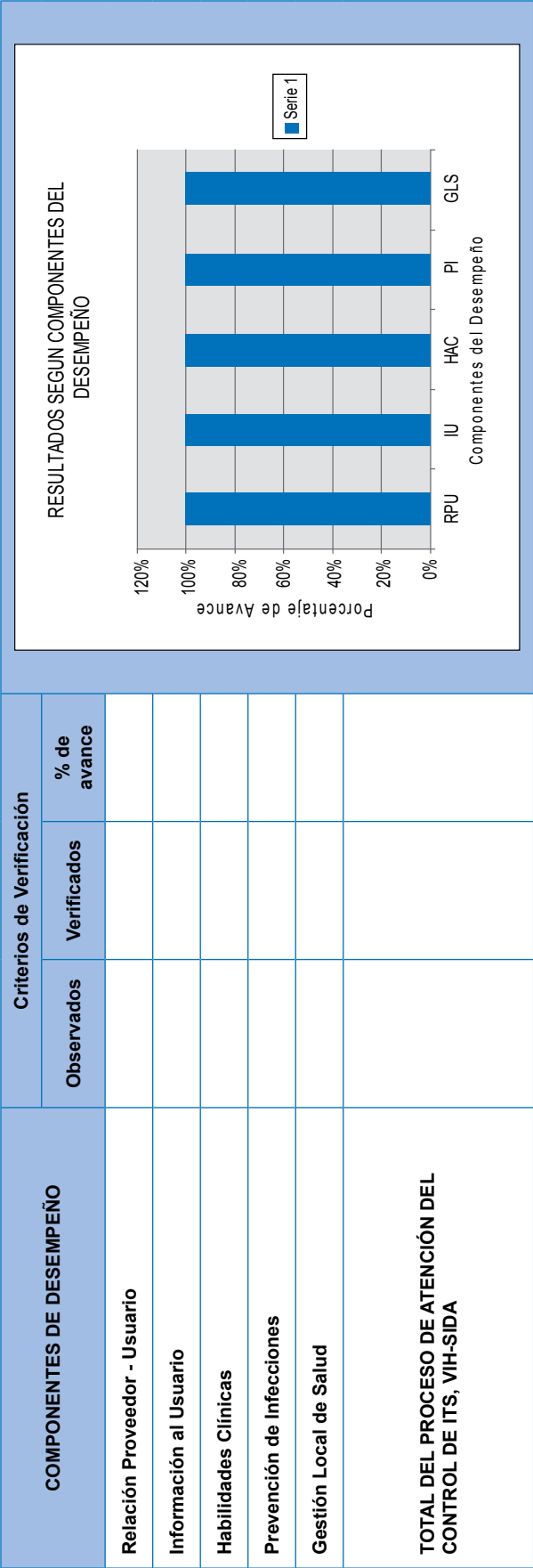
| MINISTERIO DE SALUD                    | INSTRUMENTO DE MEDICION DEL DESEMPEÑO DE PROCESOS DE ATENCIÓN DE SALUD<br>DE SALUD<br>ATENCIÓN DEL CONTROL DE ITS, VIH-SIDA |                           |                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    | HOJA RESUMEN<br>MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE BUENAS PRÁCTICAS |    |        |    |    |    |   |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|------------------------------------------------------------|----|--------|----|----|----|---|
| DIRESA:                                | RED:                                                                                                                        |                           | CÓDIGO RENAES: |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    | MICRORRED:                                                 |    |        |    |    |    |   |
| ESTABLECIMIENTO:                       |                                                                                                                             |                           | CATEGORIA:     |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |                                                            |    | FECHA: |    |    |    |   |
| BUENAS PRÁCTICAS                       |                                                                                                                             | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN |                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |                                                            |    |        |    |    |    |   |
|                                        |                                                                                                                             | 1                         | 2              | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16                                                         | 17 | 18     | 19 | 20 | 21 | % |
| ITS-01: Adecuada consejería            |                                                                                                                             |                           |                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |                                                            |    |        |    |    |    |   |
| ITS-02: Ambientes tienen condiciones   |                                                                                                                             |                           |                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |                                                            |    |        |    |    |    |   |
| ITS-03: Brinda consejería              |                                                                                                                             |                           |                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |                                                            |    |        |    |    |    |   |
| ITS-04: Asegura privacidad             |                                                                                                                             |                           |                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |                                                            |    |        |    |    |    |   |
| ITS-05: Recolecta información clave    |                                                                                                                             |                           |                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |                                                            |    |        |    |    |    |   |
| ITS-06: Realiza un examen físico       |                                                                                                                             |                           |                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |                                                            |    |        |    |    |    |   |
| ITS-07: Diagnostica y trata al usuario |                                                                                                                             |                           |                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |                                                            |    |        |    |    |    |   |
| ITS-08: Brinda consejería              |                                                                                                                             |                           |                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |                                                            |    |        |    |    |    |   |

Anote en cada cuadrícula correspondiente a los Criterios el resultado de la observación, con las letras siguientes: SI (1); NO (2); NO APLICA (9)  
El total de criterios OBSERVADOS es la suma de los consignados SI más NO. Los criterios consignados NO APLICA, no se consideran observados.  
El total de criterios VERIFICADOS son todos los consignados SI (1), El porcentaje es el total de VERIFICADOS entre el total de OBSERVADOS por CIEN

RESULTADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DEL CONTROL DE ITS, VIH-SIDA SEGÚN BUENAS PRÁCTICAS



RESULTADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DEL CONTROL DE ITS, VIH-SIDA SEGÚN COMPONENTES DEL DESEMPEÑO



ANEXO N° 06  
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN DEL USUARIO CON ITS, VIH-SIDA  
Instrumento 6.2  
ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA

|                            |                                 |                                  |  |
|----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--|
| DIRESA/DISA:               |                                 | Red:                             |  |
| Microrred:                 |                                 | Código RENAES:                   |  |
| Nombre del establecimiento |                                 |                                  |  |
| Número de medición         | Persona que realiza la medición | Fecha de la medición. (dd/mm/aa) |  |

|                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|----|
| BUENA PRÁCTICA AMP-01 El proveedor/a de la AMP cuenta con un ambiente adecuado y realiza las siguientes actividades. |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |              |    |
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de ITS/VIH-SIDA.                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |              |    |
| N°                                                                                                                   | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                          | CD                                          | Verificación |    |
|                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             | SI           | NO |
| 01                                                                                                                   | Cuenta con equipo básico de personal capacitado para la atención en la AMP. VER AYUDA AMP-01-01                                                                                                                                                                    | GLS                                         |              |    |
| 02                                                                                                                   | Cuenta con medicamentos para ofrecer tratamiento gratuito de las ITS                                                                                                                                                                                               | GLS                                         |              |    |
| 03                                                                                                                   | Cuenta con insumos para toma y procesamiento de muestras de laboratorio para el diagnóstico de ITS, excepto cultivo para gonorrea y ELISA para Clamidia                                                                                                            | GLS                                         |              |    |
| 04                                                                                                                   | Brinda atención regular a poblaciones de mayor vulnerabilidad                                                                                                                                                                                                      | HAC                                         |              |    |
| 05                                                                                                                   | Brinda consejería y soporte emocional. VER AYUDA AMP-01-05                                                                                                                                                                                                         | RPU                                         |              |    |
| 06                                                                                                                   | Realiza acciones de trabajo extramural (Equipo Itinerante), búsqueda de lugares de trabajo sexual (mapeo de lugares y zonas de trabajo sexual), y estimación de trabajadores(as) sexuales y grupos de diversidad sexual (HSH y Trans) en coordinación con los PEPs | GLS                                         |              |    |
| 07                                                                                                                   | Realiza promoción y prevención de ITS y VIH en los servicios de salud                                                                                                                                                                                              | IU                                          |              |    |
|                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                    | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |              |    |

## VER AYUDA

|                  |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>AMP-01-01</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Personal clínico capacitado en AMP de ITS-VIH/SIDA</li><li>• Personal para consejería en ITS-VIH/SIDA</li><li>• Personal de laboratorio de ITS-VIH/SIDA</li></ul> | <b>AMP-01-05</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener la puerta del consultorio cerrada todo el tiempo de la consulta</li><li>• No permitir la entrada o salida de personas sin autorización del usuario</li><li>• Mantener un tono de voz bajo para mantener la privacidad de la conversación</li><li>• Utilizar términos sencillos para que el usuario los pueda entender</li><li>• Promover la participación sobre la dudas que tenga el usuario durante la consejería</li><li>• Registrar actividad de consejería en la historia clínica</li></ul> |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| BUENA PRÁCTICA AMP-02 El proveedor/a brinda atención clínica adecuada al usuario o usuario. |                                                                                                                                        |                                             |              |    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de ITS/VIH-SIDA.                                      |                                                                                                                                        |                                             |              |    |    |
| Nº                                                                                          | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                              | CD                                          | Verificación |    |    |
|                                                                                             |                                                                                                                                        |                                             | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                          | Lo saluda cordialmente                                                                                                                 | RPU                                         |              |    |    |
| 02                                                                                          | Se presenta con su nombre y profesión si el usuario (a) es nuevo                                                                       | RPU                                         |              |    |    |
| 03                                                                                          | Lo llama por su nombre y apellidos o nombre social si es consulta de seguimiento                                                       | RPU                                         |              |    |    |
| 04                                                                                          | Pregunta sobre el motivo de la visita                                                                                                  | HAC                                         |              |    |    |
| 05                                                                                          | Indaga sobre hábitos nocivos: tabaco, alcohol y drogas                                                                                 | HAC                                         |              |    |    |
| 06                                                                                          | Indaga sobre sus riesgos para ITS, VIH y SIDA. <b>VER AYUDA AMP-02-06</b>                                                              | HAC                                         |              |    |    |
| 07                                                                                          | Indaga sobre antecedentes familiares y patológicos                                                                                     | HAC                                         |              |    |    |
| 08                                                                                          | Indaga sobre el ambiente familiar y social                                                                                             | HAC                                         |              |    |    |
| 09                                                                                          | Realiza examen físico general con autorización del usuario, inspección de piel, boca, región perineal, anal y presencia de adenopatías | HAC                                         |              |    |    |
| 10                                                                                          | Le explica sobre la necesidad de tomar muestras para laboratorio cada 30 días                                                          | IU                                          |              |    |    |
| 11                                                                                          | Le explica sobre los resultados de las pruebas de laboratorio realizados                                                               | IU                                          |              |    |    |
| 12                                                                                          | Le explica sobre los pasos a seguir: acuerda fecha de próxima cita y brinda atención correspondiente (evaluación clínica cada 30 días) | IU                                          |              |    |    |
| 13                                                                                          | Registra la atención en la historia clínica, en el libro de Atenciones y en el HIS                                                     | GLS                                         |              |    |    |
| 14                                                                                          | Cuenta con el libro de registro de Atenciones que brinda la UAMP según establece la norma                                              | GLS                                         |              |    |    |
|                                                                                             |                                                                                                                                        | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                |                                                                                                                                        |                                             |              |    |    |

| AMP-02-06                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>Indaga sobre riesgos para VIH</li><li>Inicio de relaciones sexuales</li><li>Número de parejas sexuales</li><li>Tipo de relaciones sexuales</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>Uso de condón</li><li>Antecedentes de ITS</li><li>Contacto con PVV/S</li></ul> |

| BUENA PRÁCTICA AMP-03 El proveedor/a toma las muestras para laboratorio en consultorio clínico a la usuaria según normatividad. |                                                                                                                                                                                        |                                             |              |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de ITS/VIH-SIDA.                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                             |              |       |
| N°                                                                                                                              | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                              | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                        |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                              | Informa al usuario sobre los procedimientos que realizará                                                                                                                              | IU                                          |              |       |
| 02                                                                                                                              | Se lava las manos y se coloca guantes antes de la atención del paciente                                                                                                                | PI                                          |              |       |
| 03                                                                                                                              | Realiza el examen con espéculo estéril o descartable                                                                                                                                   | PI                                          |              |       |
| 04                                                                                                                              | Toma de muestra de secreción vaginal (pH, KOH, directo y coloración de Gram)                                                                                                           | HAC                                         |              |       |
| 05                                                                                                                              | Hace estudio de secreción endocervical (coloración de Gram y cultivo para N. gonorrhoeae)                                                                                              | HAC                                         |              |       |
| 06                                                                                                                              | Toma muestra de hisopado rectal y envía para cultivo para N. gonorrhoeae, si hay secreción rectal                                                                                      | HAC                                         |              |       |
| 07                                                                                                                              | Elimina los guantes en forma adecuada y se lava las manos después de atender al usuario                                                                                                | PI                                          |              |       |
| 08                                                                                                                              | Le informa que los exámenes directos y de coloración Gram, se entregarán en un tiempo máximo de 45 minutos mientras que el cultivo para gonorrea será entregado en un máximo de 7 días | IU                                          |              |       |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                        | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                    |                                                                                                                                                                                        |                                             |              |       |

| BUENA PRÁCTICA AMP-04 Los ambientes para la atención de usuarios de la Atención Médica PERIÓDICA tienen condiciones según normatividad vigente. |                                                                                                              |                                             |              |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de ITS/VIH-SIDA.                                                                                          |                                                                                                              |                                             |              |       |
| N°                                                                                                                                              | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                    | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                                                                                 |                                                                                                              |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                                                              | Están identificados y señalizados                                                                            | GLS                                         |              |       |
| 02                                                                                                                                              | Cuenta con una sala de espera ventilada y cómoda                                                             | GLS                                         |              |       |
| 03                                                                                                                                              | Posee mobiliario adecuado para la atención. VER AYUDA AMP-04-03                                              | GLS                                         |              |       |
| 04                                                                                                                                              | El consultorio es confortable. VER AYUDA AMP-04-04                                                           | GLS                                         |              |       |
| 05                                                                                                                                              | El consultorio clínico cuenta con equipos e insumos básicos necesarios para la atención. VER AYUDA AMP-04-05 | GLS                                         |              |       |
| 06                                                                                                                                              | Cuenta con un ambiente para consejería. VER AYUDA AMP-04-06                                                  | GLS                                         |              |       |
|                                                                                                                                                 |                                                                                                              | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                    |                                                                                                              |                                             |              |       |

VER AYUDA

| AMP-04-03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | AMP-04-04                                                                                                                                                                     | AMP-04-06                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>Tiene puerta funcionando</li><li>Tiene sillas para el personal y usuarios</li><li>Tiene lavatorio con agua corriente</li><li>Tiene depósito para basura con bolsa descartable</li><li>Tiene armario para materiales/medicamentos</li><li>Tiene escritorio</li><li>Tiene balanza en buen estado</li><li>Tiene tallímetro o cinta métrica</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>La ventilación es natural y suficiente o tiene aire acondicionado funcionando</li><li>Está bien iluminado</li><li>Está limpio</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>Tiene puerta funcionando</li><li>Tiene sillas para las personas y usuarios</li><li>Tiene armario para materiales/medicamentos</li><li>Tiene depósito para desechos no contaminados</li><li>Ambiente iluminado y ventilado</li><li>Cuenta con material IEC</li><li>Tiene guantes para procedimientos</li><li>Tiene hisopos de algodón de mango largo</li><li>Tiene hisopos uretrales</li><li>Tiene Pinzas (de anillo, tirabalas, entre otros.)</li><li>Tiene láminas porta objetos</li><li>Tiene mechero (para fijar muestras)</li><li>Tiene Equipo de Protección Personal</li></ul> |

## VER AYUDA

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>AMP-04-05</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuenta con Guías y Protocolos de atención</li><li>• Tiene estetoscopio bi-auricular</li><li>• Tiene Pantoscopio</li><li>• Tiene equipo mínimo para examen neurológico</li><li>• Tiene lámpara de cuello ganso para piso y linterna</li><li>• Tiene termómetro clínico</li><li>• Tiene guantes</li><li>• Tiene recipiente para material no contaminado</li><li>• Tiene camilla para examen</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tiene recipiente para material contaminado</li><li>• Tiene recipiente para soluciones</li><li>• Tiene campos estériles</li><li>• Tiene guantes para procedimientos</li><li>• Tiene baja lenguas</li><li>• Tiene gasas y algodón</li><li>• Tiene alcohol puro</li><li>• Tiene solución descontaminante de cloro al 0.005</li><li>• Tiene guantes para procedimientos</li><li>• Tiene jabón y papel toalla o alcohol glicerinado para uso del proveedor</li></ul> |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| BUENA PRÁCTICA AMP-05 El proveedor/a brinda atención a usuarios varones (HSH y TS) de acuerdo a las normas establecidas. |                                                                                                                                                       |     |              |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de ITS/VIH-SIDA.                                                                   |                                                                                                                                                       |     |              |    |    |
| Nº                                                                                                                       | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                             | CD  | Verificación |    |    |
|                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |     | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                                       | Hace evaluación clínica mensual                                                                                                                       | GLS |              |    |    |
| 02                                                                                                                       | Se lava las manos y se coloca guantes antes de la atención del paciente                                                                               | PI  |              |    |    |
| 03                                                                                                                       | Prioriza en el examen físico la inspección de piel, boca, región perineal, anal y presencia de adenopatías                                            | HAC |              |    |    |
| 04                                                                                                                       | Toma muestra de secreción uretral con hisopo exprimiendo la uretra peneana                                                                            | HAC |              |    |    |
| 05                                                                                                                       | Si se objetiva secreción indica coloración de Gram y cultivo para N. gonorrhoeae                                                                      | HAC |              |    |    |
| 06                                                                                                                       | Si se evidencia secreción toma muestra de hisopado ano rectal y envía para cultivo para N. gonorrhoeae                                                | HAC |              |    |    |
| 07                                                                                                                       | Indica muestra de orina (examen directo de sedimento)                                                                                                 | HAC |              |    |    |
| 08                                                                                                                       | Toma muestra de secreción faríngea en todos los casos (Gram y cultivo para N. gonorrhoeae)                                                            | HAC |              |    |    |
| 09                                                                                                                       | Elimina los guantes en forma adecuada y se lava las manos después de atender al usuario                                                               | PI  |              |    |    |
| 10                                                                                                                       | Hace evaluación serológica para RPR cada 3 meses, de ser reactivo da tratamiento de acuerdo a lo estipulado en la Norma Técnica para el Manejo de ITS | HAC |              |    |    |
| TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA                                                                              |                                                                                                                                                       |     |              |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                             |                                                                                                                                                       |     |              |    |    |

| BUENA PRÁCTICA AMP-06 El proveedor/a realiza los exámenes de laboratorio de acuerdo a lo establecido en la Norma Técnica de AMP (verificar en la HC del usuario (a)). |                                                                                                                                           |                                             |              |    |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de ITS/VIH-SIDA.                                                                                                                |                                                                                                                                           |                                             |              |    |    |
| N°                                                                                                                                                                    | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                 | CD                                          | Verificación |    |    |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                           |                                             | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                                                                                    | Evalúa serología para Sífilis con RPR cada 3 meses según normatividad                                                                     | HAC                                         |              |    |    |
| 02                                                                                                                                                                    | Evalúa PAP una vez al año                                                                                                                 | HAC                                         |              |    |    |
| 03                                                                                                                                                                    | Hace tamizaje para la infección por el VIH con la prueba rápida cada 6 meses                                                              | HAC                                         |              |    |    |
| 04                                                                                                                                                                    | Si la prueba rápida es reactiva la confirmará con examen de ELISA para VIH                                                                | HAC                                         |              |    |    |
| 05                                                                                                                                                                    | Verifica atención regular con un mínimo de 02 atenciones en los últimos 4 meses previos al control actual para ser considerado controlado | GLS                                         |              |    |    |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                           | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |    |    |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                                                                          |                                                                                                                                           |                                             |              |    |    |

| BUENA PRÁCTICA AMP-07 El proveedor/a brinda tratamiento al usuario (a) con ITS de acuerdo a la normatividad. |                                                                                                                                                                                                                |                                             |              |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|-------|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de ITS/VIH-SIDA.                                                       |                                                                                                                                                                                                                |                                             |              |       |
| N°                                                                                                           | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                      | CD                                          | Verificación |       |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                |                                             | SI           | NO NA |
| 01                                                                                                           | Trata Candidiasis con Clotrimazol 500 mg vía vaginal, dosis única                                                                                                                                              | HAC                                         |              |       |
| 02                                                                                                           | Trata Tricomoniasis con Metronidazol 2 g vía oral, dosis única                                                                                                                                                 | HAC                                         |              |       |
| 03                                                                                                           | Trata Vaginosis Bacteriana con Metronidazol 2 g vía oral, dosis única                                                                                                                                          | HAC                                         |              |       |
| 04                                                                                                           | Trata Cervicitis con Ciprofloxacina 500 mg vía oral, dosis única, MAS Azitromicina 1 g, vía oral, dosis única ó Doxiciclina 100 mg, vía oral cada 12 horas durante 7 días                                      | HAC                                         |              |       |
| 05                                                                                                           | Trata Gonorrea con Ciprofloxacina 500 mg, vía oral, dosis única (para TS varón y mujer)                                                                                                                        | HAC                                         |              |       |
| 06                                                                                                           | Trata Clamidiasis con Azitromicina 1 g, vía oral, dosis única o Doxiciclina 100 mg, vía oral cada 12 horas por 7 días                                                                                          | HAC                                         |              |       |
| 07                                                                                                           | Trata Sífilis Latente Tardía con penicilina G benzatínica, 2.4 millones de UI, Vía intramuscular, una vez por semana, por 3 semanas consecutivas                                                               | HAC                                         |              |       |
| 08                                                                                                           | Trata Uretritis del varón con Ciprofloxacina 500 mg vía oral, dosis única, MAS Azitromicina 1 g vía oral, dosis única ó Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas durante 7 días                               | HAC                                         |              |       |
| 09                                                                                                           | Trata Síndrome de úlcera genital con penicilina G benzatínica 2.4 millones de UI vía IM MAS Ciprofloxacina 500 mg vía oral, dosis única                                                                        | HAC                                         |              |       |
| 10                                                                                                           | Trata Síndrome de bubón inguinal con Doxiciclina 100 mg, vía oral cada 12 horas por 21 días o Eritromicina 250 mg cada 6 horas por 21 días                                                                     | HAC                                         |              |       |
| 11                                                                                                           | Trata Síndrome de dolor abdominal bajo (SDAB) con Ciprofloxacina 500 mg, vía oral en dosis única, MAS Doxiciclina 100 mg, vía oral cada 12 horas por 14 días MAS Metronidazol 500 mg cada 12 horas por 14 días | HAC                                         |              |       |
| COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                | TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA |              |       |

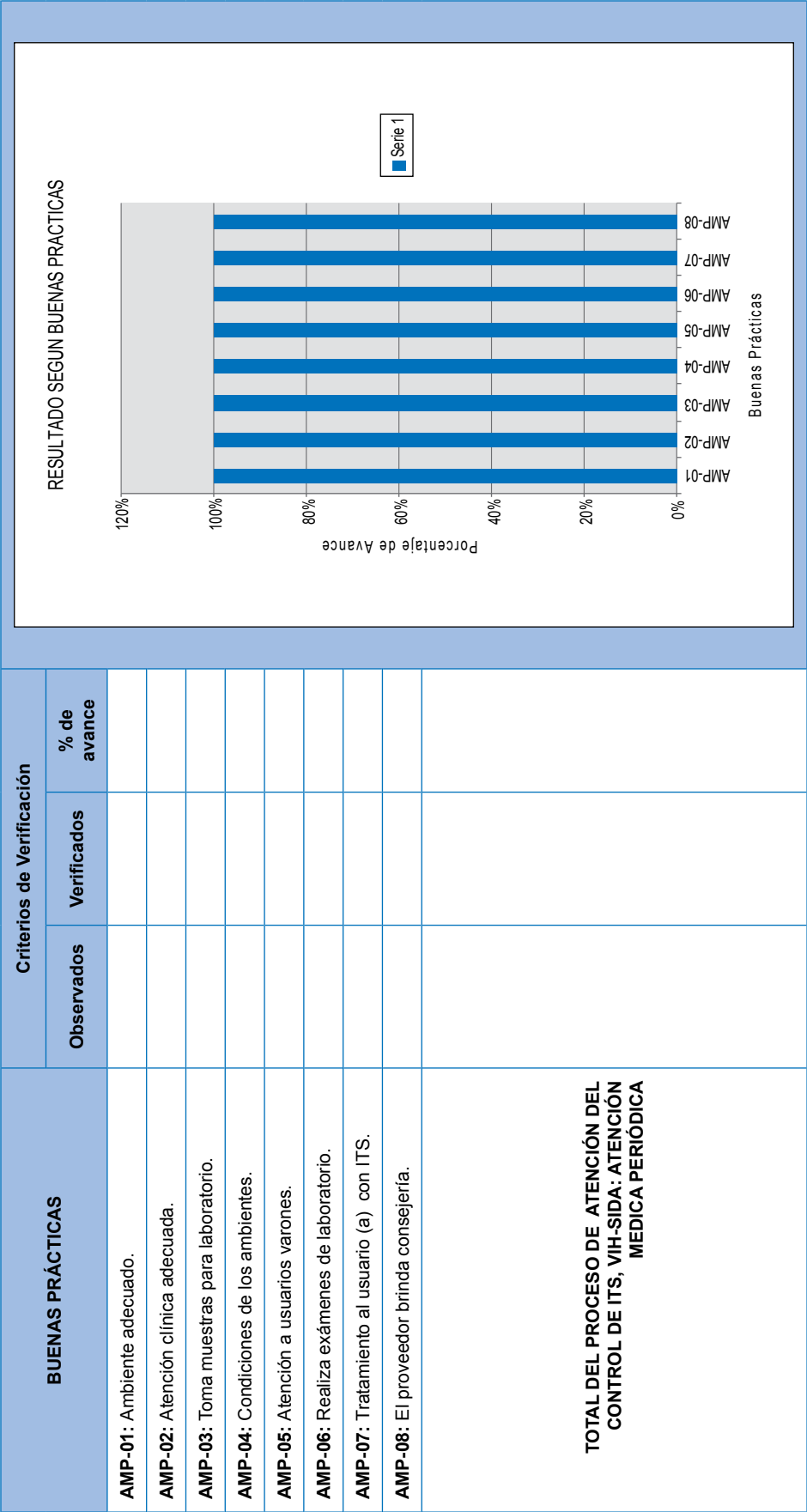
| BUENA PRÁCTICA AMP-08 El proveedor/a brinda consejería a los pacientes en la AMP según normatividad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                             |     |              |    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|----|----|
| Objetivo Sanitario: Reducir los casos de ITS/VIH-SIDA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                             |     |              |    |    |
| N°                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                   | CD  | Verificación |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |     | SI           | NO | NA |
| 01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Lo saluda cordialmente                                                                      | RPU |              |    |    |
| 02                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Se presenta con su nombre y profesión si el usuario (a) es nuevo                            | RPU |              |    |    |
| 03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Lo llama por su nombre y apellidos o nombre social si es consulta de seguimiento            | RPU |              |    |    |
| 04                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Mantiene la privacidad durante la consejería. <b>VER AYUDA AMP-08-04</b>                    | RPU |              |    |    |
| 05                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | La consejería enfatiza las 4C                                                               | HAC |              |    |    |
| 06                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Enfatiza los mensajes educativos sobre uso y negociación del condón                         | IU  |              |    |    |
| 07                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Orienta sobre cuidado del cuerpo y de la salud, reconocimientos de signos y síntomas de ITS | IU  |              |    |    |
| 08                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Orienta para la búsqueda de servicios de salud                                              | IU  |              |    |    |
| 09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Orienta sobre prácticas sexuales de menor riesgo. <b>VER AYUDA AMP-08-09</b>                | IU  |              |    |    |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Motiva con proyectos de vida alternativos al trabajo sexual                                 | IU  |              |    |    |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Brinda seguridad y apoyo al usuario                                                         | RPU |              |    |    |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Administra tratamiento supervisado para las ITS, si corresponde                             | HAC |              |    |    |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Ofrece condones mensuales según norma y necesidad del usuario                               | GLS |              |    |    |
| <b>TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                             |     |              |    |    |
| <b>COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                             |     |              |    |    |
| VER AYUDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                             |     |              |    |    |
| AMP-08-04                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                             |     |              |    |    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambiente adecuado para consejería</li> <li>• Mantener la puerta del consultorio cerrada todo el tiempo de la consulta</li> <li>• No permitir la entrada o salida de personas sin autorización del usuario</li> <li>• Mantener un tono de voz bajo para mantener la privacidad de la conversación</li> <li>• Explicar al usuario que se mantendrá la confidencialidad siempre</li> </ul> |                                                                                             |     |              |    |    |

| AMP-08-09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Riesgo Alto:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sexo receptivo, vaginal o anal sin condón</li><li>• Sexo penetrativo, vaginal o anal sin condón</li><li>• Sexo oral sin barrera de látex</li><li>• Compartir juguetes sexuales sin condón</li><li>• Relaciones sexuales bajo el efecto de las drogas o el alcohol</li><li>• Relaciones sexuales con más de una pareja sexual</li></ul> | <b>Riesgo Bajo:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Uso consistente y adecuado del condón en las relaciones sexuales vaginales, orales y anales (con lubricante)</li></ul> | <b>Sin Riesgo:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tener una sola pareja sexual y ser mutuamente fieles.</li><li>• Abstinencia sexual</li><li>• Sexo sin penetración: sexo interfemoral (entre los muslos), abrazos, masajes, frotación cuerpo a cuerpo, masturbar a la pareja evitando el contacto con fluidos</li></ul> |

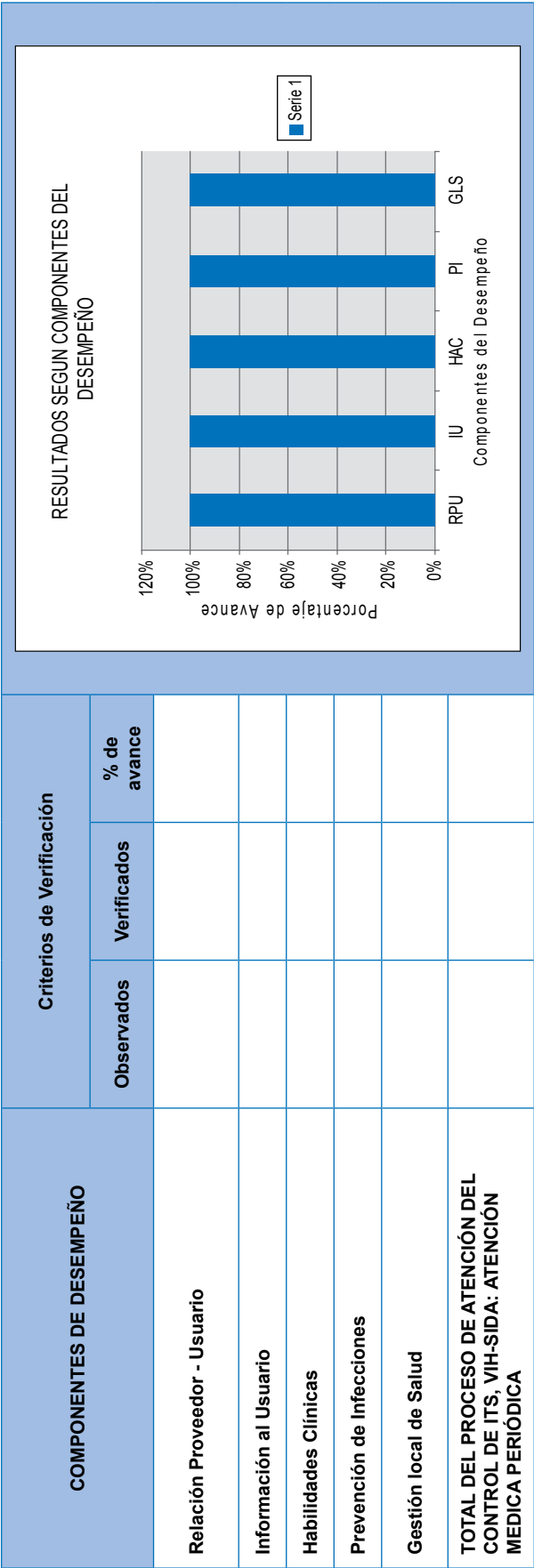
| MINISTERIO DE SALUD                        | INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE PROCESOS DE ATENCIÓN DE SALUD<br>ATENCIÓN DEL CONTROL DE ITS, VIH-SIDA: ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA |                           |   |   |   |   |   |   |            |   |    |    |    |    | HOJA RESUMEN<br>MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE BUENAS PRÁCTICAS |    |    |    |    |    |    |    |   |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|------------|---|----|----|----|----|------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|---|
| DIRESA:                                    | RED:                                                                                                                                       | CÓDIGO RENAES:            |   |   |   |   |   |   | MICRORRED: |   |    |    |    |    |                                                            |    |    |    |    |    |    |    |   |
| ESTABLECIMIENTO:                           |                                                                                                                                            | CATEGORIA:                |   |   |   |   |   |   | FECHA:     |   |    |    |    |    |                                                            |    |    |    |    |    |    |    |   |
| BUENAS PRÁCTICAS                           |                                                                                                                                            | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN |   |   |   |   |   |   |            |   |    |    |    |    |                                                            |    |    |    |    |    |    |    |   |
|                                            |                                                                                                                                            | 1                         | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8          | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14                                                         | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | % |
| AMP-01: Ambiente adecuado                  |                                                                                                                                            |                           |   |   |   |   |   |   |            |   |    |    |    |    |                                                            |    |    |    |    |    |    |    |   |
| AMP-02: Atención clínica adecuada          |                                                                                                                                            |                           |   |   |   |   |   |   |            |   |    |    |    |    |                                                            |    |    |    |    |    |    |    |   |
| AMP-03: Toma muestras para laboratorio     |                                                                                                                                            |                           |   |   |   |   |   |   |            |   |    |    |    |    |                                                            |    |    |    |    |    |    |    |   |
| AMP-04: Condiciones de los ambientes       |                                                                                                                                            |                           |   |   |   |   |   |   |            |   |    |    |    |    |                                                            |    |    |    |    |    |    |    |   |
| AMP-05: Atención a usuarios varones        |                                                                                                                                            |                           |   |   |   |   |   |   |            |   |    |    |    |    |                                                            |    |    |    |    |    |    |    |   |
| AMP-06: Realiza exámenes de laboratorio    |                                                                                                                                            |                           |   |   |   |   |   |   |            |   |    |    |    |    |                                                            |    |    |    |    |    |    |    |   |
| AMP-07: Tratamiento al usuario (a) con ITS |                                                                                                                                            |                           |   |   |   |   |   |   |            |   |    |    |    |    |                                                            |    |    |    |    |    |    |    |   |
| AMP-08: El proveedor brinda consejería     |                                                                                                                                            |                           |   |   |   |   |   |   |            |   |    |    |    |    |                                                            |    |    |    |    |    |    |    |   |

Anote en cada cuadrícula correspondiente a los Criterios el resultado de la observación, con las letras siguientes: SI (1); NO (2); NO APLICA (9)  
El total de criterios OBSERVADOS es la suma de los consignados SI más NO. Los criterios consignados NO APLICA, no se consideran observados.  
El total de criterios VERIFICADOS son todos los consignados SI (1). El porcentaje es el total de VERIFICADOS entre el total de OBSERVADOS por CIEN

RESULTADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DEL CONTROL DE ITS, VIH-SIDA: ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA.



RESULTADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DEL CONTROL DE ITS, VIH-SIDA: ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA SEGÚN COMPONENTES DE DESEMPEÑO.



**ANEXO N° 07****EJEMPLO DE RESOLUCION DIRECTORAL DE RECONOCIMIENTO A NIVEL DE ESTABLECIMIENTO****RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° \_\_\_\_\_**

**VISTO:** El Proveído N° 492-\_\_\_\_\_, del 26 de Julio de 2011, por intermedio del cual el Director Ejecutivo de Salud de las Personas solicita al Director de Asesoría Jurídica proyectar resolución de felicitación a favor del Centro de Salud Los Toribianitos; y

**CONSIDERANDO:**

Mediante Oficio N° 256-\_\_\_\_\_, del 20 de julio de 2011, el Director de Servicios de Salud de la DIRESA \_\_\_\_\_, solicita proyectar Resolución de Felicitación al Director Ejecutivo de Administración, a favor del personal profesional del Centro de Salud \_\_\_\_\_; acompañando para el efecto los informes de medición basal y de segunda medición de la Mejora del Desempeño de los Procesos de Atención de dicho Centro de Salud, los mismos que demuestran una mejora significativa que alcanza el desempeño adecuado en 10 de los 11 procesos de atención a los que se aplicó la medición, lo cual amerita Reconocimiento al Logro Alcanzado, según lo especifica el numeral 6.3.2 de la Directiva Administrativa "Metodología para la Mejora del Desempeño en Base a Buenas Prácticas para el Primer Nivel de Atención", aprobada mediante R.M. N° \_\_\_\_\_.

Mediante Proveído N° 492-\_\_\_\_\_, del 26 de julio de 2011, el Director Ejecutivo de Salud de las Personas hace suyo el contenido del Oficio N° 256-\_\_\_\_\_, del 20 de julio de 2011, y dispone mediante el documento de visto al Director de la Oficina de Asesoría Jurídica proyectar la respectiva Resolución,

El Director General de la Dirección Regional de Salud de \_\_\_\_\_, con el afán de contribuir con el mejor ejercicio de las funciones asignadas, acogéndose a los programas de bienestar decide por la Felicitación de Acciones Excepcionales o de Calidad Extraordinaria relacionada directamente con las funciones desempeñadas por los administrados, en el sentido de reconocer por escrito por el trabajo realizado por ser de especial interés de las entidades y de la administración pública,

Al amparo del artículo 9° de la Constitución Política del Perú, Ley General de Salud Ley N° 26842, Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud \_\_\_\_\_ aprobado por Ordenanza Regional N° \_\_\_\_\_, Ley 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria la Ley 27902, Resolución Ministerial \_\_\_\_\_, que aprueba la Directiva Administrativa "Metodología para la Mejora del Desempeño en Base a Buenas Prácticas para el Primer Nivel de Atención", y Resolución Ejecutiva Regional \_\_\_\_\_, que faculta al Director General emitir Resoluciones,

Estando a las facultades conferidas al Director Ejecutivo de Administración, a propuesta del Director Ejecutivo de Salud de las Personas y con Visto Bueno del Director de Asesoría Jurídica de la Dirección Regional de Salud \_\_\_\_\_,

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** En mérito a lo expuesto en la parte considerativa de la presente Resolución, esta Dirección General de la Dirección Regional de Salud \_\_\_\_\_, expresa su FELICITACION al Centro de Salud Los Toribianitos, por sus logros destacados en la aplicación de la Metodología de Mejora del Desempeño, habiendo alcanzado el calificativo de DESEMPEÑO ADECUADO.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** FELICITAR, al personal del Centro de Salud Los Toribianitos, por su participación y compromiso institucional que hizo posible el logro señalado, según lista que se detalla:

**NOMBRES Y APELLIDOS**

MANUEL CASTRO PEÑA

POLITA AVALOS HUAPAYA

CARMEN GAMARRA LOPEZ

**PROFESION**

MEDICO CIRUJANO

MEDICO CIRUJANO

OBSTETRA

|                                |                        |
|--------------------------------|------------------------|
| MICHAEL JACKSON FUENTES RIVAS  | OBSTETRA               |
| HIPOLITO MELENDEZ ARANIBAR     | ENFERMERO              |
| ROSIDO TOLENTINO MONZON        | ENFERMERO              |
| JORGE OSWALDO HUARSAYA LINARES | BIOLOGO                |
| SIMI MURAYARI LOMAS            | TECNICA DE ENFERMERIA  |
| LLERME OCHOA FALCON            | TECNICA DE ENFERMERIA  |
| GUILLERMO FERNANDEZ BURGOS     | TECNICO ADMINISTRATIVO |
| LEONARDO FAVIO FABIAN ROSAS    | PERSONAL DE APOYO      |

**ARTÍCULO TERCERO:** Encargar al Área de Registro, Escalafón, Archivo y Legajo a fin de hacer de conocimiento con un ejemplar de la presente Resolución al Jefe del Centro de Salud Los Toribianitos, así como al personal que se indica.

**REGISTRESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE,**

**ANEXO N° 08****EJEMPLO DE RESOLUCIÓN DIRECTORAL DE RECONOCIMIENTO A NIVEL DE RED O MICRORRED****RESOLUCION DIRECTORAL N° \_\_\_\_\_**

VISTO: El Proveído N° 492-\_\_\_\_\_, del 26 de Julio de 2011, por intermedio del cual el Director Ejecutivo de Salud de las Personas solicita al Director de Asesoría Jurídica proyectar resolución de felicitación a favor de la Red de Servicios de Salud Arco Iris; y

**CONSIDERANDO:**

Mediante Oficio N° 256-\_\_\_\_\_, del 20 de julio de 2011, el Director de Servicios de Salud de la DIRESA \_\_\_\_\_, solicita proyectar Resolución de Felicitación al Director Ejecutivo de Administración, a favor del equipo de gestión de la Red de Servicios de Salud Arco Iris, y del personal profesional de la Red de Servicios de Salud Arco Iris que se indica; acompañando para el efecto los informes de medición basal y de segunda medición de la Mejora del Desempeño de los Procesos de Atención de los establecimientos de salud de dicha Red, los mismos que demuestran una mejora significativa que alcanza el desempeño adecuado en dos de las tres Microrredes que integran la Red, lo cual amerita Reconocimiento al Logro Alcanzado, según lo especifica el numeral 6.3.3 de la Directiva Administrativa "Metodología para la Mejora del Desempeño en Base a Buenas Prácticas para el Primer Nivel de Atención", aprobada mediante R.M. N° \_\_\_\_\_.

Mediante Proveído N° 492-\_\_\_\_\_, del 26 de julio de 2010, el Director Ejecutivo de Salud de las Personas hace suyo el contenido del Oficio N° 256-\_\_\_\_\_, del 20 de julio de 2011, y dispone mediante el documento de visto al Director de la Oficina de Asesoría Jurídica proyectar la respectiva Resolución,

El Director General de la Dirección Regional de Salud de \_\_\_\_\_, con el afán de contribuir con el mejor ejercicio de las funciones asignadas, acogiendo a los programas de bienestar decide por la Felicitación de Acciones Excepcionales o de Calidad Extraordinaria relacionada directamente con las funciones desempeñadas por los administrados, en el sentido de reconocer por escrito por el trabajo realizado por ser de especial interés de las entidades y de la administración pública,

Al amparo del artículo 9° de la Constitución Política del Perú, Ley General de Salud Ley N° 26842, Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud \_\_\_\_\_ aprobado por Ordenanza Regional N° \_\_\_\_\_, Ley 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria la Ley 27902, Resolución Ministerial \_\_\_\_\_, que aprueba la Directiva Administrativa "Metodología para la Mejora del Desempeño en Base a Buenas Prácticas para el Primer Nivel de Atención", y Resolución Ejecutiva Regional \_\_\_\_\_, que faculta al Director General emitir Resoluciones,

Estando a las facultades conferidas al Director Ejecutivo de Administración, a propuesta del Director Ejecutivo de Salud de las Personas y con Visto Bueno del Director de Asesoría Jurídica de la Dirección Regional de Salud \_\_\_\_\_,

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** En mérito a lo expuesto en la parte considerativa de la presente Resolución, esta Dirección General de la Dirección Regional de Salud \_\_\_\_\_, expresa su FELICITACION a la Red de Servicios de Salud Arco Iris, por sus logros destacados en la aplicación de la Metodología de Mejora del Desempeño, habiendo alcanzado el calificativo de DESEMPEÑO ADECUADO.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** FELICITAR, a los integrantes del equipo de gestión de la Red de Servicios de Salud Arco Iris, por su participación y compromiso institucional que hizo posible el logro señalado, según lista que se detalla:

TARCISIO GOMEZ BOLAÑOS  
FAUSTINO CORDOVA LAURENTE  
TERESA CONTRERAS IZQUIERDO

DIRECTOR DE LA RED  
DIRECTOR DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD  
DIRECTORA ADMINISTRATIVA

**ARTÍCULO TERCERO:** FELICITAR, al personal que se indica, por su participación y compromiso institucional que hizo posible el logro señalado, según lista que se detalla:

| <b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>       | <b>PROFESIÓN</b>       | <b>ESTABLECIMIENTO</b> |
|----------------------------------|------------------------|------------------------|
| <b>MICRORRED LOS VILLANCICOS</b> |                        |                        |
| MANUEL CASTRO PEÑA               | MÉDICO CIRUJANO        | Toribianitos           |
| POLITA AVALOS HUAPAYA            | MÉDICO CIRUJANO        | Toribianitos           |
| CARMEN GAMARRA LOPEZ             | OBSTETRA               | Toribianitos           |
| MICHAEL JACKSON FUENTES RIVAS    | OBSTETRA               | Toribianitos           |
| HIPOLITO MELENDEZ ARANIBAR       | ENFERMERO              | Toribianitos           |
| ROSIDO TOLENTINO MONZON          | ENFERMERO              | Toribianitos           |
| JORGE OSWALDO HUARSAYA LINARES   | BIÓLOGO                | Toribianitos           |
| SIMI MURAYARI LOMAS              | TECNICA DE ENFERMERIA  | Toribianitos           |
| LLERME OCHOA FALCON              | TÉCNICA DE ENFERMERIA  | Toribianitos           |
| GUILLERMO FERNANDEZ BURGOS       | TÉCNICO ADMINISTRATIVO | Toribianitos           |
| LEONARDO FAVIO FABIAN ROSAS      | PERSONAL DE APOYO      | Toribianitos           |
| ROSA BEDOYA SANDOVAL             | MÉDICO CIRUJANO        | San Pedro              |
| CLAUDIO CAMASCA VARGAS           | ENFERMERO              | San Pedro              |
| ISELA VERÓNICA CHAFALOTE ORBE    | ENFERMERO              | San Pedro              |
| WILLY CHIPANA VIDAL              | TÉCNICO DE ENFERMERIA  | San Pedro              |
| MERCEDES DIAZ POMACHAGUA         | TÉCNICO DE ENFERMERIA  | San Pedro              |
| CRISTY GIL CAMACHO               | TÉCNICO DE ENFERMERIA  | San Pedro              |
| HELEN HUAMÁN CORREA              | TÉCNICO DE ENFERMERIA  | San Pedro              |
| NESTOR HUAMÁN VELASQUEZ          | TÉCNICO DE ENFERMERIA  | San Pedro              |
| EDGARDO HUARHUA CAÑAS            | TÉCNICO SANITARIO      | San Pedro              |
| HAYDEE JIMENEZ MAYS              | TÉCNICO SANITARIO      | San Pedro              |
| <b>MICRORRED SEÑOR DE SIPAN</b>  |                        |                        |
| GILBERTO SANDOVAL RUPERTO        | MÉDICO CIRUJANO        | Zacate                 |
| PONCIANO SERRATO CHANAME         | OBSTETRA               | Zacate                 |
| DOROTEO ARANGO SIALER            | ENFERMERO              | Zacate                 |
| MARC ANTHONY TICONA TUANAMA      | TÉCNICO EN ENFERMERIA  | Zacate                 |
| JENNIFER LOPEZ TORRES            | TÉCNICO EN ENFERMERIA  | Zacate                 |
| JOE ARROYO USQUIANO VITELA       | TÉCNICO EN ENFERMERIA  | Zacate                 |
| VELEZ SAAVEDRA ROSEDYN           | TÉCNICO EN ENFERMERIA  | Zacate                 |
| HIROMI YAMAGUCHI DIAZ            | TÉCNICO EN ENFERMERIA  | Zacate                 |

**ARTÍCULO CUARTO:** Encargar al Área de Registro, Escalafón, Archivo y Legajo a fin de hacer de conocimiento con un ejemplar de la presente Resolución al Director de la Red de Servicios de Salud Arco Iris, así como al personal que se indica.

**REGISTRESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE,**

**ANEXO N° 09****INSTRUMENTO DE MONITOREO DE LA GESTIÓN DE LA MEJORA DEL DESEMPEÑO****I. DATOS GENERALES**

1. NOMBRE DE LA DIRESA: \_\_\_\_\_
2. NOMBRE DE LA RED: \_\_\_\_\_
3. NOMBRE DE LA MICRORRED: \_\_\_\_\_
4. NOMBRE DEL FUNCIONARIO ENTREVISTADO: \_\_\_\_\_
5. NOMBRE Y CARGO DEL VERIFICADOR: \_\_\_\_\_
6. LUGAR Y FECHA DE LA VERIFICACION: \_\_\_\_\_

**II. INTRODUCCION**

El presente instrumento está diseñado para recoger información sobre la gestión de los/las funcionarios y trabajadores de las DIRESA, Redes y Microrredes, en apoyo a la implementación de la Metodología de Mejora del Desempeño (MMD). Aplicando la lógica de mejorar el desempeño sobre la base de buenas prácticas, identifica las buenas prácticas de gestión que apoyarán la metodología de mejora del desempeño. Con la aplicación de este instrumento se espera identificar oportunidades de retroalimentación y fortalecimiento en:

- a) La gestión de la calidad, mejora del rendimiento del nivel directivo y su organización,
- b) El proceso de descentralización de los establecimientos de salud y
- c) El liderazgo y las prácticas de la salud pública.

**III. INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA GUÍA**

Lea con atención el estándar y los medios de verificación y anote la respuesta en las columnas correspondientes (Si, No) según sea el caso, de acuerdo a la evidencia demostrada. Otros hallazgos u observaciones complementarias pueden anotarse en la casilla de comentario. Ver instructivo.

## IV. VERIFICACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA MEJORA DEL DESEMPEÑO

| BUENAS PRÁCTICAS                                                                                                               |     | CRITERIOS DE VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                 |    | COMENTARIOS |      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------|------|--|
| NIVEL DE LA DIRESA                                                                                                             |     |                                                                                                                                                                                           |    |             |      |  |
|                                                                                                                                |     |                                                                                                                                                                                           | Si | No          | Obs. |  |
| 1. En la DIRESA, se conoce y apoya la Metodología de Mejora del Desempeño - MMD que implementan los establecimientos de salud. | 1.1 | En la DIRESA conocen la MMD <sup>1</sup>                                                                                                                                                  |    |             |      |  |
|                                                                                                                                | 1.2 | En la DIRESA tienen definido y conocen el rol de sus áreas para la MMD. <sup>2</sup>                                                                                                      |    |             |      |  |
|                                                                                                                                | 1.3 | En la DIRESA, se dispone de reportes con los resultados y brechas de las mediciones de las Redes y Microrredes de su jurisdicción.                                                        |    |             |      |  |
|                                                                                                                                | 1.4 | En la DIRESA se cuenta con copia de los planes de acción de las Redes y Microrredes de su jurisdicción.                                                                                   |    |             |      |  |
|                                                                                                                                | 1.5 | La DIRESA ha identificado brechas comunes de las Redes y Microrredes de su jurisdicción.                                                                                                  |    |             |      |  |
|                                                                                                                                | 1.6 | La DIRESA, cuenta con un plan de acción para apoyo a la MMD, que incluye: Capacitación al RRHH, dotación de insumos y logística, y mejoramiento a la infraestructura.                     |    |             |      |  |
|                                                                                                                                | 1.7 | La DIRESA, tiene nombrado a un/a funcionario/a como coordinador para Mejora del desempeño.                                                                                                |    |             |      |  |
|                                                                                                                                | 1.8 | Está definido un mecanismo de inducción sobre MMD, para funcionarios y trabajadores de salud de reciente ingreso.                                                                         |    |             |      |  |
| 2. La DIRESA, cuenta con líneas de gestión e institucionalización para la MMD.                                                 | 2.1 | La DIRESA ha contribuido a movilizar recursos adicionales de los gobiernos locales y otros programas gubernamentales para apoyar los planes de acción locales de las Redes y Microrredes. |    |             |      |  |
|                                                                                                                                | 2.2 | La DIRESA ha incorporado en su líneas programáticas y presupuestales, la MMD.                                                                                                             |    |             |      |  |
| 3. La DIRESA, cuenta con una política de reconocimientos a los establecimientos de salud y los trabajadores.                   | 3.1 | Se cuenta con una estrategia y plan de implementación del reconocimiento por el buen desempeño a los establecimientos y trabajadores de salud.                                            |    |             |      |  |
|                                                                                                                                | 3.2 | La DIRESA promueve la retroalimentación al proceso de mejora del desempeño por parte de funcionarios y trabajadores, en base a su desempeño.                                              |    |             |      |  |
| 4. La DIRESA ha definido la política de Participación Comunitaria y Alianzas Estratégicas para apoyar la MMD.                  | 4.1 | En la DIRESA, se cuenta con una política de Participación Comunitaria y Alianzas Estratégicas para apoyar la MMD, en las Redes y Microrredes.                                             |    |             |      |  |

<sup>1</sup> MMD = Es un método que define buenas prácticas, mide el desempeño, analiza brechas, implementa y da seguimiento a planes de acción y finalmente reconoce el desempeño.

<sup>2</sup> Rol= Facilitar el uso de la metodología, apoyar los planes locales de acción e implementar sus propios planes para eliminar brechas comunes y aquellas cuya resolución les compete.

|                                                                                                                                         |     | NIVEL DE LA RED                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 1. Los funcionarios de la Red conocen y apoyan la metodología de "Mejora del Desempeño", que implementan los establecimientos de salud. | 1.1 | Hay evidencia de que los funcionarios responsables de las áreas administrativas y sanitarias asociados a MMD (Salud Reproductiva, Materno Infantil, Vida Niño, Vida Adolescente, TB, VIH), ha recibido capacitación sobre el tema. |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 1.2 | La Red cuenta con copia de planes de acción de las Microrredes.                                                                                                                                                                    |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 1.3 | La Red ha identificado brechas comunes de las Microrredes.                                                                                                                                                                         |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 1.4 | Hay evidencia de un plan de acción para reducir las brechas comunes por parte de la Red.                                                                                                                                           |  |  |  |
| 2. En la Red, cuentan con un plan de seguimiento y acompañamiento de la MMD                                                             | 2.1 | Se encuentra disponible un cronograma de visitas a los establecimientos de salud de su jurisdicción.                                                                                                                               |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 2.2 | Se encuentran disponibles reportes de visitas efectuadas a los establecimientos de salud de su jurisdicción.                                                                                                                       |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 2.3 | Se encuentran disponibles reportes de avances de los planes de intervención de los establecimientos de salud de su jurisdicción.                                                                                                   |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 2.4 | La Red tiene establecido un proceso de recopilar la opinión del usuario interno y de retroalimentación, sobre su desempeño.                                                                                                        |  |  |  |
| 3. La Red dispone de un proceso de participación comunitaria y alianzas para apoyo a la MMD.                                            | 3.1 | Existen reportes/informes de los establecimientos de salud y hospitales, que evidencian la incorporación de la perspectiva de la comunidad y usuarios en la definición de buenas prácticas y criterios de verificación.            |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 3.2 | Hay evidencia de la participación comunitaria en la socialización de resultados de las mediciones y formulación del plan de acción.                                                                                                |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 3.3 | Hay evidencia de la participación comunitaria en el reconocimiento al personal por las mejoras del desempeño.                                                                                                                      |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 3.4 | Existe por escrito el mecanismo para recoger comentarios/quejas/opiniones/sugerencias de la comunidad, sobre la calidad de los servicios.                                                                                          |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 3.5 | Existen alianzas estratégicas realizadas con organismos públicos, ONGs y sector privado para apoyar la MMD.                                                                                                                        |  |  |  |
| 4. La Red propicia la institucionalización y sostenibilidad del proceso                                                                 | 4.1 | La Red ha designado oficialmente un coordinador para el seguimiento de la MMD.                                                                                                                                                     |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 4.2 | Existe evidencia de que la Red ha incorporado en su agenda de trabajo regular, el seguimiento de acciones vinculadas a la implementación de la MMD.                                                                                |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 4.3 | La MMD, forma parte de los planes de largo plazo institucional de la Red.                                                                                                                                                          |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 4.4 | La Red ha incorporado líneas presupuestales para asegurar la continuidad de la MMD.                                                                                                                                                |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 4.5 | La Red ha gestionado recursos adicionales de los gobiernos locales y otros programas gubernamentales para financiar intervenciones que forman parte de los planes de acción locales.                                               |  |  |  |

| NIVEL DE MICRORRED                                                                               |     |                                                                                                                                                                                                |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 1. Los funcionarios de la Microrred están capacitados en la metodología de Mejora del Desempeño. | 1.1 | Existe evidencia de que todos los facilitadores y trabajadores han recibido capacitación sobre MMD.                                                                                            |  |  |  |
|                                                                                                  | 1.2 | Existe evidencia de que todos los funcionarios tienen conocimiento y manejo de instrumentos que contienen las “buenas prácticas”.                                                              |  |  |  |
|                                                                                                  | 1.3 | Existe evidencia de que todos los trabajadores de la Microrred han participado en mediciones y formulaciones del plan de acción.                                                               |  |  |  |
| 2. En la Microrred, cuentan con un plan de acompañamiento y seguimiento a la MMD.                | 2.1 | La Microrred dispone de las copias físicas de las mediciones del desempeño de los establecimientos de salud de su jurisdicción.                                                                |  |  |  |
|                                                                                                  | 2.2 | Se encuentra disponible un cronograma de visitas a los establecimientos de salud de su jurisdicción.                                                                                           |  |  |  |
|                                                                                                  | 2.3 | Se encuentran disponibles reportes de visitas efectuadas a unidades sanitarias de su jurisdicción.                                                                                             |  |  |  |
|                                                                                                  | 2.4 | Se encuentran disponibles reportes de avances de los planes de mejora del desempeño en los establecimientos de salud de su jurisdicción.                                                       |  |  |  |
| 3. La Microrred propicia la institucionalización y sostenibilidad de la MMD.                     | 3.1 | La MMD, forma parte de los Planes Operativos Institucionales-POI de los establecimientos de salud.                                                                                             |  |  |  |
|                                                                                                  | 3.2 | Existe evidencia de que la Microrred ha incorporado en el POI, el seguimiento de acciones vinculadas a la MMD.                                                                                 |  |  |  |
|                                                                                                  | 3.3 | La Microrred ha gestionado los recursos adicionales de los gobiernos locales y otros programas gubernamentales para financiar intervenciones que forman parte de los planes de acción locales. |  |  |  |
| 4. La Microrred dispone de un proceso de participación comunitaria y alianzas definido.          | 4.1 | Se encuentra el reporte que identifique la participación comunitaria en la definición de buenas prácticas.                                                                                     |  |  |  |
|                                                                                                  | 4.2 | Hay evidencia de la participación comunitaria en la socialización de resultados de las mediciones y formulación del plan de acción.                                                            |  |  |  |
|                                                                                                  | 4.3 | Existe por escrito el mecanismo para recoger comentarios/quejas/opiniones/sugerencias de la comunidad, sobre la calidad de los servicios.                                                      |  |  |  |
|                                                                                                  | 4.4 | Hay evidencia de la participación comunitaria en el reconocimiento al personal por las mejoras del desempeño.                                                                                  |  |  |  |
|                                                                                                  | 4.5 | Existen alianzas estratégicas realizadas con organismos públicos y ONG's para apoyar la Mejora del Desempeño.                                                                                  |  |  |  |

**RESUMEN DIRESA**

|                      |          |
|----------------------|----------|
| No. Buenas Prácticas | <b>4</b> |
| Alcanzadas           | <b>0</b> |
| No alcanzadas        | <b>0</b> |

**RESUMEN RED**

|                      |          |
|----------------------|----------|
| No. Buenas prácticas | <b>4</b> |
| Alcanzadas           | <b>0</b> |
| No alcanzadas        | <b>0</b> |

**RESUMEN MICRORRED**

|                      |          |
|----------------------|----------|
| No. Buenas prácticas | <b>4</b> |
| Alcanzadas           | <b>0</b> |
| No alcanzadas        | <b>0</b> |

## INSTRUCTIVO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA MEJORA DEL DESEMPEÑO

### I. Introducción

El presente instructivo, tiene como propósito orientar al llenado del instrumento de verificación de la gestión de los/las funcionarios/as de las DIRESA, Redes y Microrredes, en apoyo de la Metodología de Mejora del Desempeño – MMD.

Los equipos directivos cumplen una función importante de liderazgo, planificación, desarrollo de políticas, gestión y búsqueda de alianzas para apoyar y fortalecer a los equipos técnicos, en el mejoramiento de su desempeño, y así proveer servicios de salud con calidad.

Para medir el desempeño de los/las funcionarios/as y trabajadores y constatar el cumplimiento de la MMD, se ha creado una lista de verificación de actividades estándar, que todos y todas deben cumplir.

### II. Estructura del instrumento:

El instrumento de verificación de la gestión está organizado de la siguiente manera:

- En la primera columna se encuentran las buenas prácticas de desempeño.
- Cada estándar incluye los criterios requeridos para verificar su cumplimiento; estos criterios de verificación se ubican en la segunda columna.
- La tercera columna y cuarta columna es el espacio para anotar el resultado de la verificación del cumplimiento de cada criterio. SI ó NO.
- En la quinta y última columna se pueden consignar los comentarios u observaciones relacionadas a cada buena práctica o criterio de verificación.
- El pie de página, constituye una ayuda para orientar al verificador a anotar el resultado en preguntas abiertas.
- Los instrumentos tienen tres secciones para su aplicación por nivel de gestión/operación, la primera es para aplicar a funcionarios de las DIRESA, la segunda para aplicar a funcionarios de la Red y la última para aplicar a trabajadores de la Microrred.

Al final del instrumento se encuentra un cuadro resumen que incluye: número total de buenas prácticas, total de buenas prácticas alcanzadas y total de buenas prácticas no alcanzadas, para cada una de los niveles mencionados anteriormente.

### III. Recolección de información:

#### 3.1 Entrevista

Para la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas y criterios de verificación, la técnica clave es la entrevista a los funcionarios y trabajadores sanitarios directamente involucrados con la misma. Durante la entrevista deberá leerse el criterio de verificación respectivo y debe esperarse la respuesta del entrevistado/a, y anotar según sea el caso en las columnas: "Sí" o "No". Considerar que la mayoría de la respuesta requiere tener a la vista la evidencia de lo que se está cuestionando.

#### 3.2 La revisión documental

En su mayoría los criterios de verificación requieren la evidencia del desarrollo de los procesos y/o actividades, por lo tanto deberá tenerse a la vista la documentación escrita (Políticas, acuerdos, actas, programas, reportes, informes, agendas, listas de participantes, instrumentos de medición del desempeño, planes de intervención, encuestas, otros archivos de gestión, físicos y/o electrónicos), según requiera el medio de verificación, por ejemplo si el medio de verificación dice "Se encuentra disponible un cronograma de visitas a los establecimientos de salud de su jurisdicción", se deberá observar físicamente dicho cronograma.

La persona que recolecta información no deberá realizar ninguna anotación en los documentos originales. Al concluir la revisión, los documentos deben ser devueltos inmediatamente; al menos que se autorizó por el/la funcionario/a no deberá retirarse documentos de la oficina correspondiente y mucho menos fuera del establecimiento.

#### **IV. Como llenar el instrumento**

Dependiendo de la instancia donde se va a medir el desempeño a la gestión, deberá aplicarse solo las buenas prácticas identificados para ese nivel, por ejemplo, si la entrevista va a realizarse a un funcionario de la DIRESA, solo aplicar las primeros cuatro (4) buenas prácticas.

La persona que mide el desempeño debe utilizar los siguientes códigos:

Si = cuando cumple el criterio de verificación, No = Cuando no se cumple

- Registrar inmediatamente la información recolectada
- Marcar una "X" en la columna "Si", "No", según sea el resultado
- En la columna de comentarios, registrar todos los comentarios pertinentes, de forma clara y concisa, tratando de resaltar hallazgos importantes relacionados al cumplimiento o no del estándar

TODOS los criterios de verificación deben tener una "X" en el espacio correspondiente. NO dejar NINGUNO en blanco.

#### **Cuando registrar SI**

Marque X si el ítem se efectúa o se cumple como está descrito. Ejemplo:

El criterio de verificación del estándar dice: "Funcionarios de la Microrred/Red/DIRESA cuentan con copia de planes de acción de los establecimientos de salud de su jurisdicción." Si Ud. observa y comprueba que se cuenta con las copias de los planes, marque X en la columna Si

#### **Cuando registrar NO:**

Si el ítem no se cumple como está descrito (incorrecto o incompleto.) marque una X en la columna No. Siguiendo el mismo ejemplo si usted no comprueba la existencia de los planes, marque X en la casilla No.

Para algunos medios de verificación se plantea una pregunta abierta, por ejemplo el criterio 1.1: "En la DIRESA conocen la MMD", para poder calificar con un Si, el entrevistado debe responder aproximándose a lo que se describe en el pie de página, de lo contrario se marcará en la casilla No.

#### **Aspectos importantes que deben considerarse**

Informar anticipadamente al funcionario/trabajador sobre la verificación del desempeño, indicar, fecha, hora y lugar.

Durante la entrevista/verificación no intervenir, ni demostrar gestos de aprobación o desaprobación.

#### **NOTA COMPLEMENTARIA**

- A cada instrumento de medición se agregó el espacio para registrar el Código RENAES.
- Se ha modificado el número del Instrumento 4.2 (página 178), corresponde al 4.1 Atención del recién nacido.
- Considerando la R.M. N° 291-2006/MINSA y la R.M. N° 133-2008/MINSA, se ha complementado la información de la AYUDA de la buena práctica: INF-05-09 (página 213)

**Metodología para la mejora del desempeño en base a buenas prácticas para la  
atención de salud en el primer nivel de atención**

**Directiva Administrativa N° 193-MINSA/DGSP-V.01**

Se terminó de imprimir en noviembre de 2012  
en los talleres gráficos de SINCO editores  
Jr. Huaraz 449 - Breña • Teléfono 433-5974  
[sincoeditores@yahoo.com](mailto:sincoeditores@yahoo.com)





Av. Salaverry 801 - Lima 11  
INFOSALUD 0800-10828  
[www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)