



PERÚ

Ministerio  
de Salud

## Módulo 3

# AUDITORÍA PARA EL MANEJO ESTANDARIZADO DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES





PERÚ

Ministerio  
de Salud

## Módulo 3



# AUDITORÍA PARA EL MANEJO ESTANDARIZADO DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES



Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Auditoría para el Manejo Estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales: Módulo 3 (Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales) / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva -- Lima: Ministerio de Salud; 2010.

102 p.; ilus.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD, organización & administración / SALUD PÚBLICA / ATENCIÓN DE EMERGENCIAS NEONATOLOGÍA / OBSTETRICIA, organización & administración / CAPACITACIÓN / HISTORIA CLÍNICA / AUDITORÍA ADMINISTRATIVA / AUDITORÍA CLÍNICA

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2010-07618  
ISBN: 978-9972-776-29-8

Documento Técnico Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales. "Auditoría para el Manejo Estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales: Módulo 3"

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

© MINSA, Setiembre 2010

Fotografías: MINSA, INMP

Ministerio de Salud  
Av. Salaverry N° 801, Jesús María  
Lima 11 - Perú  
Teléfono: (511) 315 6600  
<http://www.minsa.gob.pe>  
[webmaster@minsa.gob.pe](mailto:webmaster@minsa.gob.pe)

Primera edición  
Tiraje: 1000 ejemplares

Diseño, diagramación e impresión  
Publimagen ABC sac  
Calle Collasuyo 125, Lima 28  
[publimagenabc@yahoo.es](mailto:publimagenabc@yahoo.es)  
Teléfono: (511) 526 9392

Versión digital disponible: <http://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp>  
Versión en DVD Multimedia

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de las agencias de Cooperación Internacional que trabajan en el Perú. Tiene además la generosa contribución del pueblo de los Estados Unidos de América, USAID Perú; a través del Proyecto Calidad en Salud/USAID. USAID no comparte necesariamente las opiniones vertidas en esta publicación.

---

*Derechos reservados.*

*La reproducción total o parcial de esta publicación está permitida siempre que se cite su procedencia y no tenga fines comerciales o de lucro.*

Dr. ÓSCAR RAÚL UGARTE UBILLUZ  
Ministro de Salud

Dr. ELÍAS MELITÓN ARCE RODRÍGUEZ  
Vice Ministro de Salud

Dr. CARLOS MANUEL ACOSTA SAAL  
Director General  
Dirección General de Salud de las Personas

Dra. LUCY VIRGINIA DEL CARPIO ANCAYA  
Coordinadora Nacional  
Estrategia Sanitaria Nacional de Salud  
Sexual y Reproductiva

2010



## EL MODELO DE INTERVENCIÓN FUE ELABORADO CON LA PARTICIPACIÓN DE:

### MINISTERIO DE SALUD

Dr. Carlos Manuel Acosta Saal  
Dr. Orlando Martín Clendenes Alvarado  
Dr. Edward Cruz Sánchez  
Dr. Pedro Abad Barredo  
Dr. Esteban Chiotti Kaneshima  
Dra. Lucy del Carpio Ancaya  
Lic. Carmen Julia Carpio Becerra  
Lic. Carmen Mayurí Morón  
Lic. Marisol Campos Fanola  
Lic. Ulalia Cárdenas Cruzatti  
Lic. Marita de los Ríos Guevara  
Lic. Neri Fernández Michuy  
Lic. Sandra Barraza Soto  
Lic. Doris Valdez Robles  
Lic. Tatiana Ramírez Aldea  
Dr. Manuel Núñez Vergara  
Dr. Luis García Corcuera  
Dr. Víctor Correa Tineo  
Dr. Luis Alfonso Meza Santibañez  
Dr. Luis Miguel León García  
Dra. Fresia Cárdenas García  
Dra. Rosa Vilca Bengoa  
Dra. Graciela Zacarías Aguirre  
Dra. María Pereyra Quiros  
Ing. Dulcinea Zúñiga Abregú  
Dra. Ariela Luna Flores  
Dra. Janet Apac Robles  
Dr. José Bolarte Espinoza  
Dr. José Fernando Arias Robles  
Dra. Nadia Martínez Jiménez  
Dra. Ana Carmela Vásquez Quispe Gonzáles  
Lic. Jessica Graña Espinoza  
Lic. Elva Edith Huamán Ávila  
Lic. Miriam Solís Rojas  
Ing. Luis Enrique de la Cruz  
Ing. Enrique Gómez Reyes  
Lic. William Anchiraco Agudo  
Lic. Judith Fabián Manzano  
Lic. Olinda Yaringaño Quispe  
Lic. Mila Villegas Pérez

### INSTITUTO NACIONAL DE SALUD OFICINA GENERAL DE INVESTIGACIÓN Y TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA

Lic. Gladys Garro Núñez

### CENTRO DE SALUD INTERCULTURAL

Dr. Neptalí Cueva Maza  
Dr. Pedro Ipanaque Luyo  
Lic. Aura Rivas Chiroque  
Lic. Doris Meneses Tutaya

### INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

Dr. Jorge Corimanya Paredes

### INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Dr. Pedro Mascaro Sánchez  
Dr. Julio E. Portella Mendoza  
Dra. Tania Paredes Quiliche  
Dra. Julia Rosmery Hinojosa Pérez  
Dra. María Mur Dueñas  
Dra. Marta Santillán Mercado  
Dra. Carmen Rosa Dávila Aliaga  
Dr. Juan Carlos Olivos Rengifo  
Lic. Reyna Aranda Guillén

### SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Dr. Ángel Pino Cárdenas

### HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ

Dr. Santiago Cabrera Ramos

### SOCIEDAD PERUANA DE PEDIATRÍA

Dra. Luz Dodobara Sadamori  
Dr. Raúl Urquiza Aréstegui

### SOCIEDAD PERUANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Dr. Nazario Carrasco Izquierdo  
Dr. Alfonso Villacorta Bazán  
Dr. Eduardo Maradiegue Méndez

### REGIÓN AYACUCHO

#### DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE AYACUCHO

Lic. Walter Bedriñana Carrasco  
Dr. Percy Barrios Ramos  
Dra. Flor de María Melgar Salcedo  
Lic. Amadea Huamani Palomino  
Lic. Ricardo Alcarraz Curi  
Lic. Liliana Vásquez Zárate  
Lic. Rosa Pomasonco Pomasonco  
Lic. Milagritos Carrasco Arones  
Lic. María Cleofé Cárdenas Cora  
Lic. Janet Arce Hernández  
Lic. Cleymer Bautista Prado  
Lic. Absel Acori Tinoco

#### HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO

Dr. Jorge Rodríguez Rivas  
Dr. Máximo Vega Alcázar  
Dr. Pablo Salinas Alvarado  
Dr. Sergio Mena Mujica  
Dr. Víctor Hugo Salcedo  
Dr. Jorge Cevallos Sáez  
Dra. Marilú Obando Corzo  
Dra. María Moquillaza Barrios  
Dra. Irene Valencia Anglas  
Dr. Juan Rondinelli Zaga  
Dr. Alfonso Parra Aybar  
Dr. Héctor Pari Pari  
Dr. Antonio Sulca Báez  
Lic. Janet Peñaloza Vargas  
Lic. Haydeé Alarcón Castilla  
Lic. Bacilia Vivanco Garfias  
Lic. Norma Córdova Flores  
Lic. Cresencia Palomino Mayhua  
Lic. Elena Miranda Vilca  
Lic. Luce Morán Martínez  
Lic. Narda Acosta Tello  
Lic. Lidia Janampa Gutiérrez  
Lic. Yolanda Cueto Sulca  
Lic. Martha Hurtado Ramírez  
Lic. Haydee Bonifacio Fernández  
Lic. Martha Carrasco Soto  
Lic. Abigail Aramburú Castilla  
Lic. Luz Muñoz Lázaro  
Lic. Demetria Accpucclla Noriega  
Lic. Celia Palomino Martínez  
Lic. Zenaída Gutiérrez Fuentes  
Lic. Serafina Pimentel Godoy  
Lic. Ana Mávila Velarde - Álvarez  
Lic. Fredy Fernández Valdivia  
Lic. Rubén Achallma Galindo  
Lic. Judith Gutiérrez Sulca  
Lic. Catherine Rodríguez  
Lic. María Fernández Cuti  
Lic. Víctor Anchay Vergara  
Lic. María Estela Solano Inca  
Lic. Sabina Díaz Medina  
Lic. María Bautista Gómez  
Téc. Justiniano Barrientos

## REDES DE SALUD

Lic. Josefina Montes Pérez, *C.S. Vilcashuamán*  
Lic. Zulema Urbina Carrasco, *C.S. de San José de Secce*  
Lic. Graciela Alca de la Cruz, *Hospital de Apoyo San Miguel*  
Lic. Edith Toro Quinto, *Centro de Salud Huancapi*

## REGIÓN ANCASH

### DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE ANCASH

Dr. Edgar Caballero Cano  
Dr. Javier Revilla Aguilar  
Lic. Sonia Rodríguez Soto  
Lic. Hugo Valentín Rodríguez  
Lic. Mónica Luján Rodríguez  
Lic. Tula Marilú Sáenz Uribe  
Lic. Guisell Espinoza Castromonte

## HOSPITALES

Dr. Alberto Peñaranda Tarazona, *Hospital V. Ramos Guardia*  
Lic. Judith Dávila Bonilla, *Hospital La Caleta*  
Lic. Rocío Coral Oliva Paredes, *Hospital Sihuas*  
Lic. Jenny Cabrera Aquino, *Hospital Sihuas*  
Dra. Celia J. Mendoza Loyola, *Hospital Sihuas*  
Lic. Nancy Lozano Flores, *Hospital Wari*  
Lic. María Bartolomé Maguiña, *Hospital de Huari*  
Lic. Marlitt M. Huané Alvarado, *Hospital Carhuaz*  
Lic. Katia Dávila Dávila, *Hospital de Casma*  
Lic. Amelia Dextre Rosales, *Hospital de Huarmey*  
Lic. Nancy López Vargas, *Hospital La Caleta*  
Lic. Maritza Carranza Aguilar, *Hospital La Caleta*  
Lic. Carmen Navarro Cáceres, *Hospital E. Guzmán Barrón*  
Lic. Miriam Ramos Tapia, *Hospital E. Guzmán Barrón*  
Lic. Julia Díaz Rosas, *Hospital Yungay*  
Lic. Rosa Sáenz Durán, *Hospital de Caraz*  
Lic. Galo Pachas Ríos, *Hospital Pomabamba*  
Lic. Edith Salomé Vásquez de la Cruz, *Hospital La Caleta*  
Lic. Zulema Alva Zurita, *Hospital de Pombamba*  
Lic. Silvia Untiveros Palacios, *Hospital Recuay*  
Lic. Zita Saavedra Alva, *Hospital La Caleta*  
Lic. Cirila Cano Herrera, *Hospital E. Guzmán Barrón*  
Lic. Rubén Blácido Gonzáles, *Hospital Recuay*  
Lic. Noé Alva de la Cruz, *Hospital de Casma*  
Lic. Miguel Santisteban Cárdenas, *Hospital Casma*  
Lic. Flor Lezama Zavaleta, *Hospital de Caraz*  
Lic. Jessi Cóndor Villanueva, *Hospital de Carhuaz*  
Lic. Sandra Alvarado Tineo, *Hospital de Yungay*

## REDES DE SALUD

Dr. Juan Carlos Peña Donayre, *Red Conchucos Sur*  
Lic. Jorge Luis Cárdenas Díaz, *MR. San Marcos*  
Lic. Reyna Margarita Escobedo Zarzosa, *MR. Yugoslavia*  
Lic. Amparo Soledad Maza Neyra, *Red Pacífico Sur*  
Lic. María del Pilar Horna López, *Red Pacífico Norte*  
Lic. Karin Príncipe Orosco, *Red Conchucos Norte*  
Lic. Rina Marilú Horna Gonzáles, *Red Conchucos Sur*  
Lic. Claudia Rodríguez Airac, *Red Conchucos Norte*  
Lic. Amador Rojas Cárdenas, *Red Pacífico Sur*  
Lic. Mercedes Miranda Vargas, *Red Conchucos Sur*

## CARE ANCASH

### PROYECTO EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES

Dr. Alfonso Medina Bocanegra  
Lic. Flor de Liz Guerrero Milla  
Lic. Víctor Olaza Maguiña  
Lic. Carmen Rosa Gonzáles Reyes

## UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

Dr. Jorge Díaz Herrera  
Lic. Elizabeth Ahumada Ledesma

## UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Dr. Manuel Hermilio Acosta Chávez

## UNIVERSIDAD SAN MARTÍN DE PORRES

Lic. Tula Zegarra Samamé

## UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Lic. Mayela Cajachagua Castro

## UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

Dr. Jorge Gutarra Canchucaja

## UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

Dr. Héctor Mala Derix

## COLEGIO DE OBSTETRAS DEL PERÚ

Lic. Elsa Contreras Canorio

## ASOCIACIÓN PERUANA DE OBSTETRICES

Lic. Mónica Vidalón Mayor  
Lic. Nelly Moreno Gutiérrez

## UNFPA

Dra. Gracia Subiria Franco  
Dra. Milagros Sánchez Torrejón  
Lic. Armando Medina Ibáñez

## CALIDAD EN SALUD/USAID

Dra. Beatriz Ugaz Estrada

## PATHFINDER INTERNATIONAL

Dr. Miguel Gutiérrez Ramos

## INSTITUTO DE SALUD REPRODUCTIVA

Dra. Luisa Sacieta Carbajo

## MÉDICOS MUNDI NAVARRA

Dr. Fernando Carbone Campoverde

## SALUD SIN LÍMITES

Katerine Ludeña Egoavil

## PARSALUD II

Dra. Paulina Guisti Hundskopf  
Dr. Miguel Garabito Farro  
Dra. Nidia Guardia Aguirre

## CARE PERÚ

Jay Goulden  
Elena Esquiche León  
Ariel Frisancho Arroyo  
Danilo Fernández Borjas

## OPS - OMS

Dr. Alfredo Guzmán Changanauqui

## REVISORES TÉCNICOS

Dra. Lucy del Carpio Ancaya  
Dr. Luis Alfonso Meza Santibáñez  
Lic. Carmen Mayurí Morón  
Lic. Elva Edith Huamán Ávila  
Lic. Elena Esquiche León

## COLABORADORES

Dra. María del Pilar Torres Lévano  
Deborah Caro, *Cultural Practice, LLC / USA*

## CONSULTORES

Lic. Jessica Niño de Guzmán  
Lic. Eva Miranda Ramón  
Dr. Julio Mayca Pérez

## APOYO

Cesibel Granda Calagua  
Fiorella Oneeglio Repetto  
Jossy Romero Villanueva



# CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
LISTA DE ACRÓNIMOS	11
CÓMO APLICAR O DESARROLLAR EL MÓDULO	13
OBJETIVO DEL MÓDULO	14
PRODUCTO DEL MÓDULO	14
PROCESOS QUE FAVORECEN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MÓDULO	15
ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES:	17
I.    MARCO CONCEPTUAL DEL MANEJO ESTANDARIZADO: AUDITORÍA DE HISTORIA CLÍNICA. AUDITORÍA DE CALIDAD DEL REGISTRO. AUDITORÍA DE CASO	18
1. Calidad de Atención y Auditoría	19
2. El Modelo de Auditoría Clínica	19
3. La Historia Clínica y la Auditoría Médica	20
4. Auditoría y responsabilidad médico legal	21
5. Auditoría Basada en Criterios (ABC)	23
6. Auditoría de la calidad de los registros asistenciales	23
7. Auditoría de Caso	23
8. Auditoría y seguridad del paciente	24
9. Auditoría de la calidad y perfil de los auditores	24
II.   MOMENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO DE LA AUDITORÍA DEL MANEJO ESTANDARIZADO DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES, SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN	25
MOMENTO 1:	
Identificación del problema, necesidad de auditar	26
1. Importancia de la Calidad de atención y de la Auditoría para el manejo estandarizado de las EMON	27
2. Análisis de las “brechas” de la situación actual de la Auditoría para el manejo estandarizado de las EMON en los servicios de salud, según niveles de capacidad resolutiva	27
3. Dimensiones de la Calidad de los servicios de salud que cumplan FON y su relación con la Auditoría	29
MOMENTO 2:	
Planificación e implementación de la Auditoría para el manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales	31
1. Elaboración de Plan de Auditoría para el manejo estandarizado de las EMON	32
2. Metodología para desarrollar la Auditoría de la calidad del registro (revisión de las HC) del manejo estandarizado de las EMON (Desarrollo de todas las etapas del ciclo de la auditoría para el manejo estandarizado)	34
3. Importancia del trabajo en Equipo en Auditoría	41



MOMENTO 3:	
Aplicación del monitoreo y evaluación de la Auditoría para el manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales	43
1. Niveles sugeridos para el desarrollo del monitoreo del Plan de Acción de la Auditoría en la Red Obstétrica y Neonatal	44
2. Acciones sugeridas para el acompañamiento del Plan de Acción de la Auditoría para fortalecer el manejo estandarizado de las EMON según niveles de capacidad resolutive	45
3. Seguimiento y evaluación del desarrollo de las actividades planteadas en la Auditoría	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	48
ANEXO N° 1: Instrumento para la aplicación de Auditoría para el manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas en establecimientos que brindan FON ( <i>una propuesta del CDC - Ayacucho</i> )	49
ANEXO N° 2: Herramienta para aplicación de Auditoría para el manejo estandarizado de las Emergencias Neonatales en establecimientos que brindan FON ( <i>una propuesta del CDC - Ayacucho</i> )	76
ANEXO N° 3: Taller para la implementación de la estrategia de Auditoría para el manejo estandarizado en la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales a nivel de la RON	97
ANEXO N° 4: Glosario de términos	101

# INTRODUCCIÓN

---

El presente Módulo forma parte del Modelo de Intervención para mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales, aprobado con R.M. N° 223-2009/MINSA, el 6 de abril de 2009.

El presente Módulo, contiene actividades orientadas a la organización y desarrollo del sistema de Auditoría para el manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales en los servicios de la Red Obstétrica y Neonatal según niveles de capacidad resolutive de los establecimientos del Ministerio de Salud.

Desde el enfoque de la Calidad de Atención en Salud, todo establecimiento de salud debe contar con estándares, indicadores y documentos normativos para la atención en general y, particularmente, para la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales. Algunas de las razones que argumentan este enfoque se relacionan con las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal en nuestro país, y altas tasas de letalidad materna y neonatal en los servicios de salud, sobre todo, en los hospitales. Establecer mecanismos de revisión y control que favorezcan el manejo estandarizado y, por tanto, la mejora de la calidad de la atención materna y neonatal en los servicios de salud en el país, todavía, es un desafío permanente.

El Ministerio de Salud ha desarrollado esfuerzos para implementar y promover el uso de las Guías de atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales, según niveles de capacidad resolutive en el ámbito nacional. Estas Guías de Práctica Clínica así como los estándares e indicadores de calidad para los establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales se convierten en referencia para la construcción de criterios a desarrollar en la auditoría del manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales según niveles de capacidad resolutive en el país.

En tal sentido, las actividades del presente Módulo están organizadas en tres momentos: la identificación del problema, la planificación e implementación de la auditoría, el monitoreo y evaluación de la auditoría. Todo ello precedido de un marco conceptual básico.

Este documento, como parte del Modelo de Intervención, puede ser útil para implementar los lineamientos, objetivos, metas y líneas estratégicas establecidas en el Plan Estratégico Nacional para la reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015, del Ministerio de Salud.

Asimismo favorece las líneas de acción que deben ser desarrolladas en los establecimientos de salud para el fortalecimiento de la gestión sanitaria, para brindar calidad de atención con oportunidad, equidad y justicia social en el marco del Aseguramiento Universal (Ley N° 29334), la descentralización de salud y la implementación del Programa Presupuestal Estratégico Salud Materno y Neonatal Ministerio de Salud/Ministerio de Economía y Finanzas.

Auguramos que su establecimiento de salud y su red cuenten, en poco tiempo, con un sistema de auditoría del manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales en funcionamiento e insertado en los procesos de Vigilancia en Salud Pública para reducir la mortalidad materna y neonatal en el Perú.



# LISTA DE ACRÓNIMOS

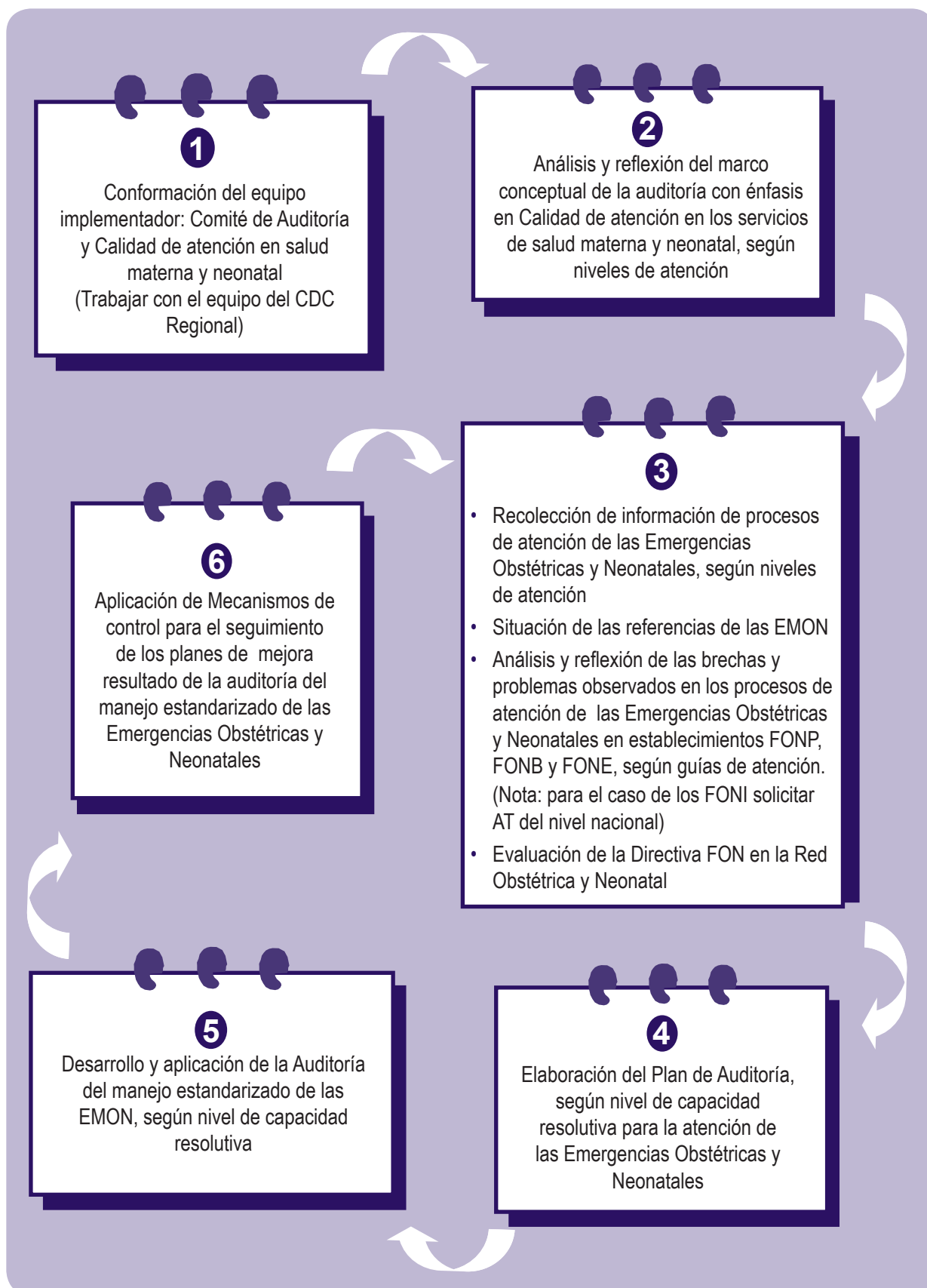
ABC	Auditoría Basada en Criterios	HCPB	Historia Clínica Perinatal Base
AMDD	Averting Maternal Deaths and Disabilities	INMP	Instituto Nacional Materno Perinatal
AMEU	Aspiración Manual Endouterina	IM	Vía Intra Muscular
AVAD	Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad	LU	Legrado Uterino
CDC	Centro de Desarrollo de Competencias	MBE	Medicina Basada en Evidencias
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades	MCC	Mejora Continua de la Calidad
COEm	Cuidados Esenciales de las Emergencias Obstétricas	MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
COPE	Servicios para Clientes-Orientados por Proveedores-Eficientes	MINSA	Ministerio de Salud
CPAP	Administración de Presión Positiva del Aire	ml	Mililitro
CU	Cuello Uterino	MM	Muertes Maternas
DD.HH.	Derechos Humanos	MMN	Mortalidad Materna Neonatal
DGE	Dirección General de Epidemiología	N.T.	Norma Técnica
DGPS	Dirección General de Promoción de la Salud	ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
DIRESA	Dirección Regional de Salud	OMS	Organización Mundial de la Salud
DISA	Dirección de Salud	OPS	Organización Panamericana de la Salud
DNI	Documento Nacional de Identidad	PARSalud	Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud
EE.SS.	Establecimiento de Salud	PEEP	Presión Positiva al final de la Expiración
EMO	Emergencias Obstétricas	PPE	Programa Presupuestal Estratégico
EMON	Emergencias Obstétricas y Neonatales	PVC	Presión Venosa Central
EPS	Educación Permanente en Salud	Rh	Factor Sanguíneo
ESNSSR	Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	RN	Recién Nacido
EV	Vía Endovenosa	RON	Red Obstétrica y Neonatal
FEMME	Foundations for Enhancing Management of Maternal Emergencies	RR.HH.	Recursos Humanos
FON	Funciones Obstétricas y Neonatales	SICAP	Sistema de Capacitación Personalizada
FONB	Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas	SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
FONE	Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales	SIRS	Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica
FONI	Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas	SOG	Sonda Orogástrica
FONP	Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias	SRCR	Sistema de Referencia y Contrarreferencia
GERESA	Gerencia Regional de Salud	UCEO	Unidad de Cuidados Especiales Obstétricos
GpR	Gestión por Resultados	UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
gr	Gramo	UCIM	Unidad de Cuidados Intermedios
h	Hora	UCIN	Unidad de Cuidados Neonatales
Hb	Hemoglobina	UI	Unidades Internacionales
HC	Historia Clínica	USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
HCG	Gonadotropina Corónica Humana	VDRL	Prueba para Descarte de Sífilis
HCs	Historias Clínicas	VIG	Velocidad de Infusión Glucosa
		VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
		VO	Vía Oral







## CÓMO APLICAR O DESARROLLAR EL MÓDULO









## OBJETIVO DEL MÓDULO

Implementar el proceso de Auditoría para garantizar el cumplimiento de estándares en la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales en los establecimientos de salud, según niveles de capacidad resolutive, que permita mejorar la calidad de la atención y contribuir a la reducción de la mortalidad materna y neonatal en el Perú.



## PRODUCTO DEL MÓDULO

-  Los establecimientos de salud de la RON de la región cuentan con metodología y herramientas validadas para realizar auditoría del manejo estandarizado de las EMON, según niveles de atención.
-  Personal de salud con los conocimientos, habilidades y destrezas para desarrollar auditoría del manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales, según niveles de capacidad resolutive.
-  Cumplimiento del manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales, de acuerdo a normativa vigente en el sistema de salud, según niveles de capacidad resolutive.
-  Manejo estandarizado de las EMON en el sistema de referencia y contrarreferencia.



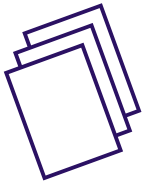
## PROCESOS QUE FAVORECEN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MÓDULO

Existen algunos procesos que favorecen la implementación o mejora del sistema de monitoreo y evaluación de las Emergencias Obstétricas y Neonatales, por ejemplo:

- ✓ La GERESA/DIRESA/DISA/Hospital/Red de Salud debe contar con un Equipo de Calidad y un Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, que facilite el adecuado seguimiento de la calidad de atención en los establecimientos de salud
- ✓ Estos equipos (GERESA/DIRESA/DISA/Hospital/Red de Salud) deben contar con comité de Auditoría y Calidad, en EMON y que disponga de la metodología para realizar la línea basal y el monitoreo continuo de las actividades e indicadores de las Emergencias Obstétricas y Neonatales en los servicios de salud
- ✓ Tener disponible herramientas validadas para el desarrollo de la auditoría del manejo estandarizado de las EMON, según niveles de capacidad resolutive
- ✓ Contar con los registros adecuados y validados para la recolección de información y para la generación de indicadores
- ✓ Contar con Historias Clínicas de EMON con información clara, de calidad y disponibles en el sistema de salud

En el caso de no contarse con ellos, es necesario generar los mecanismos para lograrlos.





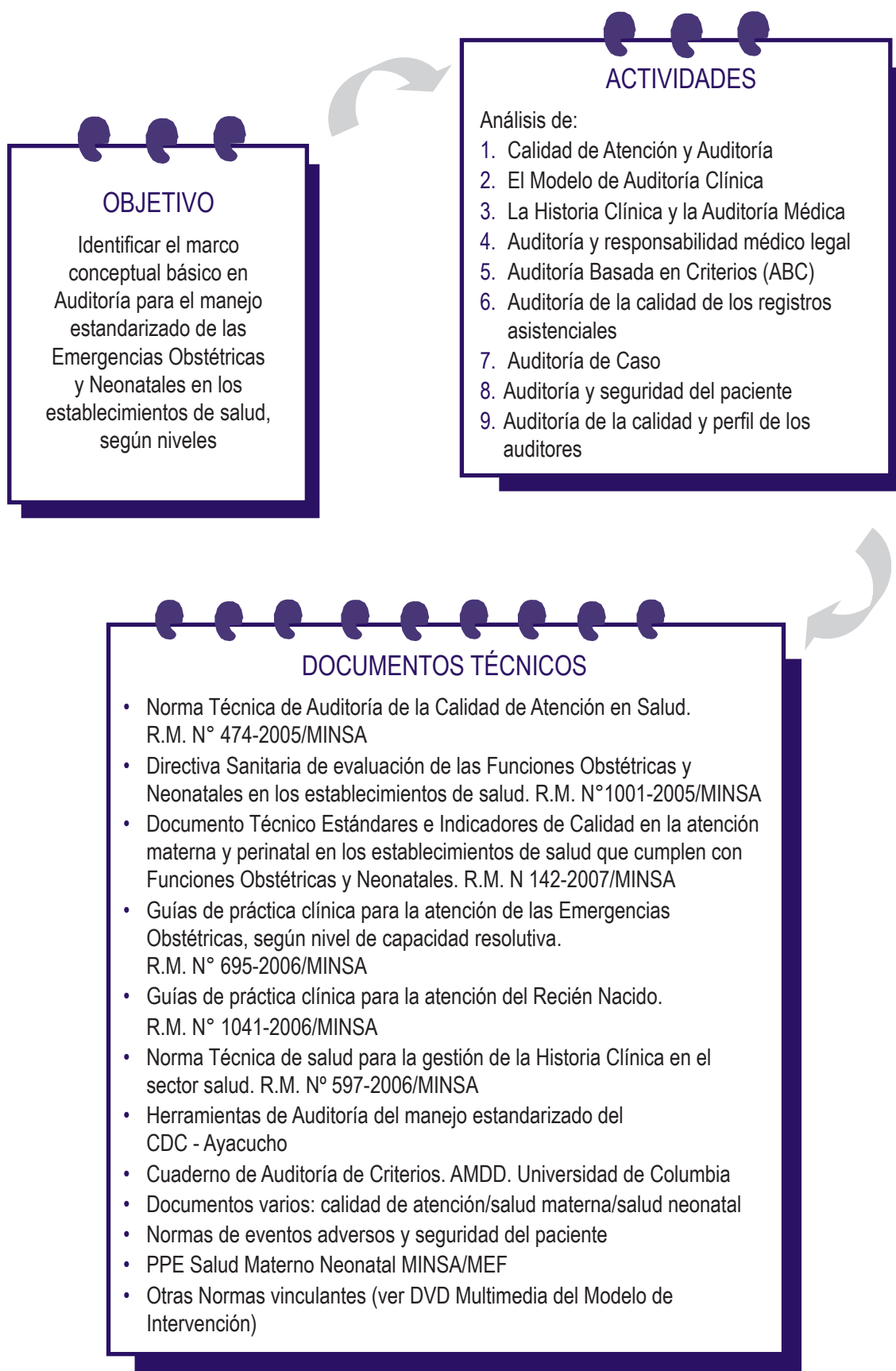
## ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

---

- I. MARCO CONCEPTUAL DEL MANEJO  
ESTANDARIZADO:  
AUDITORÍA DE HISTORIA CLÍNICA  
AUDITORÍA DE CALIDAD DE REGISTRO  
AUDITORÍA DE CASO**



# I. MARCO CONCEPTUAL DEL MANEJO ESTANDARIZADO: AUDITORÍA DE HISTORIA CLÍNICA. AUDITORÍA DE CALIDAD DEL REGISTRO. AUDITORÍA DE CASO



## 1. CALIDAD DE ATENCIÓN Y AUDITORÍA

La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos; por consiguiente, es la medida que se espera para que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgo y beneficio para el usuario.

La Calidad de la prestación es consecuencia del Derecho a la Salud: tiene su fundamento y razón de ser en la calidad de vida, como justa aspiración de los pueblos y deber de todos los actores sociales. Conducida por los gobiernos. El Juez de la calidad es el usuario (sus necesidades y expectativas requieren de un diálogo intercultural).

### a. Dimensiones de la calidad

- ✓ **Técnica científica:**

Efectividad, eficacia, eficiencia, continuidad, seguridad, integralidad y satisfacción del usuario

- ✓ **Humana:**

Respeto a los derechos, cultura y características individuales. Derecho a una información completa, veraz y actualizada, a una atención con calidad, cordialidad y empatía. Ética deontológica con valores que oriente la conducta y los deberes de los profesionales y trabajadores de salud

- ✓ **Entorno:**

Facilidades que la institución dispone para mejorar las prestaciones: nivel básico de conformidad, ambientación, limpieza, orden, y productividad

(Información complementaria de Calidad de Atención se puede encontrar en el Módulo 1: Manejo estandarizado de las EMON).

Los principales objetivos de la Auditoría en Salud son: mejorar el cuidado del paciente, el resultado de este en la salud de las personas y el traslado efectivo de la investigación a la práctica basada en la evidencia. La Auditoría identifica oportunidades para mejorar la atención de los pacientes, así mismo, puede facilitar el cambio hacia una práctica de la Medicina Basada en Evidencias (MBE) mediante el uso de las guías de práctica clínica y, al mismo tiempo, busca encausar el manejo clínico dentro de un marco ético-legal.

Las actividades de auditoría médica se desarrollan desde hace más de una década en el Perú. En el 2005, la Dirección de Calidad en Salud del Ministerio de Salud, dentro del marco del Sistema de Gestión de la Calidad, diseña la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud N.T. N° 029-MINSA/DGSP-V.01, aprobada mediante R.M. N° 474-2005/MINSA, con la finalidad de fortalecer la función gerencial de control interno institucional a fin de promover la calidad y la mejora continua en las prestaciones de los servicios de salud. Ahora, estos están establecidos dentro del marco del Aseguramiento Universal en salud, donde se establece prestaciones con calidad y oportunidad.

La implementación del presente Módulo en todos los EE.SS. de la RON, contribuirá en el fortalecimiento de la gestión de la calidad en salud.

## 2. EL MODELO DE AUDITORÍA CLÍNICA

Se define la auditoría clínica como el análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, que incluye procedimientos diagnósticos y terapéuticos así como el uso de los recursos y resultados de los mismos. Es un intento de mejorar la calidad de atención médica mediante la medición del desempeño de aquellos que brindan el servicio, considerando el desempeño en relación a estándares deseados y al mejoramiento continuo. Si bien existen diversos conceptos de auditoría, estos nos servirán como punto de partida para entender los procesos de la auditoría clínica relacionada con la auditoría basada en criterios.

Los conceptos de auditoría clínica se encuentran ya ampliamente difundidos, así como sus objetivos. Se considera que la auditoría es:

- ✓ Un Instrumento para la mejora de los estándares de atención
- ✓ Cumple una función educativa para los profesionales de la salud
- ✓ Esta concebida como un ciclo continuo para la garantía del mejoramiento de la calidad
- ✓ Retroalimentación de los resultados obtenidos como método de implementación de un cambio
- ✓ Promueve el incremento de la adhesión al uso de Guías de Práctica Clínica e intervenciones educacionales
- ✓ Monitoriza y mejora la calidad de atención que se brinda a los pacientes

Similar metodología es la que se propone aquí, mediante la Auditoría Basada en Criterios (ABC). Esta metodología es utilizada a nivel internacional por hospitales y establecimientos de salud para mejorar continuamente la calidad de la labor realizada en los servicios prestados. En instituciones comprometidas con brindar servicios de calidad, se desarrollan constantemente operaciones de auditoría.

Cuando se habla de Auditoría, las definiciones y términos suelen ser confusos, creyéndose que la auditoría es una forma de 'examen' o intercambio de ideas, que pueden relacionarse con las defunciones maternas o complicaciones. Los exámenes son útiles si los intercambios de ideas con fines de evaluación se realizan como tal sin deseos de culpar a nadie; pero, lamentablemente, con frecuencia la situación es diferente. La auditoría no tiene una finalidad punitiva y eso debe quedar muy claro para todos los profesionales que laboran en los establecimientos de salud.

En cambio, al realizar operaciones de auditoría basada en criterios, es posible lograr más fácilmente condiciones de objetividad y detección más directa de los problemas. La auditoría basada en criterios es menos amenazadora para el personal dado que los participantes deciden de antemano cuáles han de ser los criterios de evaluación, sobre la base de estándares oficiales. Ello les permite evaluar la práctica diaria e implementar acciones de mejora continua de la calidad.

Cuando en un examen se detecta un problema, el personal debería decidir si es un problema frecuente (una operación de auditoría podría responder a esta pregunta), si ya hay normas o estándares al respecto (aunque no siempre se apliquen), o si debería adoptarse una norma o estándar al respecto. Si se adoptan nuevos estándares, debe capacitarse al personal en su aplicación y debe preverse algún tiempo para que el personal se familiarice con ellos, antes de que sean auditados.

En las reuniones periódicas el personal, debería considerar los resultados de las operaciones de auditoría o los cambios en las estadísticas hospitalarias (aumento del número de partos, reducción de infecciones). Es importante proporcionar retroalimentación al personal, considerar en qué aspectos podrían introducirse mejoras adicionales y felicitar al personal en relación con las mejoras introducidas. Los exámenes y operaciones de auditoría deberían reforzarse reciprocamente.



La Auditoría compara prácticas actuales con "las mejores prácticas", definida por criterios o estándares escritos y aceptados, para determinar si las prácticas actuales cumplen con las disposiciones previamente establecidas.

### 3. LA HISTORIA CLÍNICA Y LA AUDITORÍA MÉDICA

La Historia Clínica es el documento médico-legal único individualizado que debe registrar los datos relativos a la identificación del usuario, a la salud, a la enfermedad, a las aproximaciones diagnósticas, a la evolución y a la conducta terapéutica desarrollada, de manera ordenada, pues constituye el registro primario de cada atención en los establecimientos de salud.

La correcta administración y gestión de la Historia Clínica contribuye de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes, optimizar la gestión de los establecimientos de salud, proteger los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, así como proporcionar información con fines de investigación y docencia.

La Ley General de Salud menciona que los médicos deben confeccionar y actualizar una Historia Clínica detallada de cada paciente sobre la base de un formato universal actualizado, cuya aplicación es determinada por la institución o autoridad, de modo que permita el seguimiento de las patologías por cualquier otro profesional.

La Historia Clínica es el elemento clave para el ejercicio profesional del personal de salud, tanto desde el punto de vista asistencial –pues actúa como recordatorio para el manejo clínico del paciente– de investigación y docencia, que permite el análisis retrospectivo del quehacer de los profesionales en salud.

Se puede definir como un documento donde se recoge la información que procede de la práctica clínica relativa a un paciente y donde se resume todos los procesos a los que ha sido sometido.

Antiguamente, cuando no había hospitales, el médico, atendía individualmente todas las necesidades del paciente, sus Historias Clínicas eran similares a un cuaderno de notas donde se registraba los datos más

importantes, según su criterio. Cuando aparecen la especialización, el trabajo en equipo y la medicina hospitalaria, la Historia Clínica pasó a ser responsabilidad compartida de un grupo de profesionales. Esto obligó a estructurar la información de manera coordinada.

La Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP. V02, “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica de los establecimientos del Sector Salud” fue aprobada con Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA el 28 de junio de 2006 y, posteriormente, el 2 de octubre de 2008, se publican sus modificaciones denominándose “Norma Técnica para la Gestión de la Historia Clínica, epicrisis, informe de alta y consentimiento informado”. Busca, establecer procedimientos para la administración y gestión de la Historia Clínica a nivel del Sector Salud, estandarizar su contenido básico y, en consecuencia, garantizar un apropiado registro de la atención de salud.

Por ello, es necesario administrar correctamente todos los mecanismos y procedimientos que siguen las Historias Clínicas desde su apertura, de manera que se pueda responder con criterios de calidad, oportunidad e integridad las demandas cada vez más exigentes de los pacientes/usuarios y de los prestadores de servicios de salud, más aún, si se tiene en cuenta la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, que revalora a los usuarios de los servicios de salud y los posiciona como eje de las organizaciones y de las prestaciones de salud.



“La Historia Clínica es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”.

#### 4. AUDITORÍA Y RESPONSABILIDAD MÉDICO LEGAL

Teniendo en cuenta los procesos de mala praxis médica, es necesario poner de relieve que hoy es el profesional médico a quien le compete aportar al proceso judicial todos aquellos medios probatorios que le permitan acreditar su diligencia, dentro de los cuales una Historia Clínica bien elaborada y documentada tiene singular importancia en la medida que en ella se recoge, o debiera recogerse, la descripción pormenorizada de toda la atención médica (desde el interrogatorio inicial al paciente hasta el diagnóstico final, el tratamiento indicado y su evolución) de manera tal que el Juez pueda, a partir de este instrumento, reconstruir el contexto de lo sucedido lo que permite obtener una idea cercana del desenvolvimiento/conducta, del personal de salud que brindó la atención.

De acuerdo a lo establecido en la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP- V 02, se considera que, para la elaboración de la Historia Clínica, se debe tener en cuenta el nivel de atención y el tipo de prestación que brinda el establecimiento de salud y se determina que la estructura básica de la Historia Clínica debe incluir lo siguiente:

- ✓ **Identificación del paciente:** datos de filiación, número de Historia Clínica y datos del establecimiento
- ✓ **Registro de la atención de salud:** el prestador de salud debe utilizar los formatos para consignar la información de la atención, según la naturaleza del servicio que presta
- ✓ **Información complementaria:** documentación que sirve de sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las atenciones realizadas (consentimiento informado, documentos de referencia-contrarreferencia, documentación de seguros, etc.)

También, se establece en forma individualizada los contenidos, según el formato de atención: formato en consulta externa (según el nivel de atención y las etapas de vida), formato en emergencia, formato en hospitalización y ficha familiar.

Lamentablemente, a pesar de existir las disposiciones normativas para estandarizar el contenido básico de la Historia Clínica a nivel del sector salud, muchos establecimientos y profesionales no aplican las recomendaciones vigentes. Ello no permite contar con pruebas cabales de la diligencia de la atención brindada.

A modo de ejemplo, el contenido recomendado para el Formato en Hospitalización debe incluir lo siguiente:

##### (I) Anamnesis

- ✓ Fecha y hora de la atención
- ✓ Enfermedad actual
- ✓ Antecedentes personales: generales, fisiológicos y patológicos
- ✓ Antecedentes familiares

## (II) Examen clínico

- ✓ Controles vitales
- ✓ Examen general
- ✓ Examen pélvico (si se requiere)

## (III) Diagnóstico

- ✓ Diagnóstico(s) presuntivo(s) o de ingreso que deberá reflejar la condición del paciente en el momento de la admisión
- ✓ Diagnóstico(s) definitivo(s)
- ✓ Nombres y apellidos, sello, firma del médico y colegiatura

## (IV) Tratamiento

- ✓ Fecha y hora
- ✓ Indicaciones terapéuticas prescritas
- ✓ Nombres y apellidos, sello, firma del médico y colegiatura

## (V) Plan de trabajo

- ✓ Exámenes auxiliares: laboratorio e imagenología
- ✓ Pruebas especiales
- ✓ Interconsultas
- ✓ Procedimientos médicos
- ✓ Procedimientos quirúrgicos
- ✓ Debe registrarse la fecha y hora de solicitud y recepción del examen auxiliar, procedimiento o interconsulta

## (VI) Evolución

- ✓ Fecha y hora
- ✓ Apreciación subjetiva
- ✓ Apreciación objetiva
- ✓ Verificación del tratamiento y dieta
- ✓ Interpretación y comentarios
- ✓ Decisiones
- ✓ Nombres y apellidos, número de colegiatura, sello y firma del médico

## (VII) Hoja de autorización de ingreso

- ✓ Nombre del establecimiento
- ✓ Datos de identificación del paciente
- ✓ Datos de identificación de la persona legalmente responsable que solicita el ingreso, en caso que no fuera el paciente: nombres y apellidos y DNI
- ✓ Firma del paciente o su representante legal, huella digital si fuera analfabeto y DNI
- ✓ Nombres y apellidos, número de colegiatura, sello y firma del médico que indica el internamiento u hospitalización

## (VIII) Epicrisis

- ✓ Fecha y hora de ingreso
- ✓ Servicio
- ✓ Número de cama
- ✓ Diagnóstico de ingreso
- ✓ Resumen de la enfermedad actual, del examen físico, de los análisis, estudios e interconsultas realizadas y del tratamiento prescrito
- ✓ Procedimientos terapéuticos y diagnósticos realizados, con sus respectivos códigos
- ✓ Complicaciones
- ✓ Fecha del egreso, hora del egreso y estadía total
- ✓ Tipo de alta, condición de egreso y pronóstico al alta
- ✓ Diagnóstico de egreso: diagnóstico principal y secundario, con sus respectivos códigos
- ✓ Información sobre mortalidad (si fuera el caso): indicar si se realizó necropsia y causas de muerte
- ✓ Nombres y apellidos, firma y sello del médico consignando el número de su colegiatura



Es importante recomendar que la Historia Clínica sea firmada por cada uno de los profesionales que intervienen en ella, sin olvidar la fecha y hora del hecho del que se da cuenta. Ambas recomendaciones son de singular importancia para determinar la responsabilidad que alcanza a cada médico, lo que depende de su intervención en el tratamiento del paciente.

A modo de conclusión, se debe señalar que la necesidad de elaborar adecuadamente la Historia Clínica y que consigne la información señalada en la Norma Técnica N° 022, responde al hecho de que, en un proceso de mala praxis médica, la persona llamada a decidir acerca de la responsabilidad del profesional es el juez, quien no es experto en la materia y podría sentirse inclinado a presumir en contra del personal que elaboró de manera deficiente la Historia Clínica o que de plano omitió su elaboración.

## 5. AUDITORÍA BASADA EN CRITERIOS (ABC)<sup>1</sup>

Las actividades de la auditoría basada en criterios se realiza en una serie de etapas, las cuales constituyen un ciclo. Estas actividades se orientan por criterios seleccionados, que derivan de normas explícitas de atención basadas en hechos comprobados. Se debe promover la auditoría interna, basada en criterios como un proceso continuo en el desarrollo de las actividades del personal.

El programa AMDD - USA (Programa de Prevención de la Muerte y Discapacidad Maternas) ha desarrollado el sistema de Auditoría Basada en Criterios, a partir del marco conceptual de la mortalidad materna, este instrumento puede usarse para aspectos técnicos, de gestión y de derechos humanos de los servicios brindados. Así, dentro de este marco, las actividades de Auditoría han de examinar aspectos de la atención médica relativos a:

- ✓ La atención clínica que reciben los pacientes
- ✓ La gestión de los establecimientos de salud
- ✓ Los derechos humanos en el ámbito clínico, como es estar bien informado y el buen trato

En relación con la atención clínica, los criterios se refieren a normas o estándares, derivados de protocolos de tratamiento que deben basarse en los hechos científicamente comprobados. Sobre la gestión en los establecimientos, existen acuerdos de buenas prácticas y estándares; sobre los derechos humanos, convenciones y tratados internacionales incorporados a las leyes y políticas nacionales.

Sin embargo, es necesario elaborar más a fondo criterios basados en hechos comprobados para los aspectos específicos de cada establecimiento de salud, además de considerar las posibles diferencias entre auditar esas funciones y auditar las funciones clínicas.

El modelo de la auditoría basada en criterios es útil para desarrollar aquella que corresponde al Manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales que ha sido ya aplicado en la región Ayacucho con la experiencia del Proyecto FEMME. Por tanto, los instrumentos propuestos en este documento tiene como punto inicial dicha propuesta. (Ver Anexos N° 1 y 2)

## 6. AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS ASISTENCIALES

Consiste en la verificación seriada o muestral de la calidad de los registros médicos, de los formatos asistenciales y de la Historia Clínica en relación a un determinado servicio asistencial, en este caso, los servicios obstétricos y neonatales.

Se consideran los servicios de mayor riesgo, de mayor producción, o los que tuvieran antecedentes de quejas, reclamos o denuncias. Se puede trabajar con la totalidad de registros de ese servicio o con una muestra seleccionada estadísticamente.

La auditoría se realiza a través de un modelo preestablecido por cada Comité Auditor, con parámetros concordantes con el nivel de complejidad del establecimiento de salud. La información contenida en la Historia Clínica en relación a la atención del paciente debe tener un ordenamiento cronológico adecuado y progresivo.

## 7. AUDITORÍA DE CASO

La auditoría de caso puede ser de tres tipos: Interna, Externa, o Dirimente. Para iniciar una Auditoría de caso, se evalúa la pertinencia o no de la misma, es decir, si procede luego de cumplirse los siguientes requisitos:

- ✓ Corresponde a una atención de salud brindada en un establecimiento de salud y/o servicio médico de apoyo y, por consiguiente, tiene fuentes para Auditoría en él mismo.

<sup>1</sup> Auditoría Basada en Criterios de las emergencias obstétricas. AMMD. U. Columbia, USA

- ✓ Tiene implicancias en la política de la organización; esto corresponde si la Auditoría de un caso(s) determinado(s) favorece el proceso de mejora continua dentro de una organización de salud.
- ✓ Fue presentado como reclamo, solicitud o queja referida a la prestación del servicio de salud.
- ✓ Forma Parte de un Plan Anual de Auditoría.

El proceso de Auditoría de caso puede finalizar en cualquiera de los tipos de Auditoría establecidos, si el respectivo Informe de auditoría de caso satisface los requisitos de calidad de la normatividad actual (Directiva Administrativa Para la Auditoría de Caso del MINSA).



Es importante enfatizar en el registro adecuado de la Historia Clínica, que permita luego poder aplicar los listados de criterios de Auditoría respectivos.

## 8. AUDITORÍA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

La finalidad del proceso de Auditoría es la de perfeccionar la calidad de la atención para la seguridad del paciente. Se entiende como seguridad del paciente a la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente. (Plan Nacional para la Seguridad del Paciente R.M. N° 676-2006/MINSA).

## 9. AUDITORÍA DE LA CALIDAD Y PERFIL DE LOS AUDITORES

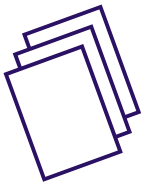
En el perfil de los auditores, se debe considerar lo siguiente:

- ✓ **Conducta ética:** Es fundamental en todo auditor. La confianza, integridad, confidencialidad y discreción son esenciales para auditar.
- ✓ **Ecuanimidad:** Es obligatorio informar con veracidad y exactitud. Los hallazgos, conclusiones e informes de la auditoría reflejan con veracidad y exactitud las actividades de esta. Se informa de los obstáculos significativos encontrados durante la auditoría y de las opiniones divergentes sin resolver entre el equipo auditor y el auditado.
- ✓ **Debido cuidado profesional:** La aplicación de diligencia y juicio al auditar. Los auditores proceden con el debido cuidado, de acuerdo con la importancia de la tarea que desempeñan y la confianza depositada en ellos por las partes interesadas. Un factor importante es tener la competencia necesaria.
- ✓ **Independencia:** Es la base para la imparcialidad y la objetividad de las conclusiones de la auditoría. Los auditores deben ser independientes de la actividad que es auditada y estar libres de sesgo y conflicto de intereses. Los auditores mantienen una actitud objetiva a lo largo del proceso de auditoría para asegurarse de que los hallazgos y conclusiones están basados solo en la evidencia de la auditoría.
- ✓ **Enfoque basado en la evidencia:** Para alcanzar conclusiones confiables de la auditoría, se desarrolla un método racional y sistemático. La evidencia de la auditoría es verificable. Está basada en muestras de la información disponible, ya que una auditoría se lleva a cabo durante un periodo de tiempo delimitado y con recursos finitos. El uso apropiado del muestreo está estrechamente relacionado con la confianza que puede depositarse en las conclusiones de la auditoría<sup>2</sup>.



Es necesario incluir en los procesos de mejores prácticas en los servicios de salud, no sólo el adecuado manejo de la Historia Clínica, sino además el manejo estandarizado para la atención de las complicaciones obstétricas o neonatales, el adecuado registro de las patologías según la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE 10. Este proceso puede ser trabajado con la unidad de estadística o el equipo de análisis de la información.

<sup>2</sup> Auditoría en Salud: Para una gestión eficiente, (2003). Malagón Londoño, G., Galán Morera, R., Ponton Laverde, G. Segunda edición, Colombia



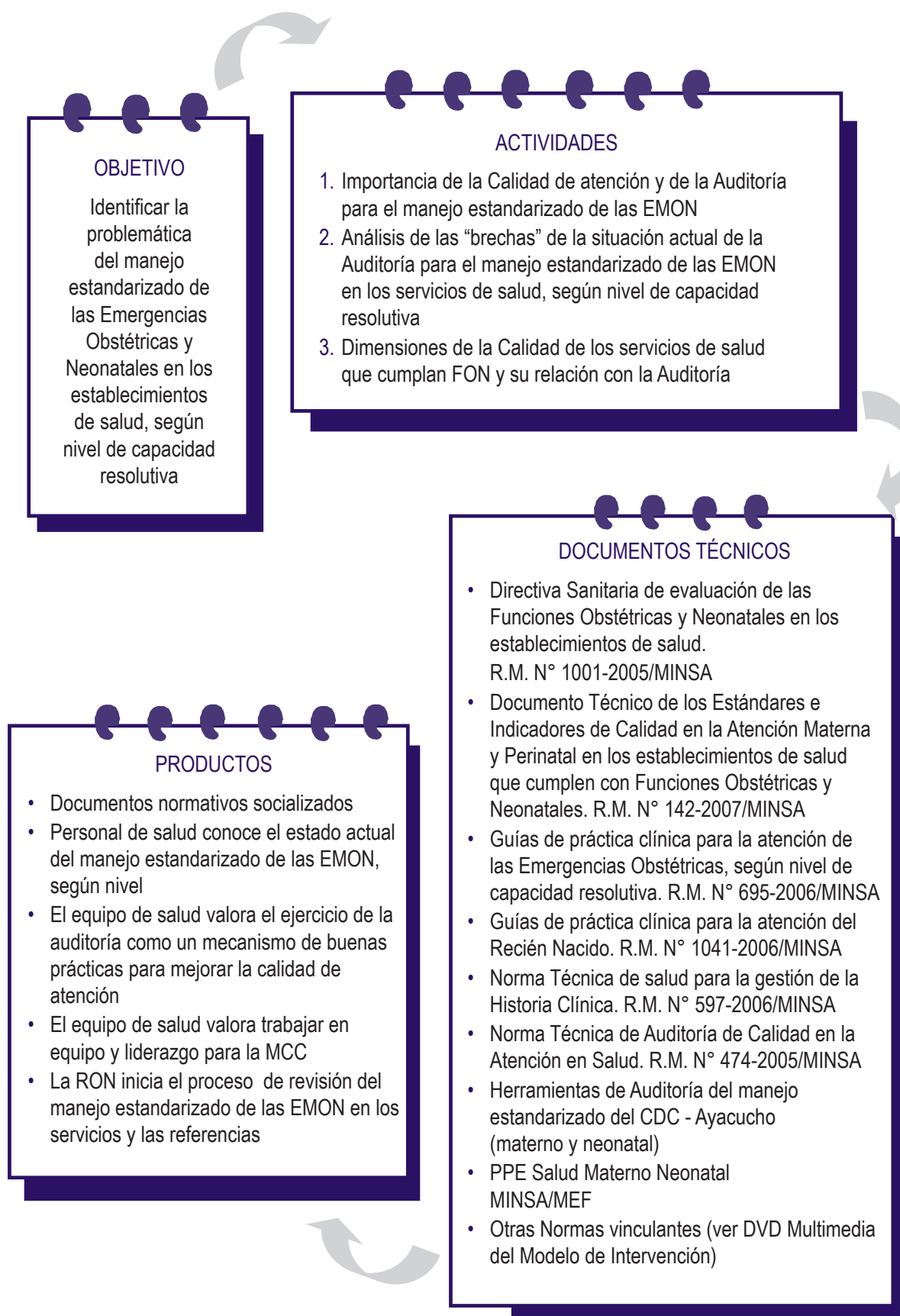
## ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

---

### II. MOMENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO DE LA AUDITORÍA DEL MANEJO ESTANDARIZADO DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES, SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN

---

## MOMENTO 1: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA, NECESIDAD DE AUDITAR



## 1. IMPORTANCIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y DE LA AUDITORÍA PARA EL – MANEJO ESTANDARIZADO DE LAS EMON\*

El Ministerio de Salud promueve y hace esfuerzos por desarrollar diversas iniciativas que estimulen desde dentro de los servicios de salud la Calidad de atención. Del mismo modo, busca movilizar a los usuarios a participar activamente en la gestión y fortalecimiento de los servicios.

Al interior de los servicios, es necesario organizar, grupos de trabajo que reúnan información sobre la calidad de los servicios en la atención de las EMON. Asimismo es importante que el equipo de salud, mediante un proceso estructurado de análisis identifique problemas, analicen las causas subyacentes y recomiende soluciones.

Las estrategias para reducir la mortalidad materna y neonatal agrupa un conjunto de intervenciones que requieren hacer sinergia entre ellas. No será suficiente contar con los estándares para implementar servicios maternos y neonatales a nivel de infraestructura, equipos, insumos, personal, etc., si cualitativamente la situación de la atención por parte del personal de salud es deficiente, es decir, sin criterios de atención basados en evidencia en el manejo de las Emergencias Obstétricas y Neonatales en el marco de los DD.HH.

Se logrará reducir y mejorar la situación de la mortalidad materna y neonatal si los servicios ofertan calidad de atención en el manejo estandarizado de las EMON según nivel de capacidad resolutive. Una de las acciones que facilitan la revisión de las Historias Clínicas en el manejo estandarizado de las EMON es la Auditoría.

Incluimos aquí algunas ventajas y desventajas de la Auditoría para el Manejo estandarizado de las EMON, que permiten apreciar la importancia de ésta, al generar procesos participativos del personal que los lleva a reflexionar sobre los estándares y criterios, y la necesidad de realizar mejoras en la calidad de atención.

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Simple, no costosa y objetiva</li> <li>• Se puede revisar un número elevado de casos</li> <li>• Sencillo de aplicar con un facilitador</li> <li>• Puede identificarse rápidamente las mejoras que el servicio requiere fortalecer</li> <li>• Proceso participativo</li> <li>• Mantiene la confidencialidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La dependencia en el llenado adecuado de registros (para muchos temas)</li> <li>• El proceso del ciclo completo puede llevar varios meses, cuando se requiere revisar logros que toman tiempo implementar las primeras observaciones</li> </ul>

Tomado del cuaderno de ABC. AMDD

La Auditoría de la Calidad en la atención de salud, tiene como principio fundamental buscar la mejora continua de las prestaciones.

## 2. ANÁLISIS DE LAS “BRECHAS” DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA AUDITORÍA PARA EL MANEJO ESTANDARIZADO DE LAS EMON EN LOS SERVICIOS DE SALUD, SEGÚN NIVEL DE CAPACIDAD RESOLUTIVA

El Ministerio de Salud ha promovido diferentes políticas que orientan el fortalecimiento de la gestión sanitaria, la gestión de la calidad de los servicios, la participación de la ciudadanía en el autocuidado de la salud, así como la gestión de los mismos en el nivel local.

### Las Guías Técnicas

- ✓ Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas, según nivel de capacidad resolutive (R.M. N° 695-2006/MINSA)
- ✓ Guía de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido (R.M. N° 1041-2006/MINSA)

Son los estándares establecidos como guías en la práctica clínica para la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales, según niveles en el sistema de salud peruano.

Existen otras Normas Técnicas complementarias que hacen posible que los servicios de salud brinden atención de calidad en la salud materna y neonatal, como la N.T. de la HC, Norma Técnica FON, Categorización de los

\* Mayor información ver Módulo 1: Manejo Estandarizado de las EMON

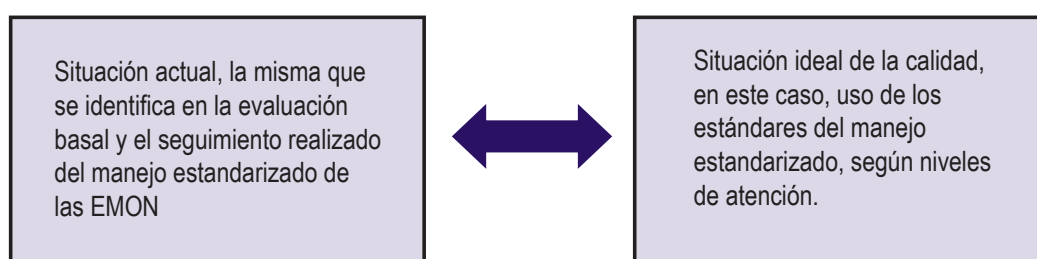


Servicios, SRCR, Prevención de infecciones intrahospitalarias, Estándares para la disponibilidad de servicios de laboratorio para apoyo al diagnóstico, disponibilidad de sangre segura, entre otros.

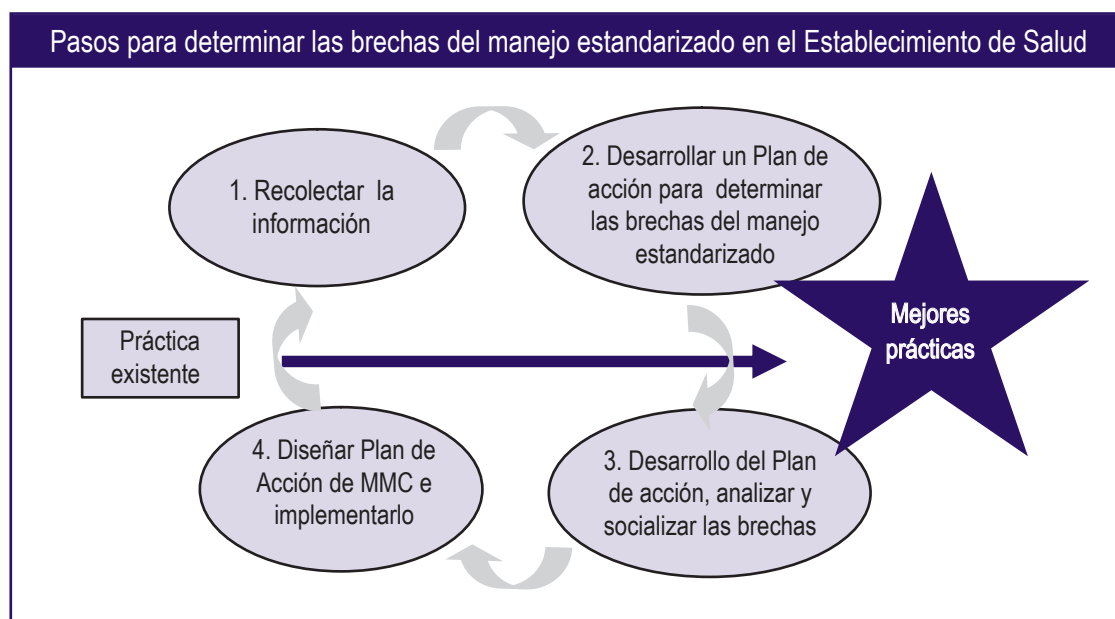
Para iniciar el análisis del manejo estandarizado en la Atención de las EMON en los servicios de salud e identificar la brecha, es posible aplicar las siguientes técnicas de evaluación:

- ✓ **Auto evaluación:** El equipo de salud del establecimiento se organiza para autoevaluarse en el uso de estándares tomando como referencia la Guía técnica para el manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales del MINSA. Este proceso puede desarrollarse después de haber implementado el curso del presente Módulo o si, en el establecimiento, existe personal de salud capacitado en Auditoría de la calidad de atención. Los instrumentos desarrollados en el Anexo 1 y 2 pueden ser aplicados.
- ✓ **Supervisión externa:** Realizada por el Equipo Gestor Regional o el equipo implementador local de la RON a cargo de calidad y auditoría, pueden también aplicarlo los tutores del CDC que han brindando la capacitación a los pasantes de la región. (Usar los mismos instrumentos desarrollados en los anexos del presente Módulo)

Los equipos de salud encargados de este proceso deben tomar en cuenta que la BRECHA es:



Con lo descrito anteriormente, el Equipo de Auditoría y Calidad puede realizar el análisis del manejo estandarizado en la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales en los establecimientos de salud e identificar las brechas. Se establece los siguientes pasos:



Adaptado de: Mejoramiento de la calidad para atención obstétrica de emergencia. Libro de Herramientas. Una adaptación de COPE. USAID. ENGENDERHEALTH. AMDD. 2005

La aplicación de estos pasos permitirá identificar aquellas acciones que requieren ser mejorados para realizar una atención estandarizada de las Emergencias Obstétricas y Neonatales, según nivel de capacidad resolutive de los establecimientos de salud.

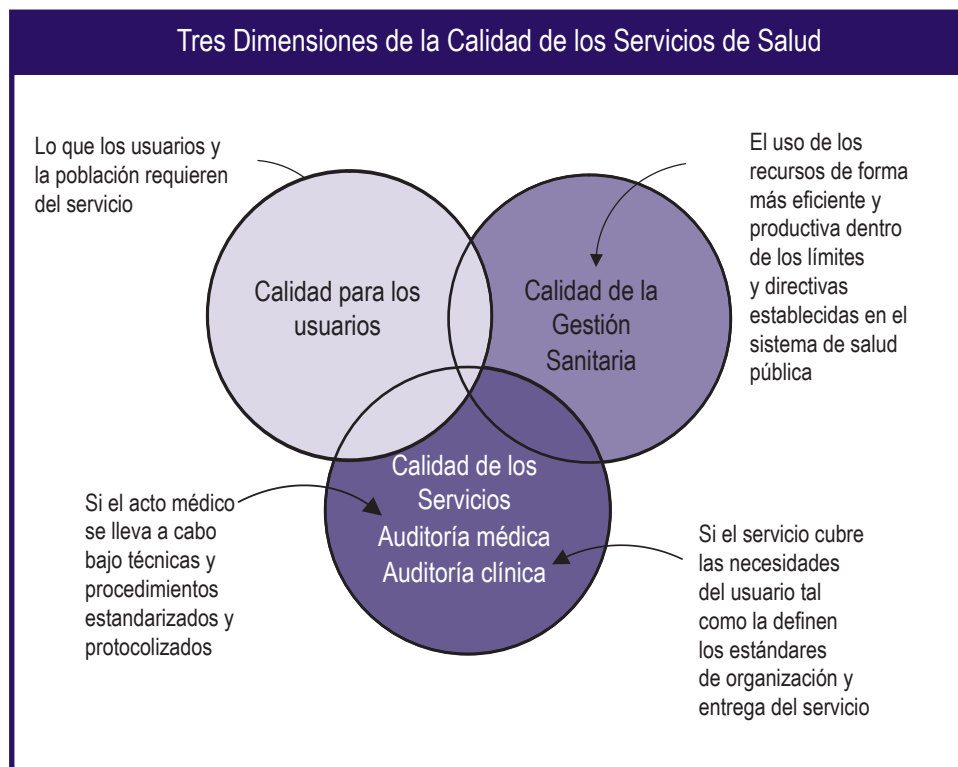


## ¿Por qué?

- El objetivo de realizar el “análisis de brechas” de los procesos de la atención del manejo estandarizado es que se incrementen las “mejores prácticas” en la calidad de atención de las EMON.
- Se puede iniciar procesos de Planificación y Auditoría progresivos.
- Un establecimiento que se esfuerza por lograr niveles de excelencia en sus servicios procurará auditar otros aspectos de atención para elevar la calidad.

### 3. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE CUMPLAN FON Y SU RELACIÓN CON LA AUDITORÍA

Las dimensiones de la Calidad de los servicios de salud se vinculan con la satisfacción de los usuarios, la eficiencia de la gestión sanitaria y la calidad de las prestaciones en los servicios de salud. Las dimensiones pueden ser evaluadas en las prestaciones que el personal de salud realiza y en la capacidad de respuesta de los servicios. Ver siguiente gráfico:



Fuente: Auditoría de Casos. Ayacucho. 2004, adaptado por FEMME.

La práctica de la Auditoría de la calidad en atención debe ser promovida de manera permanente en los servicios de salud de la Red Obstétrica y Neonatal, pues permitirán mejorar las prestaciones sanitarias, debido básicamente a tres razones:

#### a. Mejorar la práctica clínica

Las actividades de auditoría tienen el propósito de mejorar la calidad de atención mediante la evaluación sistemática de la práctica en comparación con un estándar definido, con miras a recomendar y aplicar medidas que subsanen deficiencias concretas en la atención. Cuando un problema es percibido en el ámbito clínico o en los servicios puede ponerse de manifiesto mediante la auditoría médica; su solución y monitoreo de cambio es más posible a través del personal de salud.

Las actividades de auditoría posibilitan que los profesionales de la salud conozcan exactamente con qué frecuencia y en qué circunstancias se aplican las mejores prácticas. Al auditar puede

ponerse de manifiesto, por ejemplo, que la demora en iniciar un tratamiento es mucho mayor durante los fines de semana o que en una determinada sala no se registran los signos vitales en el puerperio, aún cuando sea el procedimiento establecido en el servicio.

La auditoría proporciona una focalización, merced a la cual se puede determinar con precisión cuáles son las barreras que obstaculizan las buenas prácticas.



Es frecuente que las conclusiones de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Neonatal en los servicios de salud están relacionados con fortalecer el uso de las guías de atención, mejoramiento de habilidades y destrezas del personal de salud, uso de los medicamentos, según normas, etc.

La práctica habitual de la Auditoría eleva estándares.

b. Utilizar racionalmente los recursos

Cuando se mide la calidad se posibilita la conservación de los recursos, al descartar las acciones menos útiles y propiciar las de mayor utilidad.

Debido a la escasez de recursos en los países en desarrollo es necesario que estos se aprovechen al máximo y que los profesionales sepan cuáles son los resultados.

Algunas prácticas clínicas continúan aún cuando se haya demostrado que son ineficaces, otras consumen recursos hospitalarios que podrían aprovecharse mejor de diferente manera, por ejemplo:

- ✓ La práctica de episiotomías de rutina en primigrávidas
- ✓ En algunos establecimientos de salud se recurre a la operación cesárea cuando sería igualmente seguro y eficaz prestar asistencia al parto vaginal, con el consiguiente ahorro de recursos

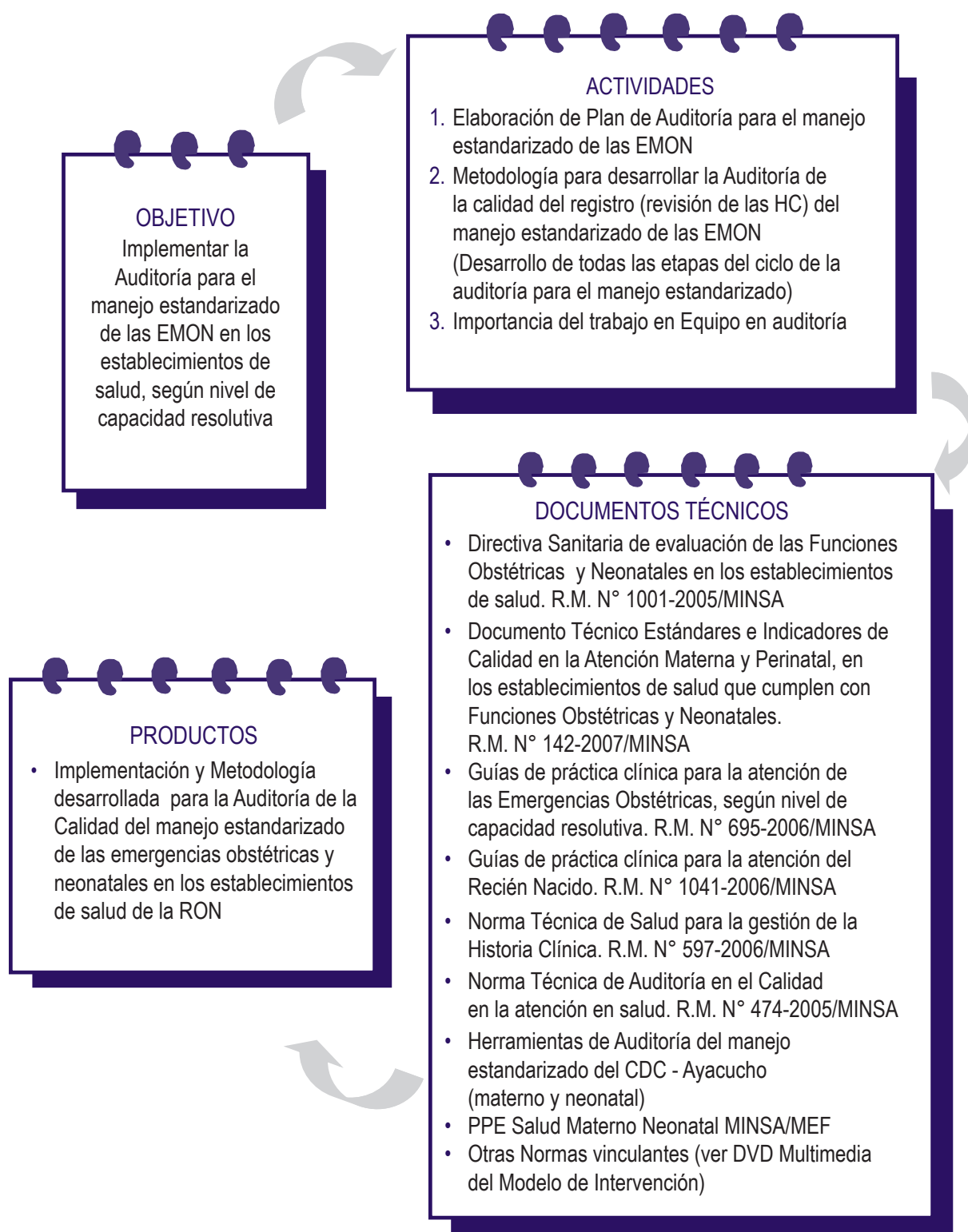
c. Mejorar la ética y motivación del personal

Las actividades de auditoría tienen un apreciable valor educacional. Cada tema auditado conlleva a una nueva lección, un ejercicio intelectual, en el que participan y colaboran un grupo de profesionales, intercambiando ideas sobre diferentes problemas en el manejo de casos, desde falta de comunicación con la paciente hasta reacciones adversas a los medicamentos, entre otros.

Igualmente, proporcionan retroalimentación de la calidad del desempeño. Es una manera de reforzar la motivación del personal de salud y su satisfacción en el trabajo. Es evidente que un mejor desempeño en los establecimientos de salud, ha de redundar en el mejor uso de los servicios y en las mejoras perceptibles de los indicadores de rendimiento.







## MOMENTO 2: PLANIFICACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA AUDITORÍA PARA EL MANEJO ESTANDARIZADO DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES



# 1. ELABORACIÓN DE PLAN DE AUDITORÍA PARA EL MANEJO ESTANDARIZADO DE LAS EMON

Evaluando las brechas:

El Comité encargado de trabajar calidad en Salud Materna y Neonatal en el establecimiento/red de salud/hospital, ha logrado en el Momento 1: *"Identificar las brechas del manejo estandarizado de las EMON"*, para ello ha realizado actividades con el personal de salud y conoce el diagnóstico de la situación. Es frecuente encontrar las mismas brechas, dificultades y malas prácticas en los servicios, que son barreras y dificultan la atención estandarizada; algunas están relacionadas con los siguientes aspectos:

<p>Gestión de los servicios: (Vinculado a categorización y gestión de la calidad de los servicios de salud)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es frecuente identificar al personal de salud que provienen de una determinada escuela porque tiene patrones estructurales en la formación profesional, a veces, es una barrera que no permite establecer estándares para el manejo estandarizado de las complicaciones en el servicio, repercutiendo en la calidad de atención</li> <li>• Falta de capacitación del personal de salud en la atención de EMON, siendo más crítico en zonas rurales, pobres y de extrema pobreza</li> <li>• Poca disponibilidad de personal en las salas de maternidad y en atención de RN</li> <li>• Disponibilidad de guías de atención para el personal de salud</li> <li>• Disponibilidad de insumos y materiales para brindar atención, según nivel de capacidad resolutive (falta equipos o no saben manejarlos. Existe dificultades para su adquisición, no se hace mantenimiento, etc.)</li> </ul>
<p>Los recursos humanos: (vinculado a gestión y organización de la RON)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brecha de RR.HH. <u>calificado</u> y necesidad de fortalecer programas permanentes para desarrollar ciclos de mejora continua de la calidad</li> <li>• Es importante la necesidad de organizar el trabajo en equipo, coordinando con farmacia para la disponibilidad de los medicamentos y otros insumos. Igual con las unidades de laboratorio, banco de sangre, para la disponibilidad de unidades de sangre u otros paquetes específicos. Al no darse este proceso no se permite una atención oportuna y de calidad</li> <li>• Podría señalarse que la falta de coordinación en el sistema de transporte de las emergencias no permiten que la atención en salud sea oportuna en los niveles inmediatos, mermando la calidad de atención</li> <li>• Las demoras y dificultades en las coordinaciones con otros servicios, sea intermedios, de interconsulta, UCIM, etc., también ocasionan retrasos en la atención y por ende en la calidad</li> <li>• Necesidad de fortalecer programas permanentes para desarrollar ciclos de mejora continua de la calidad</li> </ul>
<p>Resultados en los servicios: (finalmente en la atención de las EMON)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no se tiene procesos que se implementen para ir subsanando estas brechas y dificultades se podrán evidenciar serías deficiencias en los procesos de la atención de salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicios de salud que no cumplen estándares, según categoría</li> <li>- Personal de salud con necesidad de mejorar competencias</li> <li>- Pacientes que no han recibido tratamiento oportuno, según guías</li> <li>- Demora en la administración de sangre segura. Demora en la realización de exámenes de laboratorio y ayuda al diagnóstico por imágenes</li> <li>- Demora en la atención quirúrgica</li> <li>- Procedimientos inadecuados para la resolución de emergencia</li> <li>- Establecimientos de salud que no cumplen con la atención de 24 horas</li> </ul> </li> </ul>
<p>Impacto en los indicadores sanitarios:</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si estas brechas e inequidades no son atendidas por los responsables de la gestión sanitaria en todos los niveles (nacional, regional y local), con oportunidad, ocasionarán lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta letalidad materna</li> <li>- Alta letalidad neonatal</li> </ul> </li> </ul>



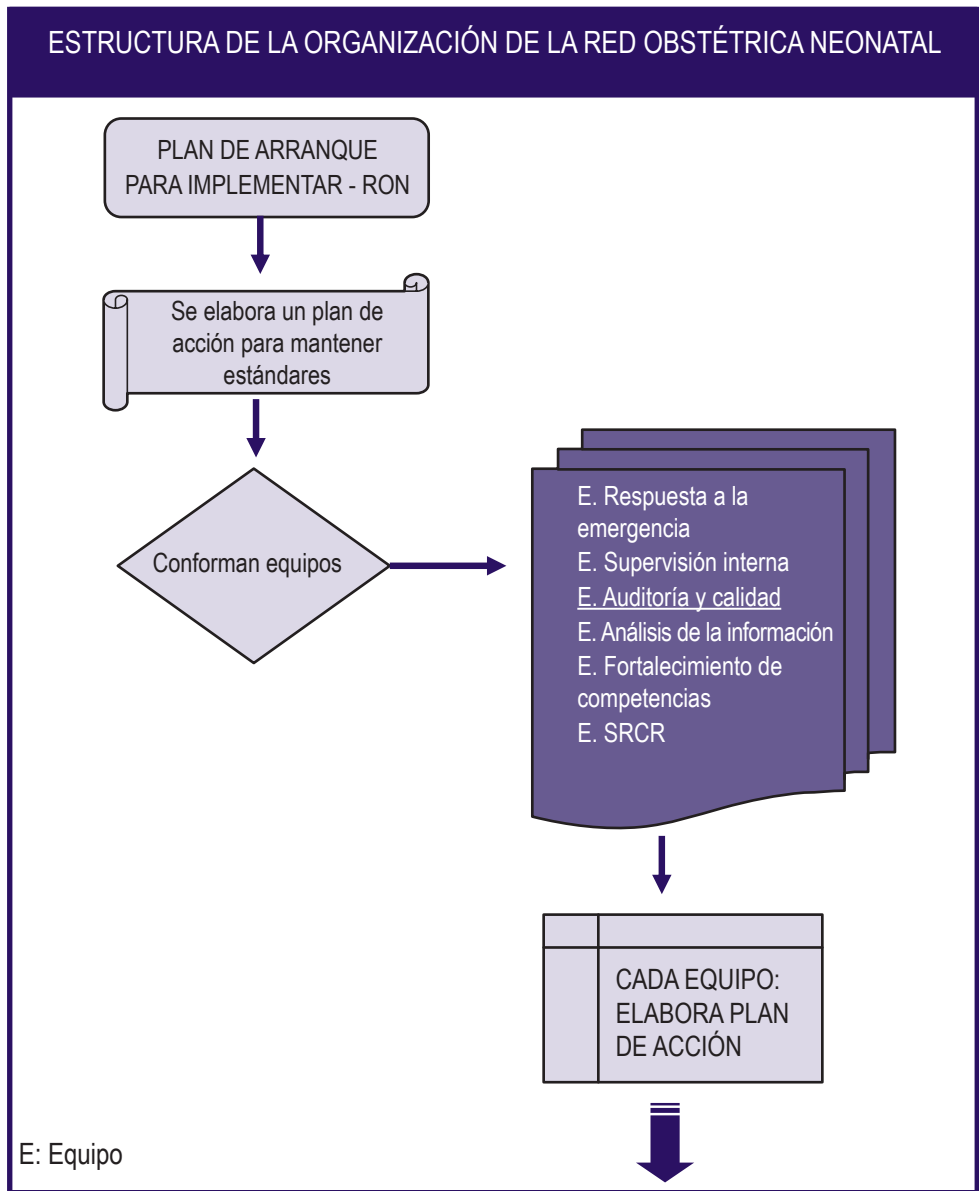
*¿Es necesario hacer precisiones?*

De lo descrito anteriormente se requiere intervenir en:

Diferentes problemas → Diferentes soluciones → Diferentes actores

Este Módulo trabajará cómo mejorar la calidad de atención de las EMON aplicando la Auditoría como herramienta clave!

La estructura de la implementación de las estrategias de este Modelo de Intervención es descrita en el Documento Técnico y el Módulo 8. Resumiendo el proceso a seguir se establece la siguiente ruta:



**ESTRUCTURA SUGERIDA PARA ELABORAR EL PLAN DE AUDITORÍA PARA EL MANEJO ESTANDARIZADO DE LAS EMON**

La estructura y pautas más importantes se detallan a continuación:

**I. Justificación**

Describir algunos antecedentes nacionales, de la región y del establecimiento respecto de la calidad de atención, la situación de la salud materna y neonatal; así como describir la situación de las capacitaciones desarrolladas en relación a las EMON y la implementación de las Guías de atención. Analizar el problema del establecimiento de salud con relación al manejo estandarizado de las EMON: dificultades, brechas y oportunidades. Resaltar la importancia de implementar acciones para mejorar la calidad de atención.

Para ello tomar los datos del análisis de brechas desarrolladas en el MOMENTO 1.

**II. Objetivos** (Definirlos sobre la base de las brechas identificadas y se recomienda usar objetivos meta). Por ejemplo:

## ESTRUCTURA SUGERIDA PARA ELABORAR EL PLAN DE AUDITORÍA PARA EL MANEJO ESTANDARIZADO DE LAS EMON

### General:

- Uso de las Guías de manejo estandarizado en la atención de las EMON, como estrategia para disminuir la MMN, en los establecimientos de las RON

### Específicos:

- Capacitar al personal de salud en Auditoría de la calidad
- Implementar al 100% de establecimientos con guías y flujogramas
- Capacitar al personal de salud en el uso de las guías de atención de EMON, según nivel de capacidad resolutive
- Mejorar el manejo estandarizado de las EMON en las referencias

### III. Actividades a desarrollar para alcanzar los objetivos (algunos ejemplos)

- Taller de implementación de las guías de atención
- Implementación con guías y flujogramas a los servicios de salud
- Taller para el personal de salud en Auditoría de la calidad
- Validar herramientas para desarrollar auditorías del manejo estandarizado de las EMON
- Implementar mejoras en el manejo de las HC
- Reuniones técnicas para desarrollar auditoría de registros de las HC de las EMON
- Reuniones de análisis crítico grupal sobre la situación actual del manejo estandarizado de las EMON
- Socialización de los hallazgos encontrados al personal de salud
- Elaboración de plan de acción de Mejora Continua de la Calidad
- Implementación del plan
- Supervisión y monitoreo del plan
- Evaluación del ciclo de auditoría

### IV. Cronograma

### V. Considerar actividades, según objetivo, responsables, tiempo

### VI. Presupuesto

## 2. METODOLOGÍA PARA DESARROLLAR LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DEL — REGISTRO (REVISIÓN DE LAS HC) DEL MANEJO ESTANDARIZADO DE LAS — EMON (DESARROLLO DE TODAS LAS ETAPAS DEL CICLO DE LA AUDITORÍA PARA EL MANEJO ESTANDARIZADO)

Describiremos aquí aspectos relacionados con la planificación de los procesos prioritarios en el desarrollo de los sistemas de Auditoría en un Hospital o Red de Salud y luego la metodología necesaria para el desarrollo de la Auditoría del manejo estandarizado.

### 2.1 Planificando una Auditoría

Para planificar una Auditoría debemos considerar la realización de actividades orientadas a:

- ✓ Determinar el alcance y los objetivos de la Auditoría
- ✓ Establecer el tiempo de ejecución de la Auditoría
- ✓ Identificar los criterios de la Auditoría
- ✓ Establecer la metodología a seguir durante la ejecución
- ✓ Definir los recursos a utilizar: económicos, logísticos y de personal
- ✓ Definir los modos en que se realizarán las pruebas técnicas que permitan obtener las evidencias de Auditoría
- ✓ Determinar la modalidad de supervisión de la Auditoría
- ✓ Parámetros para la revisión de la información
- ✓ Formular el plan y programa de la Auditoría



Existen varios tipos de Auditoría descritos en la Norma Técnica actual del MINSA que proponen la necesidad de contar con un Comité Auditor, teniendo como base la Historia Clínica y los registros de atención que maneja el establecimiento. Se debe considerar, entre otros, los siguientes aspectos:

- ✓ Registro de la anamnesis
- ✓ Examen clínico
- ✓ Diagnóstico
- ✓ Plan de trabajo
- ✓ Tratamiento

Los modelos que elabore el Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, deberán ser detallados y variarán según se evalúen las atenciones realizadas en las áreas de consulta externa, hospitalización, emergencia u otros servicios. El informe de Auditoría de la Calidad del Registro Asistencial debe contener:

- ✓ Datos generales del servicio
- ✓ Origen de la Auditoría
- ✓ Tipo de auditoría
- ✓ Alcance de la auditoría
- ✓ Antecedentes
- ✓ Observaciones
- ✓ Conclusiones
- ✓ Recomendaciones
- ✓ Anexos

## 2.2 Descripción de la metodología para la Auditoría del Manejo Estandarizado

La conducción de la Auditoría es un proceso encaminado a introducir cambios. El proceso puede ser dividido en dos fases, una preparatoria y otra en el ciclo de Auditoría.

### 2.2.1 Fase preparatoria:

- a. Constitución del Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud Materna y Neonatal
- b. Definición de criterios. (Estos ya fueron contruidos por el CDC - Ayacucho. Ver anexo 1 y 2, actualizados según Guías de Atención)
- c. Búsqueda de fuentes de información
- d. Diseño de la plantilla de recolección de datos

### 2.2.2 Ciclo de Auditoría:

- e. Recopilación y análisis de datos
- f. Recomendaciones para el Plan de Acción
- g. Ejecución del Plan de Acción
- h. Realizar el siguiente Ciclo de Auditoría para evaluar el Plan de Acción

A continuación desarrollamos las Fases de la Auditoría:

#### a. Constitución del Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud

Es importante que los participantes en el Comité de Auditoría del establecimiento apoyen y se involucren en el éxito del trabajo propuesto.

Los factores de éxito, considerados importantes en el nivel local, son el deseo de analizar la situación existente y la voluntad de mejorarla introduciendo cambios. Los participantes deben comprender que al realizar una auditoría no se busca culpar a nadie. Para desarrollar esta reflexión se puede usar la metodología de la problematización.

El Equipo de Auditoría debe estar conformado por representantes de los diferentes equipos de salud y puede ser integrado por:

- ✓ Director del establecimiento
- ✓ Médicos generales y/o especialistas (Gineco Obstetra, Pediatra, Neonatólogo, Anestesiólogo, etc)
- ✓ Obstetrices
- ✓ Enfermeras
- ✓ Personal de laboratorio
- ✓ Personal de farmacia



- ✓ Personal de banco de sangre
- ✓ Empleados administrativos
- ✓ Secretarías (que puede ayudar con la recopilación de datos)

El líder del Equipo debe ser un profesional de salud de reconocida trayectoria y liderazgo en el establecimiento, quien está comprometido en mejorar su propio desempeño y contribuir para que los demás lo hagan idealmente el Director del establecimiento. Los otros miembros deben tener cualidades y solvencia técnica para generar reconocimiento en el Equipo de salud del establecimiento.

(Para el caso de hospitales seguir con las recomendaciones según Norma Técnica para los integrantes del Equipo de Auditoría; para las FONB conformar el Equipo según la disponibilidad del personal de salud)

#### b. Definición de criterios

Se debe acordar las definiciones de los criterios seleccionados para cada tipo de Auditoría, sea materna o neonatal. La selección de los criterios/estándares no sólo deben estar relacionados con el manejo clínico, sino también con la gestión y los derechos humanos, las que serán establecidas por escrito.

Como ya se ha indicado, las actividades de la Auditoría del Manejo Estandarizado consisten en comparar la práctica existente con estándares /criterios previamente consensuados y basados en hechos científicamente comprobados. Es preciso que los criterios satisfagan los siguientes requisitos:

- ✓ Que se basen en sólidas pruebas científicas basadas en MBE
- ✓ Que sean medibles, de preferencia utilizando los registros de pacientes
- ✓ Que sean realistas, dada la capacidad del establecimiento en materia de personal y recursos

La selección de los criterios no significa incluir todas las acciones que serían óptimas en relación con el tema escogido, sino las más importantes. Los criterios pueden seleccionarse de las siguientes fuentes:

- ✓ Estándares aprobados localmente
- ✓ Estándares genéricos (como los de la OMS), en el caso que no hubiera en la norma nacional
- ✓ Estándares nacionales de gestión y de derechos humanos

Para el caso del Perú, el Ministerio de Salud, ha aprobado las Guías Técnicas:

- ✓ Guías de Práctica Clínica para la atención de Emergencias Obstétricas, según nivel de capacidad resolutoria (R.M. N° 695-2006/MINSA)
- ✓ Guía de Práctica Clínica para la atención del Recién Nacido (R.M. N° 1041-2006/MINSA), sobre las que se elaborarán los criterios para desarrollar el ejercicio de la Auditoría del manejo estandarizado. (Ver Anexo 1 y 2).

A continuación se incluye otros ejemplos de criterios:

Clínica: intervención activa en la tercera fase del trabajo de parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A un minuto del alumbramiento del niño se administran por vía intramuscular 10 UI de oxitocina</li> <li>- Se ejerció una tracción y contratracción controlada del cordón umbilical para extraer la placenta</li> <li>- Después de la extracción de la placenta se practicó de inmediato un masaje uterino</li> <li>- Se revisó adecuadamente la placenta y Anexos</li> <li>- Se registraron las observaciones sobre pérdidas de sangre</li> </ul>
Gestión: procedimiento de referencia de pacientes a otros establecimientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se explicó a cada paciente y su familia por qué era necesario la referencia a otro establecimiento</li> <li>- Se administraron antibióticos con fines profilácticos</li> <li>- Se practicó una canalización endovenosa</li> <li>- Se indicó por escrito que medicamentos se habían administrado y qué procedimientos ya se habían practicado</li> <li>- Se envió junto con la paciente una nota por escrito que indica la razón de la transferencia</li> <li>- Se envió junto con la paciente su Historia Clínica por escrito</li> </ul>
Derechos Humanos: discriminación y acceso a la atención de las EMON	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La familia o paciente pagaron importes extra para la admisión o el tratamiento</li> <li>- La familia se vio obligada a adquirir medicamentos fuera del hospital</li> <li>- La paciente recibió información</li> <li>- Se brinda privacidad en el momento de la atención</li> </ul>

Tomado del libro de ABC de AMDD. U. de Columbia

### c. Búsqueda de fuentes de información

En función al tema seleccionado para la Auditoría, sea de atención clínica, gestión u organización del sistema de salud, o cuestiones de derechos humanos, es necesario revisar los datos de las siguientes fuentes:

- ✓ Registros hospitalarios
- ✓ Historias clínicas de las pacientes
- ✓ Historias clínicas de los recién nacidos
- ✓ Entrevistas con el personal y las familias
- ✓ Entrevistas a las pacientes
- ✓ Listas de existencias farmacéuticas
- ✓ Inventarios de bancos de sangre
- ✓ Listado de procedimientos de laboratorio

En relación con las fuentes de información es necesario también conocer los diversos registros de información materno/neonatal que puede tener un establecimiento, y que sirven de ayuda para la generación de información en el manejo estandarizado desarrollados por los servicios de salud.

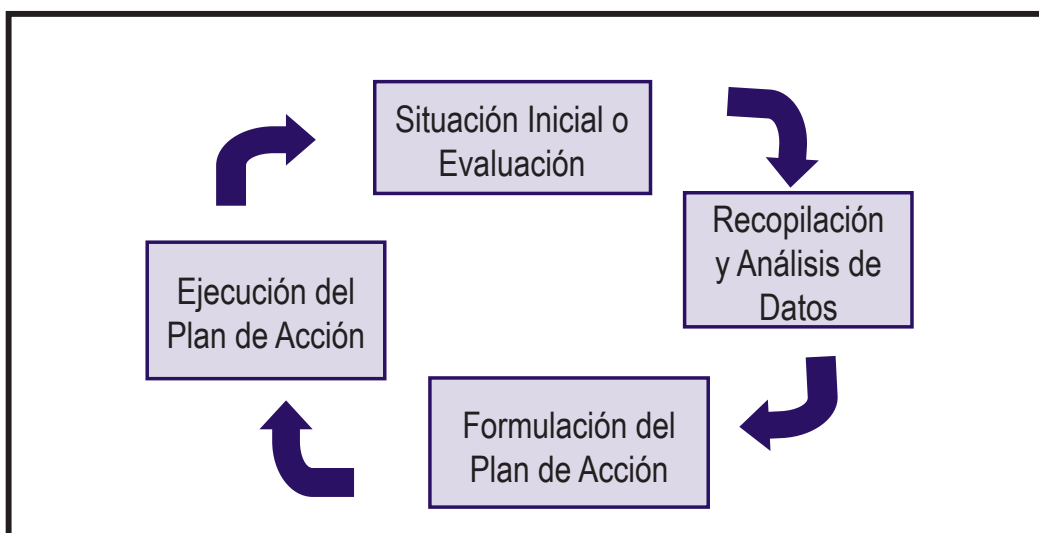
### d. Diseño de la plantilla de recolección de datos

Los formularios de recopilación de datos deben ser preparados en versión preliminar, revisados y aprobados, lo cual demandará un margen de tiempo. Los instrumentos a proponer deben de ser sencillos y prácticos, pensando en recolectar información básica de los casos a auditar.

En la sección de anexos se incluyen los instrumentos necesarios para desarrollar la auditoría del manejo estandarizado de las EMON.

Los instrumentos para la Auditoría del manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales han sido actualizados tomando en cuenta las Guías de Práctica Clínica R.M. N° 695-2006/MINSA y R.M. N° 1041-2006/MINSA. Ver Anexo 1 y Anexo 2.<sup>3</sup>

### CICLO DE LA AUDITORÍA



Fuente: Cuaderno Auditoría Basada en Criterios. AMDD. U. Columbia

### e. Recopilación de datos

Hay al menos tres posibles métodos de recopilación de datos:

- ✓ Extracción de constancias existentes en el establecimiento (historia clínica, registros de laboratorio, farmacia, etc)
- ✓ Observación
- ✓ Entrevistas
- ✓ Encuestas

<sup>3</sup> Los instrumentos aquí mencionados han sido actualizados de las herramientas de la supervisión capacitante del CDC Ayacucho. Programa de capacitación regional de Emergencias Obstétricas y Neonatales

Por lo general, se utiliza la información escrita existente al auditar temas clínicos, como por ejemplo, el registro de signos vitales, tiempo transcurrido entre el pedido de sangre y la transfusión, intervalo para el ingreso del paciente y la intervención. *Cabe señalar que si el tema de interés no se encuentra escrito y debería tenerse una constancia del mismo, se debe presumir que dicho procedimiento no fue realizado.*

Si los participantes se percatan que se está realizando una evaluación, su comportamiento puede resultar afectado por la presencia de un observador, esto debe minimizarse tomando precauciones.

Para obtener algunos tipos de información, se puede entrevistar a los encargados de prestar servicios, a las pacientes, o a las familias de las pacientes y averiguar así diversos temas relacionados con la atención.

Se debe decidir si la actividad de auditoría ha de ser retrospectiva o prospectiva, si han de consultarse registros, hacerse entrevistas u otros. Es preciso realizar las capacitaciones respectivas para los encargados de recopilar los datos, quienes deben estar familiarizados con los formularios. Se tiene la propuesta de desarrollar un taller regional para la capacitación del personal de salud y entrenarlos en auditoría para el manejo estandarizado de las EMON. El programa tiene una duración de 3 días. (Ver Anexo N° 3)

Metodología para la recolección de la información:

El Equipo de trabajo se reúne para realizar la auditoría de las complicaciones sean obstétricas o neonatales.

Previamente ha seleccionado las complicaciones más frecuentes que quiere revisar y ha identificado un número determinado de Historias Clínicas para este proceso (se recomienda 10 HC por tipo de complicaciones si lo hubiere dependerá del número de casos que puede atender el establecimiento (será mayor si es un FONE y en menor cantidad si son FONB).

Luego el equipo ha determinado cuáles son los criterios por tipos de complicaciones y verificarán si han sido atendidos en el establecimiento según los estándares.

En la hoja de herramientas establecidas el equipo de salud que desarrolla la Auditoría verificará si cada criterio /estándar ha sido cumplido:

Ejemplo del uso de la Herramienta:

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON HIPOCALCEMIA NEONATAL							
NIVEL: FONP							
Auditoría del manejo estandarizado de las emergencias neonatales							
A.	Ubicación del Establecimiento	A	B	C		Situación Inicial	2do ciclo de la auditoría
B.	N° de Historia Clínica	1	2	3...	10		
N°	CRITERIOS						
1	Identificó recién nacidos con factores de riesgo	SI	SI	NO	NO	50%	80%
2	Identificó neonatos con síntomas compatibles con hipocalcemia	NO	NO	NO	SI	25%	70%
3	Aseguró la lactancia materna precoz						
4	Referir al neonato al establecimiento de salud que cuenta con capacidad resolutive para su atención, con transporte neonatal						

Observaciones:.....

## EXPLICACIÓN DEL PROCESO:

A. Ubicación del Establecimiento:	Puede ser desarrollado dentro del establecimiento de salud, o el equipo puede desarrollar un muestro del manejo estandarizado a nivel de la red de salud, microrred u hospital.
B. N° de Historia Clínica:	HCs del establecimiento auditado ó HCs de la red de salud sean FONI, FONE, FONB ó FONP. Estas deben ser registradas para mejorar el proceso de la información y retroalimentación. Se sugiere auditar por lo menos 10 HC x tipo de complicaciones, si el número es menor, adaptarse con los que hubiera.
N° de criterios:	En cada caso de HC anotar con "SI" si se cumplió con el criterio y "NO" en el caso que no se hizo o no se anotó. Corresponde a los estándares de las Guías Técnicas del MINSA según nivel de atención.
Listados de criterios:	Según se avance con la revisión de la HC el equipo podrá evaluar si el caso auditado cuenta con los estándares establecidos, si se anotaron, o no se anotaron, están incompletos, o no corresponden.
Situación Inicial:	Aquí corresponde establecer una breve formula matemática, si se han auditado 10 HC y de las cuales sólo 5 cumplieron los criterios, corresponderá colocar en esta columna 50% de logro. Quedará para el Plan de Acción establecer acciones que permitan mejorar este desempeño en el servicio.
Segundo ciclo:	Desarrollado el proceso del Plan de Acción, y repetido el ciclo, se vuelve hacer el mismo procedimiento logrando en este ciclo incrementar el avance del logro de los estándares.
Observaciones:	Aquí se establece las anotaciones que el equipo identificó como necesarios para fortalecer capacidades en el personal de salud. Aquí se ubican lo que se llaman las "inconsistencias". Estas pueden ser mayores o menores. Serán mayores las que se relacionan con el manejo estandarizado y serán menores los relacionados a datos incompletos, firma y sello, anotaciones de enfermería, datos de laboratorio, etc.

En este momento el Equipo debe tener en cuenta que:

Es importante recalcar que una Región, Red u Hospital puede ya tener implementado un sistema de Auditoría, para lo cual este Módulo puede complementar dichas actividades. El Comité de Prevención de la Mortalidad Materna y Neonatal de los establecimientos, también desarrollan estos procesos, no es necesario duplicar esfuerzos, sino más bien fortalecerlos y hacer sinergia entre los equipos que trabajan un mismo objetivo: mejorar la calidad de la atención en salud Materna y Perinatal.

Este Módulo es un manual de referencia específico para auditar el manejo estandarizado de las EMON en los establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales.

Por otro lado, este momento de Recopilación y Análisis de datos, debe involucrar al personal de salud, con la finalidad de evaluar los procesos de atención, el cumplimiento de las normas y procedimientos de la organización, así como identificar y prevenir los riesgos asistenciales y administrativos que pueden afectar la calidad de atención.

Para desarrollar este momento y los procesos de Auditoría en general es necesario:

- ✓ Obtener información sobre Auditorías anteriores
- ✓ Obtener información general sobre la materia: organización, funciones, normas, planes, programas
- ✓ Obtener información sobre los procesos de atención del establecimiento de salud
- ✓ Socializar la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud
- ✓ Definir el Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud

- ✓ Capacitar y entrenar al equipo
- ✓ Establecer los criterios para evaluar en base a los requerimientos del sistema
- ✓ Elaborar las listas de verificación en base a las normas seleccionadas
- ✓ Establecer las fechas de acuerdo con los auditados
- ✓ Elaborar el plan definitivo de la Auditoría

Además, la ejecución debe comprender:

- ✓ Auditar de acuerdo al plan y registrar la información obtenida
- ✓ Verificar la información
- ✓ Analizar en equipo los resultados conforme avanza la Auditoría
- ✓ Proveer de retroalimentación a los auditados
- ✓ Preparar el informe preliminar

Luego de conocer como se desarrollan los procesos de Auditoría para el manejo estandarizado, se empezará a diseñar el Plan de Acción para levantar las observaciones y otros procesos para la mejora continua de la calidad de este ciclo de la Auditoría desarrollada.

**f. Recomendaciones/Plan de Acción: planificando actividades según resultados de la Auditoría del Manejo Estandarizado**

La Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud promueve la conformación de un Comité de Auditoría en el Establecimiento de Salud, conformado por profesionales de diferentes departamentos o servicios.

Las oficinas de Gestión de la Calidad de las DISA ó DIRESA ó GERESA de manera conjunta con el Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud conformado en cada establecimiento y en coordinación con el Comité de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal, consolidarán y monitorizarán los Planes de Auditoría, realizando reportes trimestrales sobre los indicadores propuestos y los avances en los planes referidos.

Un siguiente paso, luego de conocer los resultados o brechas existentes en los servicios obstétricos y neonatales a través de la Auditoría desarrollada será la elaboración de Plan de Acción.

Plan de Acción:

Durante el análisis, el Equipo Auditor debe intercambiar ideas sobre las comprobaciones efectuadas y considerar las opciones para mejorar la situación. Estas, sumadas al conocimiento de la situación por parte del Equipo, bastan por lo general para suscitar varias ideas de mejora. Las recomendaciones podrían incluir desde capacitar al recurso humano participante, establecer nuevos sistemas para pedir o distribuir medicamentos, preparar nuevo rol del personal de guardia, manejar los desechos (residuos sólidos), establecer patrones de circulación a través de la sala de trabajo de parto y sala de operaciones, entre otros.

Ejemplo: Auditoría de un caso de una cesárea, que ameritó comprobar la demora para la intervención quirúrgica, y se revisó el siguiente plan de acción:

Problemas	Causas	Recomendaciones / Soluciones	Encargado de realizarlas	Plazos
El quirófano no está preparado	El encargado del quirófano no está de guardia las 24 horas/día	Disponer de llaves del quirófano por duplicado	Médico encargado	1 Día
No hay medicamentos de emergencia	Gestión incorrecta de las existencias	Capacitación en gestión para la disponibilidad asegurada de medicamentos para el manejo de las EMON	Médico encargado	6 meses
No hay sangre	Nadie se encarga del banco de sangre por la noche	Prever personal 24 horas	Director General, responsable de banco de sangre	6 meses

Fuente: ABC, AMDD. Columbia USA

g. Ejecución del Plan de Acción:

Una vez que el Equipo ha adoptado las decisiones con respecto a las recomendaciones a llevar a la práctica, los cambios deberían hacerse constar por escrito de forma clara y colocarse en un lugar visible donde el personal tenga acceso inmediato a la información.

Además, el Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud Materna y Neonatal, debe velar porque el personal comprenda los procedimientos (más aún si son nuevos) y las razones por qué se aplican, además de informarles a quién pueden consultar si hubieran dudas al respecto.

h. Realizar el siguiente ciclo de Auditoría para evaluar el Plan de Acción:

El propósito de la Auditoría es mejorar la calidad de la atención adoptando un conjunto de mejores prácticas en cuestiones clínicas, de gestión y de derechos humanos. Para estar seguros de que hemos logrado mejorar las prácticas, es preciso que evaluemos los efectos del proceso de Auditoría. Tal vez tengamos la impresión que las prácticas han cambiado, pero es importante demostrar que realmente hubo cambios y documentar esos cambios de manera sistemática.

Esta etapa de reevaluación es la última que completa la actividad de la Auditoría y la primera que inicia un nuevo ciclo de la Auditoría.

En el siguiente ejemplo se compara el número de mujeres con eclampsia que recibieron sulfato de magnesio según la primera serie de evaluaciones de casos con el número de mujeres que lo recibieron según la segunda serie de evaluaciones de casos. Esto nos proporciona una medición objetiva de cómo ha cambiado una práctica clínica obsoleta, también indica si se necesitan mejoras más profundas y si se justificaría otro ciclo de Auditoría.

Evaluación en tratamiento de Eclampsia	Primera Evaluación	Reevaluación
Número de mujeres tratadas con sulfato de magnesio	0	14
Número de mujeres tratadas con diazepam	23	14

Fuente: ABC, AMMD. Columbia USA



Una vez que se ha logrado y estabilizado una mejora (después de tres meses o seis por ejemplo), puede seleccionarse otro tema para auditar y repetir el ciclo de mejora de calidad.

3. IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO EN AUDITORÍA\_\_\_\_\_

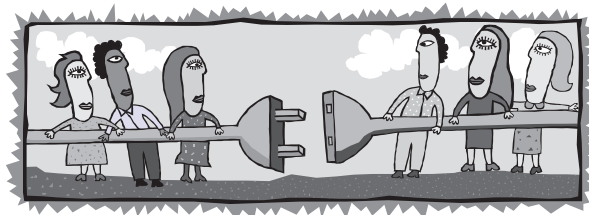
Desarrollar procesos de Mejora Continúa de la Calidad, es un proceso ágil y dinámico. Requiere de la participación de todo el Equipo de salud del establecimiento. La implementación de la Red Obstétrica y Neonatal, va requerir de la conformación de Equipos de trabajo para su implementación, uno de ellos es el Equipo de Auditoría y Calidad en salud materna y neonatal. (Ver funciones en el Módulo 8).

Estos Equipos requieren conocer algunos conceptos básicos de organización del trabajo en equipo, liderazgo, motivación, visión de equipo, etc. Aquí desarrollamos algunos conceptos que permita al personal mejorar su desempeño durante el ejercicio de los ciclos de la Auditoría.



¡Trabajando en Equipo!

¿Por qué es importante el trabajo en Equipo en la Auditoría Médica?



Porque requiere de sus integrantes ciertos requisitos básicos, como la solvencia técnica y el compartir valores y conductas éticas.

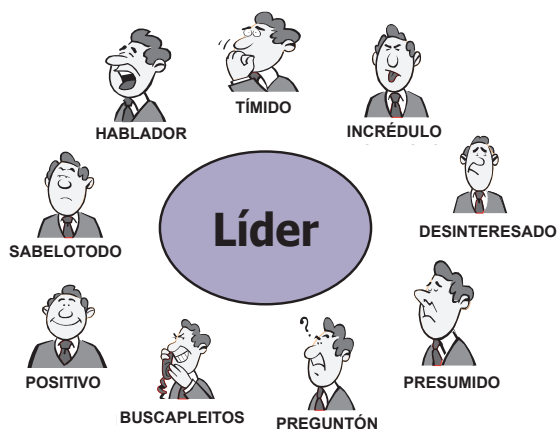
Los auditores no necesariamente tienen que dominar a profundidad todas las especialidades que se encuentran inmersas en el problema analizado, teniendo que conformar equipos de trabajo, para tratar temas específicos.

Por lo tanto, es fundamental conocer las bases conceptuales del trabajo en equipo, ya que tarde o temprano tendremos que formar parte de un Equipo o liderarlo!

El trabajo en Equipo permite el desarrollo de nuevas habilidades y destrezas.

¡Logrando sinergia!

Diferentes tipos de participantes en el Equipo:



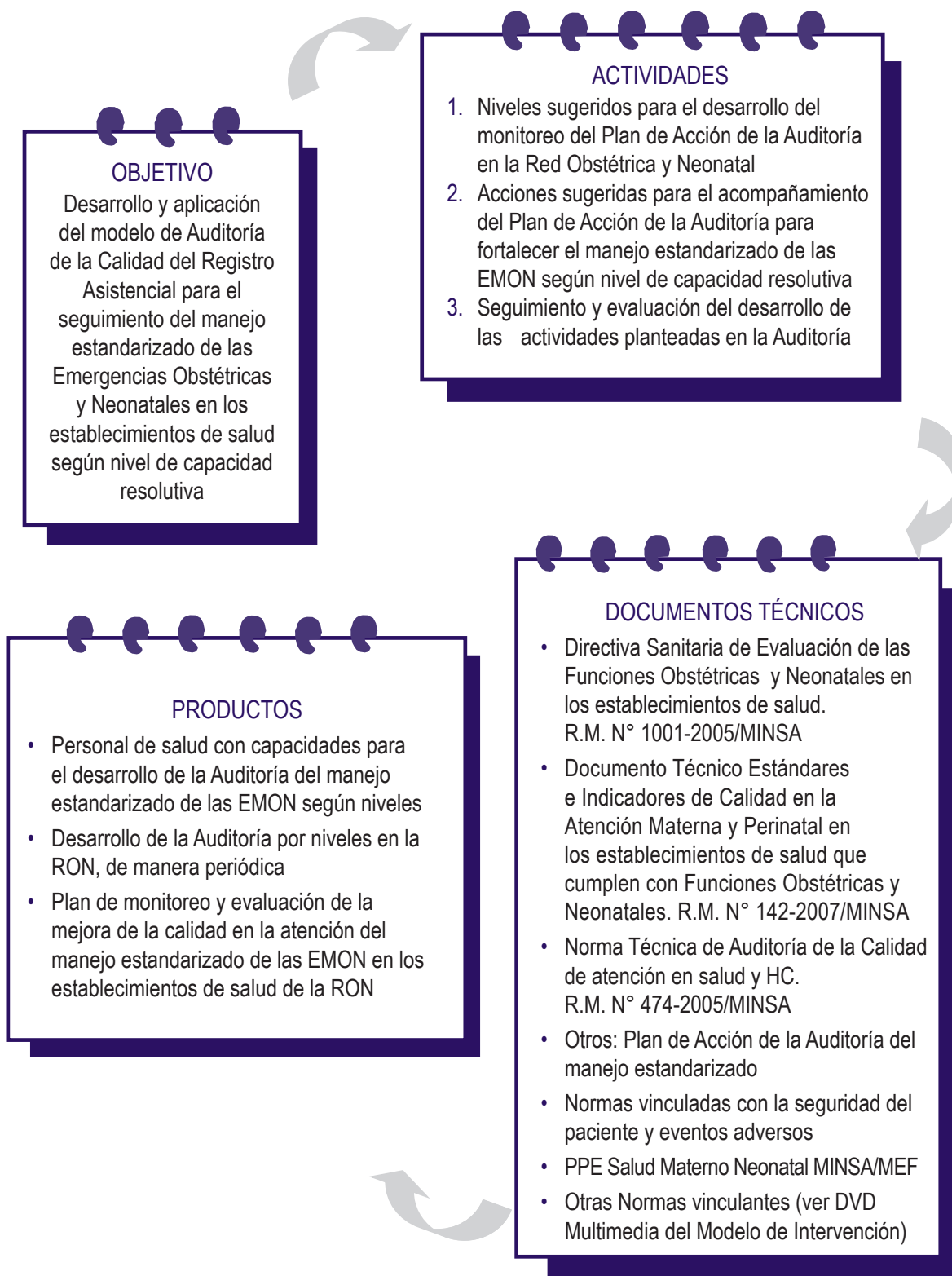
El trabajo en Equipo es una competencia que involucra diversos elementos, entre ellos:

- Conocer los aspectos básicos del comportamiento humano individual y grupal
- Reconocer que es una habilidad que se tiene que adquirir
- Los aspectos actitudinales hacia el trabajo en Equipo, también son importantes para un Equipo exitoso
- Es una comunidad de aprendizaje y de logros, con una dinámica de dar como diez, recibir como cien, y lograr como mil (sinergia)
- Se cubren las necesidades básicas de:  
Pertenencia,  
Autoestima,  
Autorealización.

Tomado de la presentación: Trabajo en Equipo en Auditoría. A. Sánchez, M.Mur.INMP. Ayacucho.2004








## MOMENTO 3: APLICACIÓN DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA AUDITORÍA PARA EL MANEJO ESTANDARIZADO DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES





# 1. NIVELES SUGERIDOS PARA EL DESARROLLO DEL MONITOREO DEL PLAN DE ACCIÓN DE AUDITORÍA EN LA RED OBSTÉTRICA Y NEONATAL

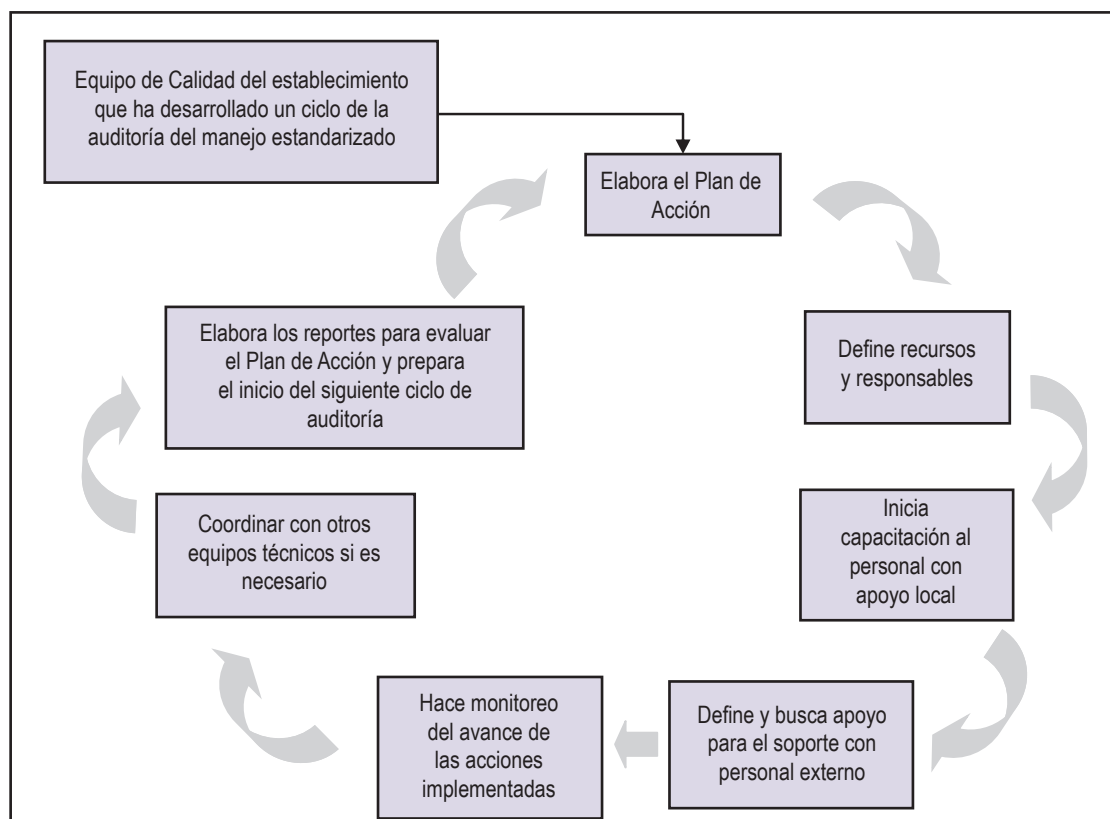
Los niveles sugeridos a seguir en la Región de Salud, Red, Hospital o establecimiento de salud que implementen el Modelo de Intervención, pueden organizar, el monitoreo del Plan de Acción de Auditoría de la siguiente manera:

	Niveles	Acciones sugeridas
	Equipo regional/local de la gestión de la calidad:	Los Equipos de Calidad de los hospitales/redes de salud del Ministerio de Salud, según funciones establecidas desarrollan la implementación y seguimiento del plan de Acción de Auditoría, elaborado con propuestas para mejorar la calidad de atención, cronograma y responsables
	Equipo del CDC regional	El hospital regional que lidera la capacitación del personal de salud mediante las pasantías en EMON, puede hacer uso de estas herramientas en el proceso de supervisión capacitante a nivel de las redes de salud y en los establecimientos, según nivel de capacidad resolutive
	Los “ <u>facilitadores regionales</u> ” que apoyan la implementación de las Redes Obstétricas y Neonatales y del manejo estandarizado	<p>Los profesionales que integran el equipo de facilitadores regionales, identificados en los talleres regionales y locales de la estandarización de habilidades y destrezas para el manejo estandarizado de las EMON, han sido evaluados por criterios como solvencia técnica, liderazgo, actitud positiva, capacidad de enseñanza entre pares; deben ser reconocidos formalmente (Resolución Directoral) por la GERESA/DIRESA/DISA. Ellos se capacitarán en el CDC regional para el uso de herramientas y otras relacionadas con la supervisión capacitante</p> <p>Este equipo también puede apoyar la realización de la Auditoría del manejo estandarizado de las EMON aprovechando que están a cargo de la supervisión en servicio</p>
	El personal de salud	<p>También es posible que el personal de salud, independientemente de los equipos ya mencionados, realice este ejercicio de revisión de estándares en el manejo estandarizado de las EMON</p> <p>Pueden ser revisiones diarias, quincenales, mensuales y semestrales. Este proceso puede estar liderado por el equipo de calidad del establecimiento y/o un personal profesional con las capacidades para desarrollar la metodología</p> <p>Estos procesos son considerados como “buenas prácticas” para la mejora de la calidad en salud, en los establecimientos que brindan atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales</p>
	Generar políticas de incentivos para las mejores prácticas	Es necesario que la Región, Red, Hospital o establecimiento de salud generen una política de incentivos que contrarreste la creencia de la Auditoría como castigo, o la “pretensión de buscar culpables” de manera que el personal se involucre más en estas actividades, como en el llenado adecuado de los registros, la calidad de la información en la HC, firma , sello y orden de la HC, etc

## 2. ACCIONES SUGERIDAS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN DE LA AUDITORÍA PARA FORTALECER EL MANEJO ESTANDARIZADO DE LAS EMON SEGÚN NIVEL DE CAPACIDAD RESOLUTIVA

Frecuentemente los planes de la MCC tienen un ciclo que deben ser acompañados por el equipo técnico para salvar las barreras que se puedan presentan y evitar que no se cumplan las actividades del Plan de Acción.

Las acciones sugeridas para minimizar estos riesgos pueden ser:



Elaboración. ENSSSR. MINSA. PERÚ

Cada una de las actividades propuestas deben permitir que el personal mejore su desempeño y se genere mayor trabajo en equipo, de esta manera es necesario que las propuestas de cursos de capacitación o pasantías deben de comprender y alcanzar a la mayoría del personal.

Para implementar los planes de acción de la Auditoría del manejo estandarizado debe incluir la movilización del personal de salud con:

- ✓ Deseo de participar en reuniones de problematización
- ✓ Deseo de examinar las prácticas actuales
- ✓ Disposición personal de cambiar
- ✓ Conocimiento de las normas con las que se comparan las prácticas
- ✓ Aceptación del concepto de una práctica óptima la cual quisiéramos alcanzar
- ✓ Que asuman el compromiso con su labor para auditar o para implementar cambios de mejora de la calidad



Un establecimiento que está auditando continuamente aspectos particulares en sus servicios, es un establecimiento comprometido con elevar o mantener estándares de la calidad de atención en los EE.SS.

### 3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES — PLANTEADAS EN LA AUDITORÍA

Los Equipos de Auditoría de los establecimientos de salud necesitan generar y planificar sus actividades, incluyendo los tiempos adecuados para las reuniones de los equipos (pueden ser semanal, quincenal o mensual) y las propuestas de mejora que crean conveniente.

Como ya se mencionó, se debe tener reuniones periódicas para verificar los avances de los equipos y de las actividades, para lo cual es importante, también, pensar y diseñar un Plan de Supervisión.

Este Plan debe de considerar las actividades que se vienen midiendo y observar, en base a la evidencia, las posibles mejoras a aplicar para cada una de ellas. Esto debe considerar la revisión de los registros clínicos y la revisión de los indicadores de monitoreo y evaluación, siendo importante utilizar dichos módulos para definir la supervisión.

Además, es importante considerar la lógica sistémica (insumos, procesos, resultados) en la generación de indicadores para supervisar los pasos y actividades propuestas en cada tema de Auditoría.

Dentro de las actividades de la Auditoría, para el Manejo Estandarizado, se debe considerar el adecuado control y seguimiento, el Equipo Líder debe reconocer las posibles barreras que se oponen a la Auditoría, como son:

- ✓ La estructura jerárquica de la profesión médica
- ✓ La falta de recursos para apoyar actividades como la Auditoría
- ✓ El difícil acceso a la evidencia científica
- ✓ La débil calidad de la información de los casos

La etapa de seguimiento de los procesos de Auditoría deben comprender:

- ✓ Las recomendaciones derivadas de la Auditoría
- ✓ La implementación de las medidas recomendadas de acuerdo a los plazos señalados
- ✓ Elaboración y presentación del informe de seguimiento

Por otro lado, para cada tipo de Auditoría es necesario tener un plan de evaluación que permita revisar según el nivel del establecimiento, el cumplimiento de lo planteado en los respectivos informes. Para ello es necesario revisar la normatividad actual propuesta por el MINSA.

La elaboración del informe final comprende:

- ✓ Ajustar el reporte incluyendo los cambios
- ✓ Precisar en las conclusiones los hechos hallados y el personal involucrado en la atención o situación auditada
- ✓ Recomendar cuando el caso lo amerite, que la Entidad de Salud solicite intervención del Órgano de Control Institucional o del Comité de Ética de los Colegios Profesionales
- ✓ Igualmente el equipo de Auditoría podrá otorgar una felicitación en caso de resultados satisfactorios
- ✓ Elevar el informe debidamente firmado por los responsables al jefe inmediato superior
- ✓ Documentar el proceso total para su archivamiento especial y uso posterior, previo foliado y ordenamiento de papeles de trabajo
- ✓ Estos archivos son los “históricos” del proceso de mejora continua de un establecimiento, que debe ser tomado en cuenta por los equipos locales o los que desarrollen la supervisión externa



#### RECUERDE:

Siempre que se cuente con los resultados del proceso de Auditoría, informe al Equipo del establecimiento el avance y los logros importantes, estos pueden ser publicados y es necesario que las autoridades locales y/o regionales promuevan el incremento de las buenas prácticas

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- AMMD. Auditoría Basada en Criterios. 1997
- CDC Ayacucho. Archivos y documentos relacionados del Centro de Desarrollo de Competencias.
- CARE Perú. Documentos de trabajo del proyecto FEMME. 2000-2005.
- MINSA. Dirección de Calidad en Salud. Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. R.M. N° 474-2005/MINSA
- MINSA/DGSP. Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.01. "Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud". R.M. N° 1001-2005/MINSA
- MINSA/DGSP. "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica". R.M. N° 597-2006/MINSA
- MINSA/DGSP. Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 anexos. R.M. N° 695-2006/MINSA
- MINSA/DGSP. Guías de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido y una Guía de Procedimientos. R.M. N° 1041-2006/MINSA
- MINSA. Dirección de Calidad en Salud. Plan de Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. Lima. R.M. N° 601-2007/MINSA
- MINSA/DGSP. Documento Técnico. "Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales". R.M. N° 142-2007/MINSA
- MINSA. Dirección de Calidad en Salud. Directiva Administrativa para el proceso de Auditoría de caso de la Calidad de la Atención en Salud. Lima, 2007.



## ANEXOS

---

ANEXO N° 1

INSTRUMENTO PARA LA APLICACIÓN DE AUDITORÍA PARA EL MANEJO ESTANDARIZADO DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN ESTABLECIMIENTOS QUE BRINDAN FON (*una propuesta del CDC - Ayacucho*)

Objetivos:

1. Evaluar la efectividad del sistema de capacitación personalizada de emergencias obstétricas
2. Realizar el control de calidad al manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas atendidas en el establecimiento y su manejo en las Referencias

Recomendación: Antes de su aplicación, los Facilitadores Regionales del Modelo de Intervención deben revisar estos instrumentos en el marco de las actualizaciones que el MINSA realice de las Guías de Práctica Clínica Materna y Neonatal

HEMORRAGIA DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: ABORTO

NIVEL: FONP

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Identificó factor asociado y/o signos de alarma											
2	Colocó vía segura											
3	En caso necesario, colocó otra vía											
4	Realizó monitoreo estricto de funciones vitales											
	En caso de que cuente con profesional capacitado:											
5	- Realizó el examen con espéculo											
6	- Retiró restos del canal vaginal											
7	- Realizó referencia oportuna											

OBSERVACIONES:

.....

.....



HEMORRAGIA DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: ABORTO

NIVEL: FONB

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas													
A.	Ubicación del establecimiento												Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
1	Identificó factor asociado y/o signos de alarma												
2	Colocó vía segura												
3	Realizó tacto vaginal y/o examen con espéculo												
4	Solicitó Ecografía, Hb, Grupo y factor, Ex. orina, VDRL, HIV												
5	Realizó LU ó AMEU si gestación es menor de 12 cm												
6	Si gestación es mayor de 12 cm o presentó complicaciones realizó referencia oportuna												

OBSERVACIONES:

HEMORRAGIA DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: ABORTO

NIVEL: FONE

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas													
A.	Ubicación del establecimiento												Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
1	Identificó factor asociado y/o signos de alarma												
2	Colocó vía segura												
3	Realizó tacto vaginal y/o examen con espéculo												
4	Solicitó ecografía, Hb, Grupo y factor, Ex. orina, VDRL, HIV												
5	Realizó LU o AMEU si gestación es menor de 12 cm												
6	Cuello uterino abierto, metrorragia no abundante en 500cc de CINA 9%, realizó el LU ó AMEU												
7	Cuello uterino(CU) cerrado, no hay contracciones, metrorragia no abundante, maduró el CU con 200mcg de Misoprostol y realizó el LU ó AMEU												
8	Metrorragia abundante evacua contenido uterino, CU cerrado, dilatación instrumental, luego, LU, AMEU o Histerectomía Abdominal												

OBSERVACIONES:

EMBARAZO ECTÓPICO

NIVEL: FONP y FONB

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas													
A.	Ubicación del establecimiento												Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
1	Identificó signos de peligro y factores asociados												
2	Colocó vía segura												
3	Realizó referencia oportuna con monitoreo horario												
4	Se envió familiar potencial donador de sangre												
5	Se comunicó al lugar de referencia oportunamente												

OBSERVACIONES:

EMBARAZO ECTÓPICO

NIVEL: FONE

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas													
A.	Ubicación del establecimiento												Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
1	Identificó signos de peligro y factores asociados												
2	Hospitalizó												
3	Colocó vía segura												
4	Solicitó Ecografía, Hb, Grupo y factor, sub unidad Beta HCG												
5	Realizó el consentimiento informado												
6	Embarazo ectópico no complicado - tratamiento médico												
7	Embarazo ectópico - complicado Laparotomía												

OBSERVACIONES:



HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

NIVEL: FONP y FONB

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Identificó signos de alarma y factores de riesgo											
2	No realizó tacto vaginal ni colocó espéculo											
3	Colocó 2 vías seguras											
4	Colocó sonda Foley con bolsa colectora											
5	Realizó referencia oportuna											
6	Se envió familiar potencial donador de sangre											
7	Se comunicó al lugar de referencia oportunamente											

OBSERVACIONES:

HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

NIVEL: FONE

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación Inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Identificó signos de alarma y factores de riesgo											
2	Hospitalizó a la paciente de acuerdo a la gravedad (UCI, UCEO u Hospitalización)											
3	Manejó multidisciplinario con especialista											
4	No realizó tacto vaginal ni colocó espéculo											
5	Colocó vías segura, flebotomía o catéter central											
6	Colocó sonda Foley con bolsa colectora											
7	Realizó examen clínico general y obstétrico											
8	Determinó el estado general de la paciente											
9	Realizó monitoreo materno fetal estricto											
10	Solicita exámenes auxiliares respectivos, según guía											
11	Solicitó depósito de sangre											
12	Manejó específicamente de acuerdo a la nosología											

OBSERVACIONES:

HEMORRAGIA INTRA PARTO Y POST PARTO

NIVEL: FONP

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas													
A.	Ubicación del establecimiento												Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
1	Identificó signos de alarma y factores asociados												
2	Colocó vía segura con 20 UI oxitocina												
3	Si sangrado fue abundante, colocó segunda vía segura y paso a chorro												
4	Realizó comprensión bimanual externa y bimanual interna, con personal competente												
5	Colocó sonda vesical con bolsa colectora, con personal competente												
6	Realizó el monitoreo estricto de funciones vitales												
7	Refirió oportunamente, según la Norma												
8	Comunicó al establecimiento al que refiere oportunamente												

OBSERVACIONES:



HEMORRAGIA INTRA PARTO Y POST PARTO

NIVEL: FONB

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas													
A.	Ubicación del establecimiento												Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
1	Identificó signos de alarma y factores asociados												
2	Colocó vía segura con 20 UI de oxitocina												
3	Colocó segunda vía segura y pasó a chorro porque el sangrado fue abundante												
4	Colocó sonda vesical con bolsa colectora												
5	Realizó comprensión bimanual externa y bimanual interna												
6	Realizó evaluación clínica y determinó posible causa												
7	Realizó manejo adecuado según causa												
8	Realizó referencia oportuna cuando presentó complicaciones												
9	Comunicó al establecimiento al que refiere oportunamente												

OBSERVACIONES:

HEMORRAGIA INTRA PARTO Y POST PARTO

NIVEL: FONE

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas														Situación inicial
A.	Ubicación del establecimiento													
B.	N° de Historia Clínica													
N°	CRITERIOS													
1	Hospitalización en la Unidad de Cuidados Especiales Obstétricos													
2	Manejo multidisciplinario, con especialistas													
3	Colocó vía segura con 20 UI de oxitocina													
4	Colocó segunda vía segura y pasó a chorro por que el sangrado fue abundante													
5	Hizo evacuar la vejiga espontánea o colocó onda vesical con bolsa colectora													
6	Hizo firmar el consentimiento informado a la paciente y familiares													
7	Realizó revisión manual de la cavidad uterina													
8	Realizó compresión bimanual externa y compresión bimanual interna													
9	Realizó manejo adecuado según causa													
10	Pasó a sala de operaciones en el caso que no cede la hemorragia													

OBSERVACIONES:

SHOCK HIPOVOLÉMICO OBSTÉTRICO

NIVEL: FONP

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas													
A.	Ubicación del establecimiento												Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
1	Mantuvo vía aérea permeable												
2	Canalizó 2 vías seguras												
3	Infundió 1 a 2 lit. de CINA 9‰												
4	Usar expansores plasmáticos si cuenta con profesional competente												
5	Colocó sonda Foley y controló diuresis												
6	Colocó a la paciente de cúbito dorsal												
7	Realizó referencia oportuna a FONE												
8	Se envió familiar potencial donador de sangre												
9	Se comunicó al lugar de referencia oportunamente												

OBSERVACIONES:

SHOCK HIPOVOLÉMICO OBSTÉTRICO

NIVEL: FONB

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas													Situación inicial
A.	Ubicación del establecimiento												
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
1	Mantuvo vía aérea permeable												
2	Canalizó 2 vías seguras												
3	Infundió 1 a 2 lit. de CINA 9 ‰												
4	Usar expansores plasmáticos si cuenta con profesional competente												
5	Colocó sonda Foley y controló diuresis												
6	Colocó a la paciente de cubito dorsal												
7	Valoró uso de expansores plasmáticos después de 2000cc de CINA 9 ‰ a persistencia de signos de hipovolemia												
8	Comunicó la referencia al Establecimiento FONE oportunamente												

OBSERVACIONES:



SHOCK HIPOVOLÉMICO OBSTÉTRICO

NIVEL: FONE

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Actuar según establecimiento con FONB, además											
2	Solicitó Hb, grupo y factor Rh, perfil de coagulación, pruebas cruzadas, bioquímica (urea y creatinina) Ex. Orina, electrolitos y gases en sangre arterial											
3	Manejó multidisciplinario, con especialistas											
4	Instaló la presión venosa central (PVC)											
5	Hizo firmar el consentimiento informado a la paciente y familiares											
6	Realizó reto de fluidos según la regla 2 con 5 de la PVC											
7	Continuó con oxigenoterapia											
8	Realizó transfusión de sangre fresca total, si la Hb es de 7gr%											
9	Identificó y corrigió la causa básica de la disminución del flujo sanguíneo											
10	Consideró necesidad quirúrgica											
11	Se hospitalizó en UCI si era necesario											

OBSERVACIONES:



TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

NIVEL: FONP (Categoría I - 1)

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Evaluó la presión arterial adecuadamente											
2	Colocó vía segura											
3	Coordinó con el establecimiento con FONB y/o FONE si fuera el caso, y refirió adecuadamente											

OBSERVACIONES:

TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

NIVEL: FONP (Categoría I - 2, I - 3)

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Evaluó presión arterial adecuadamente											
2	Identificó signos de alarma y factores asociados											
3	Identificó hipertensión arterial leve y maneja adecuadamente según guía											
4	Identificó hipertensión arterial severa e inicia tratamiento: (si cuenta con profesional o personal competente)											
5	Colocó 2 vías seguras											
6	Administró Sulfato de Magnesio según guía											
7	Colocó sonda foley y monitorizó diuresis											
8	Administró metildopa 1gr VO c/12 h											
9	Administró nifedipino 10 mg VO si existe crisis hipertensiva											
10	Coordinó con el establecimiento con FONB y refirió adecuadamente											

OBSERVACIONES:

TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

NIVEL: FONB (Categoría I - 4)

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas														Situación inicial
A.	Ubicación del establecimiento													
B.	N° de Historia Clínica													
N°	CRITERIOS													
1	Evaluó presión arterial adecuadamente													
2	Identificó signos de alarma y factores asociados													
3	Solicitó exámenes de laboratorio según guía													
4	Identificó Pre eclampsia leve y maneja según guía													
5	Realizó el control materno según guía													
6	Realizó el control fetal según guía													
7	Hospitalizó o consideró la casa materna y controló a paciente según guía													
8	Identificó Pre eclampsia severa y maneja según guía													
9	Colocó vía segura y deja a 40 gotas por minuto													
10	Colocó segunda vía segura y Sulfato de Magnesio según guía													
11	Administró 1 gr de Metildopa VO cada 12 horas													
12	Administró Nifedipino 10 mg VO si existe crisis hipertensiva													
13	Colocó sonda Foley y monitoriza diuresis													
14	Administró oxígeno según guía													
15	Controló el Monitoreo Materno Fetal Estricto													
16	Identificó Eclampsia y maneja según guía													
17	Aseguró vía aérea permeable													
18	Coordinó inmediatamente con el establecimiento con FONE y refirió adecuadamente													

OBSERVACIONES:

TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

NIVEL: FONE (Categoría II - 1; II - 2)

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Continuar con el manejo iniciado en el establecimiento con FONB											
2	Identificó Pre eclampsia severa											
3	Hospitalización en la Unidad de Cuidados Obstétricos Especiales (UCEO)											
4	Colocó vía segura y deja a 40 gotas por minuto											
5	Colocó segunda vía segura y Sulfato de Magnesio según guía											
6	Administró 1 gr de Metildopa VO cada 12 horas											
7	Administró Nifedipino 10 mg VO si existe crisis hipertensiva											
8	Colocó sonda foley y monitoriza diuresis											
9	Administró oxígeno según guía											
10	Monitoreo Materno Fetal Estricto											
11	Si existe evidencia de daño, de un órgano blando procedió a la atención de parto por cesárea											
12	Hizo firmar el consentimiento informado a la paciente y familiares											
13	Identificó la Eclampsia Realizó lo indicado para Pre eclampsia Severa. Además:											
14	- Hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)											
15	- Paciente de cubito lateral izquierdo											
16	- Control de la ventilación											
17	- Asegurar la permeabilidad de la Vía EV											
18	- Monitorizó estrictamente la hemodinámica según guía											
19	- Valoró las posibles alteraciones funcionales según guía											
20	- Controla las convulsiones y valora las condiciones maternas y fetales, para culminar la gestación											
21	- Estabilizó a la paciente de acuerdo a la guía											
22	- Respetó la vía vaginal para la culminación electiva del embarazo, si las condiciones lo permite											
23	- Coordinó con el establecimiento con FONI (regional y/o nacional según corresponda) y refirió adecuadamente											

OBSERVACIONES:

SEPSIS EN OBSTETRICIA

NIVEL: FONP

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Detectó signos de alarma y factores asociados											
2	Identificó criterios de SIRS											
3	Colocó vía segura											
4	Inició tratamiento con antibióticoterapia, según guía											
5	Realizó referencia oportuna al establecimiento con FONE											
6	Se comunicó al lugar de referencia oportunamente											

OBSERVACIONES:

SEPSIS EN OBSTETRICIA

NIVEL: FONB

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Continuar con el manejo iniciado en el establecimiento con FONP											
2	Detectó signos de alarma y factores asociados											
3	Evalúa signos clínicos y resultado del análisis de laboratorio											
4	Identifica criterios de SIRS											
5	Coloca sonda foley											
6	Monitorizó diuresis											
7	Realizó referencia oportuna a establecimientos con FONE											
8	Se comunicó al lugar de referencia oportunamente											

OBSERVACIONES:

SEPSIS EN OBSTETRICIA

NIVEL: FONE

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Continuar con el manejo iniciado en el establecimiento con FONP y FONB											
2	Hospitalización en UCEO											
3	Evalúa signos clínicos y resultado del análisis de laboratorio											
4	Continuó con antibiótico terapia, iniciado en establecimiento con FONB											
5	Identificó criterios de SIRS											
6	Realizó tratamiento médico quirúrgico de acuerdo al caso											
7	Monitoriza diuresis											

OBSERVACIONES:

NIVEL: FONP

ABORTO SÉPTICO

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Detectó signos de aborto séptico y factores asociados											
2	Colocó vía endovenosa segura											
3	Inició tratamiento antibiótico según guía											
4	Realizó inmediatamente la referencia a establecimiento con FONE											
5	Comunicó anticipadamente al establecimiento de la referencia											

OBSERVACIONES:

ABORTO SÉPTICO

NIVEL: FONB

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Detecta signos de aborto séptico y factores asociados											
2	Inició con fluido terapia											
3	Administró oxigenoterapia											
4	Continuó con tratamiento antibiótico según guía											
5	Colocó sonda foley con bolsa colectora											
6	Monitoreo estrictamente la diuresis											
7	Refiere adecuadamente a establecimiento con FONE											
8	Comunicó anticipadamente al EE.SS. de la referencia											

OBSERVACIONES:

ABORTO SÉPTICO

NIVEL: FONE

Auditoría del manejo estandarizado de las Complicaciones Obstétricas												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación Inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
	Lo mismo que el establecimiento con FONB, más:											
1	- Manejo multidisciplinario, con especialista											
2	- Hospitalización en Unidad de Cuidados intensivos (UCI)											
3	- Solicitar exámenes auxiliares											
4	- Continué con tratamiento de fluido terapia											
5	- Colocó sonda Foley con bolsa colectora											
6	- Monitoreo estrictamente la diuresis											
7	- Administró sangre, si paciente con Hb de 7 gr%											
8	- Continué con antibiótico terapia según guía											
9	- Administró oxigenoterapia											
10	- Procedió continuar con tratamiento quirúrgico una vez estabilizada la paciente según guía											

OBSERVACIONES:

# ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

NIVEL: FONP (Categoría I - 1, I - 2, I - 3)

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Detectó signos de alarma y factores asociados											
2	Colocó vía segura											
3	Inició tratamiento antibiótico terapia según guía, si cuenta con personal profesional											
4	Trasladó en camilla y controló pérdida de líquido amniótico mediante paño vulvoperineal											
5	Refirió adecuadamente a establecimiento con FONE											
6	Comunicó anticipadamente al establecimiento que lo refiere											

OBSERVACIONES:



# ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

NIVEL: FONB

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas													
A.	Ubicación del establecimiento												Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
1	Realizó examen obstétrico absteniéndose de realizar el tacto vaginal												
2	Hospitalizó a la paciente												
3	Ordenó reposo absoluto												
4	Colocó vía segura												
5	Hospitalizó a la paciente												
6	Inicia antibiótico terapia según guía												
7	Solicitó exámenes auxiliares												
8	Realiza ecografía y confirma edad gestacional												
9	Maneja el tratamiento de acuerdo a la edad gestacional, según guía												
10	Detecta signos de alarma y factores asociados												
11	Confirma diagnóstico (especuloscopia, Test Fern)												
12	Sospechó Corionamnionitis												
13	Refirió adecuadamente a establecimiento con FONE												
14	Comunicó anticipadamente al establecimiento que lo refiere												

OBSERVACIONES:



ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

NIVEL: FONE

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas													
A.	Ubicación del establecimiento												Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
1	Hospitalizó a la paciente												
2	Ordenó reposo absoluto												
3	Continuó con antibiótico terapia de establecimiento con FONPI/FONB												
4	Hospitaliza y solicita exámenes auxiliares												
5	Realizó examen obstétrico absteniéndose de realizar el tacto vaginal												
6	Realizó especuloscopia, test de Fern												
7	Realizó las pruebas de bienestar fetal												
8	Realizó pruebas de maduración fetal												
9	Presentó signos de corioamnionitis e inicio con antibiótico terapia según guía												
10	Tomar en cuenta que la conducta obstétrica variará según edad gestacional y la madurez del feto												

OBSERVACIONES:

CORIOAMNIONITIS

NIVEL: FONP

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Detecta signos de alarma y factores asociados											
2	Coloca vía segura											
3	Inicia tratamiento antibiótico según guía											
4	Realiza monitoreo materno-fetal											
5	Refirió adecuadamente a EE.SS. con FONE											
6	Comunicó anticipadamente al establecimiento que lo refiere											

OBSERVACIONES:

CORIOAMNIONITIS

NIVEL: FONB

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
	Lo mismo que en el establecimiento con FONP más:											
1	- Detecta signos de alarma y factores asociados											
2	- Coloca vía endovenosa segura											
3	- Inicia tratamiento antibiótico según guía											
4	- Realiza monitoreo materno-fetal											
5	- Solicita exámenes de laboratorio y los evalúa											
6	- Sospecha corioamnionitis deriva adecuadamente											
7	- Refirió adecuadamente a establecimiento con FONE											
8	- Comunicó anticipadamente al EE.SS. que lo refiere											

OBSERVACIONES:

CORIOAMNIONITIS

NIVEL: FONE

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas													
A.	Ubicación del establecimiento												Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
	Lo mismo que en el establecimiento con FONP/ FONB, más:												
1	- Detecta signos de alarma y factores asociados												
2	- Coloca vía endovenosa segura												
3	- Inicia tratamiento antibiótico según guía												
4	- Realiza monitoreo materno-fetal												
5	- Solicita exámenes de laboratorio y los evalúa												
6	- Sospecha corionionitis culmina la gestación												
7	- Sospecha de sepsis culmina la gestación												

OBSERVACIONES:

ENDOMETRITIS PUERPERAL

NIVEL: FONP

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Detecta signos de alarma y factores asociados											
2	Coloca vía segura											
3	Evalúa temperatura y estado general											
4	Si temperatura es mayor de 38.5 °C administra metamizol 1gr IM											
5	Administra antibiótico si cuenta con personal profesional según guía											
6	Refirió adecuadamente a EE.SS. con FONB											
7	Comunicó anticipadamente al EE.SS. que lo refiere											

OBSERVACIONES:

ENDOMETRITIS PUERPERAL

NIVEL: FONB

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Detecta signos de alarma y factores asociados											
2	Evalúa y realiza diagnóstico diferencial											
3	Hospitaliza a la paciente											
4	Coloca vía segura, según guía											
5	Solicita exámenes auxiliares											
6	Inicia antibiótico terapia según guía											
7	Refiere adecuadamente a EE.SS. con FONE											
8	Comunicó anticipadamente al EE.SS. que lo refiere											

OBSERVACIONES:



ENDOMETRITIS PUERPERAL

NIVEL: FONE

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas													
A.	Ubicación del establecimiento												Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
1	Detecta signos de alarma y factores asociados												
2	Evalúa y realiza diagnóstico diferencial												
3	Hospitaliza a la paciente en la Unidad de Cuidados Especiales Obstétricos												
4	Coloca vía segura, según guía												
5	Solicita exámenes auxiliares												
6	Continúa con antibiótico terapia según guía												
7	Realiza legrado uterino si el caso lo amerita												
8	Manejo multidisciplinario												
9	Realizó manejo quirúrgico al fracaso de las medidas anteriores												

OBSERVACIONES:

TRABAJO DE PARTO PROLONGADO

NIVEL: FONP

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Identifica a gestantes con fecha probable de parto cercana y refiere											
2	Detecta factores de riesgo y signos de alarma											
3	Atiende parto inminente según Norma Técnica											
4	Refiere adecuadamente a toda gestante en trabajo de parto a establecimiento con FONB											
5	Comunicó anticipadamente al establecimiento que lo refiere											

OBSERVACIONES:

# TRABAJO DE PARTO PROLONGADO

NIVEL: FONB

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas													
A.	Ubicación del establecimiento												Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
1	Detecta factores de riesgo y signos de alarma												
2	Determina la hora probable de inicio de parto												
	Evalúa integralmente a la gestante:												
3	- Estado general												
4	- Peso y talla												
5	- Funciones vitales												
	Realiza examen obstétrico:												
6	- Determina edad gestacional												
7	- Mide altura uterina y realiza ponderación fetal												
8	- Evalúa situación, posición y presentación fetal												
9	- Evalúa latidos fetales												
10	- Evalúa dilatación, incorporación, altura de presentación y variedad de posición												
11	- Realiza pelvimetría												
12	Identifica signos de alarma del trabajo de parto												
13	Si diagnóstica parto obstruido refiere adecuadamente a toda gestante en trabajo de parto a establecimiento con FONE												
14	Comunió anticipadamente al establecimiento que lo refiere												

OBSERVACIONES:



TRABAJO DE PARTO PROLONGADO

NIVEL: FONE

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones obstétricas													
A.	Ubicación del establecimiento												Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
1	Detecta factores de riesgo, si la prolongación del trabajo de parto es por una fase latente, activa o expulsiva prologada												
2	Determina la hora probable de inicio de parto												
	Evalúa integralmente a la gestante:												
3	- Estado general												
4	- Peso y talla												
5	- Funciones vitales												
	Realiza examen obstétrico:												
6	- Determina edad gestacional												
7	- Mide altura uterina y realiza ponderación fetal												
8	- Evalúa situación, posición y presentación fetal												
9	-Evalúa latidos fetales												
10	- Evalúa dilatación, incorporación, altura de presentación y variedad de posición												
11	- Realiza pelvimetria												
	Fase latente prolongada:												
12	-Detecta falso trabajo de parto												
13	Brinda apoyo Psicológico a la paciente												
14	Permite la deambulación												
15	Ofrece dieta y líquidos												
16	Monitorea el progreso del trabajo de parto												
	Fase activa prolongada:												
17	-Estimula el trabajo de parto con oxitocina												
18	Monitorea la estimulación del trabajo de parto utiliza el partograma de la OMS												
19	En caso de que la curva se desvíe hacia la derecha considerar posible cesárea												

OBSERVACIONES:



ANEXO N° 2

HERRAMIENTA PARA LA APLICACIÓN DE AUDITORÍA PARA EL MANEJO ESTANDARIZADO DE LAS EMERGENCIAS NEONATALES EN ESTABLECIMIENTOS QUE BRINDAN FON (*una propuesta del CDC - Región Ayacucho*)

Objetivos:

- 1. Evaluar la efectividad del sistema de capacitación personalizada de emergencias neonatales
- 2. Realizar el control de calidad al manejo estandarizado de las emergencias neonatales atendidas en el establecimiento y su manejo en las referencias

Recomendación: Antes de su aplicación, los Facilitadores Regionales del Modelo de Intervención deben revisar estos instrumentos en el marco de las actualizaciones que el MINSA realice de las Guías de Práctica Clínica Materna y Neonatal

RECIÉN NACIDO PREMATURO

NIVEL: FONP

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales													
A.	Ubicación del establecimiento												Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
1	Aplicar medidas generales												
2	Transferencia INMEDIATA del recién nacido de manera conjunta con su madre a establecimientos de salud con capacidad resolutive necesaria para la atención												
3	Si no tolera vía oral, iniciar tratamiento según Guía de Práctica Clínica de hipoglicemia												
4	Comunicó anticipadamente al establecimiento que lo refiere												

OBSERVACIONES:

RECIÉN NACIDO PREMATURO

NIVEL: FONB

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Realizó medidas generales según necesidad											
2	Coordinó la transferencia del neonato de manera conjunta con su madre a establecimientos de salud con capacidad resolutive necesaria											
3	Realizó medidas complementarias y prevenir hipotermia											
4	Si no tolera vía oral, iniciar tratamiento según Guía de Práctica Clínica de hipoglicemia											
5	Comunicó anticipadamente al establecimiento que lo refiere											

OBSERVACIONES:

RECIÉN NACIDO PREMATURO

NIVEL: FONE

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Aplicó medidas generales y complementaria											
2	Si no tolera vía oral, brindó tratamiento según Guía de Práctica Clínica de hipoglicemia											
3	Tratamiento específico de acuerdo al tipo de neonato											

OBSERVACIONES:

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON DIFICULTAD RESPIRATORIA

NIVEL: FONP y FONB

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales														
A.	Ubicación del establecimiento													Situación Inicial
B.	N° de Historia Clínica													
Nº	CRITERIOS													
1	Coordinó la transferencia del recién nacido de manera conjunta con su madre a establecimientos de salud con capacidad resolutive necesaria													
2	Brindó calor necesario al neonato con incubadora o con contacto piel a piel (método canguro)													
3	Brindó oxigenoterapia de acuerdo a evaluación													
4	Si es posible canalizó vía periférica o umbilical y administró infusión de dextrosa a una velocidad de infusión de glucosa adecuada (ver guía de hipoglicemia)													
5	En sospecha de sepsis la referencia demoró 6 hrs ó más, administró la primera dosis de antibióticos: ampicilina 50 mg/Kg/dosis cada 12 hrs y Gentamicina 4mg/kg EV cada 24 horas													
6	Inició lactancia materna según condición del recién nacido (No sucedáneos de leche materna ni sueros glucosados)													
7	Trasladó al recién nacido con copia de la historia perinatal y hoja de referencia													
8	Designó al personal de salud con competencias en reanimación neonatal para el traslado de neonato													
9	Comunicó anticipadamente al EE.SS. que lo refiere													

OBSERVACIONES:

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON DIFICULTAD RESPIRATORIA

NIVEL: FONE

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales														
A.	Ubicación del establecimiento													Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica													
Nº	CRITERIOS													
1	Realizó manipulación mínima y con delicadeza													
2	Realizó Balance Hídrico: Flujo urinario													
3	Indicó aporte hídrico (considerar volumen inicial de 70 a 80 ml/kg en el neonato a término) sin electrolitos el primer día. Continuar según balance hídrico. Mantiene diuresis en 1 a 5ml/Kg/hr, con densidad urinaria en 1010 con intervalo de 1002 a 1020													
4	Administró electrolitos y calorías según necesidades metabólicas													
5	Brindó tratamiento antibiótico específico según patología													
6	Mantiene temperatura corporal en 36.5°C (axilar)													
7	Indicó reposo gástrico y vía periférica, hasta que la frecuencia respiratoria sea menor de 80 por minuto. Entre 60 - 80 respiraciones por minuto, administró preferentemente leche materna por sonda orogastrica (SOG) y lactancia materna directa si la frecuencia respiratoria es menor de 60 por min													
8	Administró oxígeno húmedo, de ser posible tibio, a través de cabezal (Fase I) para mantener una presión de oxígeno (PaO <sub>2</sub> ) normal según los requerimientos determinados por los gases en sangre y/o monitoreo por oximetría de pulso de la saturación de oxígeno (SO <sub>2</sub> ) la cual debe permanecer entre 88 - 95%													
9	Inició ventilación a presión positiva con máscara facial o tubo endotraqueal si fuera necesario													
10	Realizó manejo inicial de alteraciones metabólicas: hipoglicemia, hipocalcemia (Guía de práctica clínica correspondiente)													
11	Realizó manejo inicial de convulsiones: Fenobarbital: 20mg/kg en 1ra dosis luego 5mg/kg/día repartido en una o dos dosis Fenilhidantoína: 20mg/kg en 1ra dosis, luego 5 a 10mg/kg/día cada 24 hrs													
12	Realizó Manejo inicial de complicaciones según el caso (síndrome de aspiración meconial, insuficiencia renal aguda, hemorragia intracraneal, enterocolitis necrotizante, etc.)													
13	Minimizó ruido ambiental													
14	Consideró transporte neonatal en el neonato que no se establece a una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en una incubadora portátil													
15	Comunicó anticipadamente al establecimiento de referencia													
OBSERVACIONES:														



ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON ASFIXIA DEL NACIMIENTO

NIVEL: FONP y FONB

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales													
A.	Ubicación del establecimiento												
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
1	Coordinó la transferencia del recién nacido de manera conjunta con su madre a establecimientos de salud con capacidad resolutive necesaria												
2	Brindó calor necesario a recién nacido con incubadora ó con contacto piel a piel (método canguro)												
3	Brindó oxigenoterapia condicional												
4	Canalizó vía periférica o umbilical y administrar infusión de dextrosa a una velocidad de infusión de glucosa adecuada (ver guía de hipoglucemia)												
5	Si el niño realmente es asfixiado, está indicado el reposo gástrico al menos las primeras 24 hora y puede ser mas tiempo si el caso es más severo.												
6	Trasladar al recién nacido con copia de la historia perinatal y hoja de referencia												
7	Designar al personal de salud con competencias en reanimación neonatal para realizar el traslado de la niña/niño, previa coordinación con el EE.SS. de referencia												
													Situación inicial

OBSERVACIONES:

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON ASFIXIA DEL NACIMIENTO

NIVEL: FONE

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS: Adicionalmente a lo iniciado en nivel primario y básico											
1	Realizó manipulación mínima y con delicadeza											
2	Realizó Balance Hídrico: Flujo urinario											
3	Restringió la administración de líquidos sin electrolitos el primer día en el recién nacido a término y continuar según balance hídrico. Mantener diuresis en 1 a 5 ml/kg/hr, con densidad urinaria en 1010 con intervalo de 1002 a 1020											
4	Indicó la administración de electrolitos y calorías según necesidades metabólicas											
5	Mantiene la temperatura corporal en 36.5°C (axilar)											
6	Iniciar lactancia materna de acuerdo a evolución y según condición del recién nacido											
7	Inició la ventilación a presión positiva con máscara facial o tubo endotraqueal si fuera necesario											
8	Administró Oxigenoterapia para mantener saturación entre 88 a 95%											
9	Realizó el manejo inicial de alteraciones metabólicas: hipoglicemia, hipocalcemia (Guía de práctica clínica hipoglicemia, hipocalcemia neonatal)											
10	Realizó el manejo inicial de convulsiones: Fenobarbital: 20mg/kg en 1ra dosis luego 5 mg/kg/día repartido en una o dos dosis Fenilhidantoína: 20 mg/kg en 1ra dosis, luego 5 a 10mg/kg/día cada 24 hrs											
11	Realizó el manejo inicial de complicaciones según el caso (síndrome de aspiración meconial, insuficiencia renal aguda, hemorragia intracraneal, enterocolitis necrotizante, etc.)											
12	Minimizar ruido ambiental											
13	Consideró transporte neonatal en el neonato asfíxiado que no se establezca a una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en una incubadora portátil, previa coordinación con el EE.SS. de referencia											

OBSERVACIONES:

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO

NIVEL: FONP

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS:											
1	Si tiene sospecha de taquipnea transitoria del recién nacido referió a cuidados esenciales, manteniendo una temperatura corporal 36.5°C y haciendo uso del método canguro											
2	De ser posible brindó aporte de oxígeno húmedo de 2 - 4 lt/min con mascarilla											
3	La referencia es comunicada oportunamente al EE.SS. de mayor capacidad resolutiva											

OBSERVACIONES:

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO

NIVEL: FONB

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS:											
1	Colocó vía periférica permeable para manejo hidroelectrolítico											
2	Administró Oxigenoterapia Fase I (Mascarilla ó cabezal), Fase II: Administración a presión positiva de aire (CPAP nasal) de acuerdo al requerimiento de oxígeno para SO <sub>2</sub> entre 88-95%											
3	Mantuvo temperatura axilar en 36.5°C empleando método canguro ó de ser posible incubadora de transporte											
4	Cumplió con la referencia oportuna a cuidados especiales y comunicó con oportunidad al EE.SS. de mayor capacidad resolutiva											

OBSERVACIONES:



ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO

NIVEL: FONE

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales													
A.	Ubicación del establecimiento												Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
1	Administró oxígeno húmedo, de ser posible tibio, a través de cabezal (Fase I) para mantener una presión de oxígeno (PaO <sub>2</sub> ) normal según los requerimientos determinados por los gases en sangre y/o monitoreo por oximetría de pulso de la saturación de oxígeno en hemoglobina (SO <sub>2</sub> ) la cual debe permanecer entre 88 - 95%												
2	Controló el balance hídrico												
3	Realizó el control de funciones vitales												
4	Se indicó reposo gástrico y vía periférica, hasta que la frecuencia respiratoria sea menor de 80 por minuto. Entre 60 - 80 respiraciones por minuto, administró preferentemente leche materna por sonda orogástrica (SOG) y lactancia materna directa si la frecuencia respiratoria es menor de 60 por minuto												
5	Se mantuvo la T° axilar en 36.5°C (incubadora)												
6	Ante la sospecha de otra patología actuó según guía específica												
7	En casos necesarios derivó a cuidados intensivos, previa coordinación oportuna con FONI												

OBSERVACIONES:



ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL (SAM)

NIVEL: FONP

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales													Situación inicial
A.	Ubicación del establecimiento												
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS:												
1	A la sospecha del síndrome de aspiración meconial refirió para cuidados esenciales												
2	Mantuvo temperatura corporal 36.5°C, empleando incubadora de transporte ó método canguro												
3	De ser posible brindó aporte de oxígeno húmedo por mascarilla de 2 - 5 lt/min												
4	Se comunicó de la referencia con oportunidad al nivel inmediato de referencia												

OBSERVACIONES:

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL (SAM)

NIVEL: FONB

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales													Situación inicial
A.	Ubicación del establecimiento												
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS:												
1	Colocó vía periférica permeable												
2	Administó Oxigenoterapia Fase I (Mascarilla ó cabezal)												
3	Mantuvo la temperatura axilar en 36.5°C empleando incubadora de transporte ó método canguro												
4	A la sospecha del síndrome de aspiración meconial refirió para cuidados esenciales												
5	Se comunicó de la referencia con oportunidad al nivel inmediato de referencia												

OBSERVACIONES:

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL (SAM)

NIVEL: FONE

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales													
A.	Ubicación del establecimiento												Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
1	Realizó Intubación y aspiración traqueal de líquido amniótico meconial en niño no vigoroso												
2	Realizó lavado gástrico inmediato con suero fisiológico												
3	Administró líquidos y electrolitos parenteral												
4	Realizó balance hídrico y electrolítico												
5	Inició alimentación con leche materna lo mas pronto posible												
6	Mantuvo ambiente térmico adecuado												
7	Administró Oxigenoterapia de acuerdo a la Guía de Procedimientos para la Atención del Recién Nacido												
8	En cuanto a la administración fase I de la Oxigenoterapia, Recién Nacido con dificultad respiratoria leve evaluada por la prueba de Silverman Andersen se administró de 4 - 6 litros por minuto, asegurando FIO <sub>2</sub> 40% y saturación de O <sub>2</sub> entre 85 - 95%												
9	En cuanto a la administración fase II de la Oxigenoterapia para el Recién Nacido con dificultad respiratoria. Se requiere FIO <sub>2</sub> > 40% para mantener una saturación de O <sub>2</sub> entre 88 - 95%, iniciar CPAP nasal con presión positiva al final de la espiración (PEEP): 2-5cm H <sub>2</sub> O) Mantener una PaO <sub>2</sub> > 60 mmHg y una PaCO <sub>2</sub> < 50 mmHg y un pH>7.35												
10	Uso de incubadora y en posición de Trendelenburg; cuando el neonato se encuentre con funciones vitales estables aunque permanezcan signos radiográficos patológicos												
11	Monitorización continúa si hubo aspiración pulmonar de meconio												
12	Sí el paciente requiere mayor aporte de oxígeno para SO <sub>2</sub> >88%, ó insuficiencia respiratoria ó hipercapnea referir a cuidados intensivos, previa coordinación oportuna												

OBSERVACIONES:

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA

NIVEL: FONP

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales												
A.	Ubicación del establecimiento											
B.	N° de Historia Clínica											
Nº	CRITERIOS											
1	Temperatura corporal 36.5°C de manera constante, emplee incubadora de transporte ó método canguro											
2	Aporte de oxígeno húmedo por mascarilla de 2 - 5 lt/min de ser posible											
3	Coordinó con el establecimiento con FONB - FONE y refirió adecuadamente											
4	Comunicó anticipadamente al EE.SS. de mayor capacidad resolutive											
												Situación inicial

OBSERVACIONES:

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA

NIVEL: FONB - FONE

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales												
A.	Ubicación del establecimiento											
B.	N° de Historia Clínica											
Nº	CRTERIOS											
1	Colocó vía periférica permeable para hidratación endovenosa											
2	Oxigenoterapia Fase I (Mascarilla ó cabeza) ó Fase II (CPAP nasal) de acuerdo al requerimiento de oxígeno para saturación en sangre (SO <sub>2</sub> ) entre 88 a 95%											
3	Temperatura corporal 36.5°C de manera constante, empleee incubadora de transporte ó método canguro											
4	Primera dosis de antibióticos, ante la sospecha de infección asociada											
5	Refirió oportunamente para cuidados intensivos, en caso de membrana hialina											
6	Comunicó anticipadamente al EE.SS. de mayor capacidad resolutive											
												Situación inicial

OBSERVACIONES:

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON NEUMONÍA CONGÉNITA

NIVEL: FONP

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Elaboró la historia perinatal, consignando factores de riesgo para infección, si existieran											
2	Ante la atención de un parto inminente evaluar de acuerdo a flujograma de atención, considerando la edad del recién nacido y severidad de la dificultad respiratoria											
3	Si el recién nacido es a término, presenta dificultad respiratoria leve, no existe cianosis y tiene menos de dos horas de vida, abrigo y colocó al recién nacido en posición prona											
4	Si se trata de un prematuro, refirió prontamente para cuidados esenciales en incubadora de transporte o mamá canguro y con oxígeno por mascarilla de 2-4 lts por minuto											
5	Si tiene factores de riesgo, administró la primera dosis de antibióticos											
6	Comunicó de la referencia al nivel superior											

OBSERVACIONES:

NIVEL: FONB

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON NEUMONÍA CONGÉNITA

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Procedió de acuerdo al flujograma de atención											
2	Reposo gástrico e hidratación parenteral, si presenta dificultad respiratoria moderada a severa o frecuencia respiratoria mayor de 80 por min											
3	Se administró leche materna mediante sonda orogástrica si el recién nacido presenta una frecuencia respiratoria de 70-80 por minuto, sin presencia de cianosis, quejido o tirajes, y lactancia materna directa si la frecuencia respiratoria es menor de 70 por minuto, sin presencia de cianosis, quejido o tirajes											
4	Colocó vía endovenosa periférica permeable											
5	Mantener temperatura axilar entre 36.5°C - 37°C empleando incubadora de transporte o método canguro											
6	Oxigenoterapia: por mascarilla (2-4 lts por minuto) o cabezal (4-8 lts por minuto)											
7	Primera dosis de antibióticos: ampicilina 50 mg/kg/dosis endovenosa (EV) cada 12 hrs y gentamicina 4 mg/kg EV cada 24 hrs											
8	Si existe un diagnóstico adecuado referir y comunicó oportunamente al EE.SS. de mayor capacidad resolutiva											

OBSERVACIONES:

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON NEUMONÍA CONGÉNITA

NIVEL: FONE

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales													
A.	Ubicación del establecimiento												Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
1	Realizó terapia de Soporte utilizó Incubadora												
2	Realizó Hidratación parenteral												
3	Administró Oxigenoterapia: cabezal (Fase I), CPAP Nasal (Fase II)												
4	Antibiótico terapia: ampicilina 50mg/kg/dosis, cada 12 hrs la primera semana luego cada 8 hrs y gentamicina 4 mg/kg/dosis cada 24 hrs; por vía endovenosa durante 7-10 días												
5	Realizó Balance Hídrico												
6	Realizó control de funciones vitales												
7	Si la evolución es desfavorable (cianosis persistente o hipoxemia, incremento de la dificultad respiratoria o letargia) refirió para cuidados intensivos y consideró rotación de antibiótico: cefotaxima 50 mg/kg/dosis cada 12 hrs y amikacina 15 mg/kg/dosis cada 24 hrs por 07 a 10 días												
8	Si se trata de un prematuro con menos de 34 semanas de edad gestacional, de muy bajo peso o hay probabilidad de insuficiencia respiratoria o shock séptico, referir para cuidados intensivos												
9	Si la evolución clínica fue rápidamente favorable, los resultados de análisis (hemograma, plaquetas) son normales, los reactantes de fase aguda (VSG, PCR) son negativos, el hemocultivo negativo al tercer día y la radiografía no corresponde a neumonía, suspendió antibióticos												

OBSERVACIONES:

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON SEPSIS BACTERIANA

NIVEL: FONP

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	A la sospecha de sepsis referirlo para cuidados esenciales, si la referencia demora de 6 hrs a más, brindó la primera dosis de antibióticos: ampicilina 50 mg/kg/dosis cada 12 hrs y gentamicina 4 mg/kg IM cada 24 hrs											
2	Brindó consejería para que la madre continúe la lactancia materna											
3	Comunicó oportunamente al EE.SS. de mayor capacidad resolutive											

OBSERVACIONES:

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON SEPSIS BACTERIANA

NIVEL: FONB

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	A la sospecha de sepsis brindó cuidados primarios y observó al recién nacido durante las primeras 12 a 24 horas y evaluó con exámenes auxiliares (hemograma, plaquetas y PCR)											
2	Orientó la lactancia materna exclusiva											
3	Con examen auxiliar anormal o sintomatología de infección refirió a establecimiento con cuidados esenciales											
4	Colocó vía periférica permeable											
5	Identificó criterios de SIRS											
7	Administró la primera dosis de antibióticos; ampicilina 50 mg/kg/dosis EV cada 12 hrs y gentamicina 4 mg/kg EV cada 24 hrs											
8	Administró Oxigenoterapia de ser necesaria											
9	Mantuvo la temperatura axilar en 36.5°C empleando incubadora de transporte o método canguro											
10	Brindó consejería para que la madre continúe con la lactancia materna											
11	Comunicó oportunamente al EE.SS. de mayor capacidad resolutive											

OBSERVACIONES:

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON SEPSIS BACTERIANA

NIVEL: FONE

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales													
A.	Ubicación del establecimiento												Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
1	Brindó consejería para que la madre de ser posible continué con la lactancia materna												
2	Continuó empleando la Incubadora												
3	Continuó con la Hidratación parenteral												
4	Administró Oxigenoterapia de ser necesaria o nebulizó según el caso												
5	Administró Antibiótico terapia: ampicilina 50 mg/kg/dosis, cada 12 hrs la primera semana, luego cada 8 hrs y gentamicina 4 mg/kg/dosis cada 24 hrs; por 7-10 días												
6	Controló estrictamente el Balance Hídrico												
7	Graficó las Control de Funciones Vitales												
8	Cuando la evolución es desfavorable (persistencia de sintomatología a 48 hrs de tratamiento) consideró referir ó rotar de antibiótico de acuerdo a antibiograma												
9	Sepsis probable que motiva inicio de tratamiento antibiótico, con evolución clínica favorable, reactantes de fase aguda y seguimiento negativos (hemograma, plaquetas ó perfil de coagulación normales, VSG, PCR negativos); hemocultivo negativo al 3er día, suspendió antibióticos												
10	Si hay probabilidad de shock séptico, falla multiorgánica, muy bajo peso al nacer o menos de 34 semanas de edad gestacional, refirió inmediatamente para cuidados intensivos												
11	Comunicó oportunamente la referencia al EE.SS. de mayor capacidad resolutive												

OBSERVACIONES:



ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON ICTERICIA

NIVEL: FONP

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales												
A.	Ubicación del establecimiento											
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Reconoció el factor de riesgo asociado a hiperbilirrubinemia											
2	Recomendó la lactancia materna exclusiva a libre demanda como mínimo cada 2 hrs, de 8 a 12 veces al día, bajo supervisión del personal de salud, para la aplicación de técnica adecuada											
3	Refirió al establecimiento de salud básico o especializado al recién nacido con Ictericia											
4	Comunicó oportunamente la referencia											
												Situación inicial

OBSERVACIONES:

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON ICTERICIA

NIVEL: FONB

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales												
A.	Ubicación del establecimiento											
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Diagnosticó el cuadro clínico de ictericia antes de las 24 hrs de vida											
2	Recomendó la lactancia materna exclusiva a libre demanda como mínimo cada 2 hrs, de 8 a 12 veces al día, bajo supervisión del personal de salud, para la aplicación de técnica adecuada											
3	Iniciar fototerapia hasta completar referencia											
4	Referir al establecimiento con FONE al recién nacido con Ictericia											
5	Comunicó oportunamente la referencia											
												Situación inicial

OBSERVACIONES:

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON ICTERICIA

NIVEL: FONE

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales												
A.	Ubicación del establecimiento											
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Determinó riesgo de hiperbilirrubinemia, según Gráfica 01											
2	Indicó y realizó Fototerapia (Gráfica 02 y Tabla N° 01)											
3	Indicó exanguino transfusión (Gráfica 03 y tabla N° 01)											
4	Realizó Hidratación adecuada, considerando el exceso de pérdidas insensibles asociadas a la fototerapia											
5	Recomendó la lactancia materna exclusiva a libre demanda como mínimo cada 2 hrs, de 8 a 12 veces al día, bajo supervisión del personal de salud, para la aplicación de técnica adecuada											
6	Realizó referencia al Establecimiento con FONI, al no contar equipo de fototerapia, no haber posibilidad de exanguino transfusión y requerir otros estudios de diagnósticos											
7	Coordinó la referencia oportunamente											
OBSERVACIONES:												

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON HIPOGLICEMIA NEONATAL

NIVEL: FONP

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales												
A.	Ubicación del establecimiento											
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Aseguró la lactancia materna precoz y frecuente (de ½ a 1 hora después del nacimiento) con énfasis en los recién nacidos de riesgo											
2	Refirió con transporte neonatal al establecimiento con mayor capacidad resolutive											
3	Comunicó la referencia oportunamente											
OBSERVACIONES:												

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON HIPOGLICEMIA NEONATAL

NIVEL: FONB

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales													
A.	Ubicación del establecimiento												Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
1	Si toleró la vía enteral aseguró lactancia materna precoz y frecuente												
2	Mantuvo temperatura corporal a 36.5 - 37 °C												
3	Monitoreó la glicemia, con tiras reactivas o glucosa sérica, en neonatos con algún factor de riesgo en la segunda y la cuarta hora de vida. Posteriormente el monitoreo se realizó según la evolución y los factores de riesgo												
4	Si no toleró vía enteral, inició con dextrosa intravenosa con una velocidad de infusión de glucosa (VIG) de 4 a 6 mg/kg/min												
5	Monitoreó la glicemia con tiras reactivas en la segunda y la cuarta hora del inicio del tratamiento. Si es normal aseguró la lactancia materna												
6	Aquí es: Cuando la glicemia es > 40 mg/dl y el neonato está asintomático y tiene buena tolerancia oral, aseguró el aporte de leche materna y monitoreó la glicemia a la hora y a las 2 horas												
7	Administró la solución glucosada endovenosa la dextrosa al 10% intravenosa 2 ml/kg en bolo, a una velocidad de 1 ml/min (10 a 15 min), y continuar con una VIG de 6 a 8 mg/kg /min. Dosar glicemia a la hora de iniciado el tratamiento												
10	Si no responde al tratamiento referir urgentemente para cuidados esenciales												
11	Comunicó oportunamente la referencia												

OBSERVACIONES:

# ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON HIPOGLICEMIA NEONATAL

NIVEL: FONE

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales													
A.	Ubicación del establecimiento												Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
1	Al continuar la glicemia < 40 mg/dl, administró un nuevo bolo de dextrosa al 10% y aumentó la VIG a 2 mg/Kg/min, hasta alcanzar una glicemia normal ó hasta un máximo de 15mg/kg/min, por vía endovenosa												
2	Utilizó la vía central cuando las concentraciones de dextrosa son mayores de 12,5%, se debe utilizar una vía central												
3	Si a pesar del tratamiento la hipoglicemia persiste, administró hidrocortisona intravenosa 5 - 10 mg/kg/día, distribuidos en 2 dosis ó prednisona 2 mg/kg/día vía oral cada 12 hrs, por 5 a 7 días y descartó causas poco frecuentes de hipoglicemia como trastornos												

OBSERVACIONES:

# ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON HIPOCALCEMIA NEONATAL

NIVEL: FONP

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales													
A.	Ubicación del establecimiento												Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
1	Identificó recién nacido con factores de riesgo												
2	Identificó neonato con síntomas compatibles con hipocalcemia												
3	Aseguró la lactancia materna precoz y frecuente directa o por sonda orogastrica												
4	Referir al neonato a establecimientos de salud que brinden cuidados esenciales para su atención con trasporte neonatal												
5	Comunicó oportunamente la referencial al siguiente nivel												

OBSERVACIONES:

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON HIPOCALCEMIA NEONATAL

NIVEL: FONB

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales												
A.	Ubicación del establecimiento											Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica											
N°	CRITERIOS											
1	Continúo con procedimientos de cuidados primarios											
2	Identificó recién nacido de riesgo y evaluó su tolerancia a la alimentación enteral											
3	Si tolera vía enteral, aseguró la lactancia materna precoz y adecuada, por succión o por sonda orogástrica											
4	Si no tolera vía enteral, inició dextrosa intravenosa con una velocidad de infusión de glucosa (VIG) de 4 a 6 mg/kg/min											
5	Referir al neonato a establecimientos de salud que brinden cuidados esenciales para su atención con transporte neonatal											
6	Comunicó oportunamente la referencial al nivel superior											

OBSERVACIONES:

.....



ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON HIPOCALCEMIA NEONATAL

NIVEL: FONE

Auditoría del manejo estandarizado de las complicaciones neonatales													
A.	Ubicación del establecimiento												Situación inicial
B.	N° de Historia Clínica												
N°	CRITERIOS												
1	Indicó dosaje de calcio sérico en Prematuros >1,000 gr a las 24 y 48 hrs de vida												
2	Administró 200 mg/kg de gluconato de calcio al 10% diluido en partes iguales con agua destilada o suero glucosado, administrar lentamente en 10 min												
3	Monitoreó frecuencia cardíaca (suspender infusión si la frecuencia cardíaca desciende de 100 latidos/min)												
4	Cuidó que no haya extravasación por la necrosis tisular que produce su administración fuera del canal venoso												
5	Administró 200 mg/kg de gluconato de calcio al 10% cada 6 hrs lento y diluido por 24hrs, luego dosar calcio y si se consigue normocalcemia, reducir a 100 mg/kg												
6	Indicó suplemento de calcio vía oral a razón de 4 ml/kg/día de gluconato cálcico al 10% repartidos en las diferentes tomas que haga el niño, ó 40 mg de Calcio elemental por kg/día, utilizando presentaciones comerciales de calcio oral												
7	Diagnóstico al prematuro menor de 34 semanas con un peso menos de 2 kg referir												
8	Comunicó oportunamente la referencia al nivel superior												

OBSERVACIONES:

### ANEXO N° 3

## TALLER PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE AUDITORÍA PARA EL MANEJO ESTANDARIZADO EN LA ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES A NIVEL DE LA RON

### Antecedentes

Mejorar la Salud Materna Neonatal es una prioridad sectorial, respaldada por el Aseguramiento Universal y la implementación del PPE Salud Materno Neonatal a través del PPR.

Mejorar la calidad de atención permite organizar servicios eficientes y una de las estrategias validadas para estas mejoras es la Auditoría de la Calidad, cuya metodología debe ser de fácil aplicación en la práctica laboral del personal de salud en los establecimientos del Sector.

Los equipos que buscan brindar servicios de calidad, han tomado en cuenta desarrollar un proceso práctico de Auditoría. La Auditoría de registros y su aplicación en el sistema de salud, es una herramienta relativamente nueva para monitorear las mejoras en la calidad de los servicios. Esta estrategia está concebida para ayudar a emprender auditorías sencillas sobre aspectos clínicos y de administración y los derechos humanos relacionados con la atención obstétrica y neonatal.

Específicamente, describe: ¿cómo seleccionar la clase de auditoría que será de mayor utilidad para su establecimiento de salud? ¿cómo empezar? ¿a quién incluir? ¿qué criterios usar? ¿cómo analizar los datos? ¿cómo identificar los problemas? ¿cómo hacer las recomendaciones? y finalmente, ¿cómo evaluar si la Auditoría tuvo impacto en la calidad de la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales proporcionada a las madres y sus recién nacidos?

Esta buena práctica está diseñada para una Auditoría basada en una unidad sanitaria, que sin embargo también puede aplicarse en el nivel del distrito, provincia, región o el nivel nacional.

### Objetivo general:

Mejorar la Calidad de la atención en salud, fortaleciendo e incidiendo en el desempeño de los profesionales de la salud que brindan atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales en los establecimientos de salud de las Redes Obstétricas y Neonatales del ámbito de intervención.

### Objetivos específicos:

- Establecer los estándares para la implementación de la Auditoría para el manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales, como mecanismos para mejorar la calidad de atención en los establecimientos que conforman la Red Obstétrica y Neonatal según normatividad vigente.
- Fortalecer las capacidades técnicas de los equipos de salud de la Red Obstétrica y Neonatal del ámbito de intervención para promover/ fortalecer/ los Comités de Auditoría de la Calidad de los establecimientos de salud del ámbito.
- Desarrollar el ejercicio de la aplicación de la Auditoría de las HC de las Emergencias Obstétricas y Neonatales del periodo (puede ser 1 año, 1 semestre, 1 trimestre) de los establecimientos participantes.

### Resultados esperados del Taller:

- El equipo participante en el Taller identifica la Auditoría de la Calidad de la atención en salud como una oportunidad para mejorar la atención de las mujeres que sufren complicaciones obstétricas y de sus RN, así mismo ellos pueden facilitar el cambio de su práctica médica hacia una práctica basada en evidencias (MBE) mediante el uso de las guías de práctica clínica y al mismo tiempo encausar el manejo clínico dentro de un marco ético - legal.
- Los participantes han logrado interiorizar los diferentes conceptos desarrollados y se comprometen a implementar la práctica de la auditoría a nivel de la Red Obstétrica y Neonatal en el ámbito de intervención mediante un plan de trabajo, cronograma y responsables.

### Metodología:

Expositiva / ejercicios/ diálogo / trabajos en grupos.

### Participantes:

- Facilitadores nacionales (si el taller es regional)
- Equipo técnico de la región
- Gerentes de redes de salud del ámbito de intervención
- Directores de los hospitales de la región
- Personal técnico del equipo de calidad de las Redes Obstétricas y Neonatales

Nota: En los talleres provinciales los tutores son regionales

## Requerimiento Clave

Historias Clínicas de las principales Emergencias Obstétricas y Neonatales de las redes participantes / Norma Técnica para la atención de las EMON. (Varios juegos). Tomar en cuenta el manejo del partograma en todos los niveles en el desarrollo de la Auditoría. También puede auditarse el llenado de la HCPB, atención prenatal; otros temas seleccionados de interés.

## Programa General

Primer día			
Objetivos	Contenido temático	Metodología	Materiales
Los participantes conocen la finalidad y resultados a alcanzar con el desarrollo del taller	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inscripción y entrega de materiales</li> <li>Bienvenida a los participantes e inauguración</li> <li>Presentación de los objetivos del Taller</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diálogo - presentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Data Show</li> </ul>
Los participantes identificarán las principales debilidades y barreras para el buen llenado de los registros en las HCs de la atención de las EMON	Breve diagnóstico de la situación del manejo estandarizado de las EMON y la calidad de Registros en las Historias Clínicas de las redes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expositivo - presentación</li> <li>Participativo: preguntas y comentarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentación</li> <li>Data Show</li> <li>Fotocopias del tema y otras de apoyo</li> </ul>
REFRIGERIO			
Los participantes conocen los avances de las investigaciones y la MBE/pueden diferenciar conceptos/ valoración de la práctica médica basada en la evidencia científica, de la salud materna y neonatal	La Medicina Basada en Evidencia en la práctica médica y su aplicación en la atención de salud materna y neonatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expositivo - presentación</li> <li>Participativo: preguntas y comentarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentación</li> <li>Data Show</li> <li>Fotocopias del tema</li> </ul>
Los participantes pueden identificar las nuevas tendencias de la protección de los derechos en salud y su relación con la mortalidad materna y neonatal	Las nuevas tendencias del Derecho del Paciente en el marco de los Derechos en Salud. Defensorías de la Salud y los Derechos Humanos (marco del Derecho internacional a la salud materna e infantil)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conferencia</li> <li>Diálogo - preguntas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Data Show</li> <li>Materiales para los grupos</li> <li>Hojas de rotafolio</li> <li>Marcadores</li> </ul>
Interiorización de los conceptos tratados	Presentación del video: Demoras Fatales: La mortalidad materna en el Perú (otros opcional)	Presentación - video y comentarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Data Show</li> <li>Parlantes</li> <li>Lap top</li> </ul>
El participante conoce los conceptos y responsabilidades éticas, morales y jurídicas del acto médico, ante las diferentes funciones que realiza, así como el nivel de alcance del concepto	¿Qué es el acto médico? Aspectos éticos y jurídicos Los derechos de la Persona en el marco del sistema de salud peruano	Conferencia Expositivo - diálogo Preguntas y comentarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Data show</li> <li>Equipo de cómputo</li> <li>Folletos varios</li> <li>Fotocopia de la presentación</li> </ul>



ALMUERZO			
Los participantes identifican que los objetivos de la auditoría de la Calidad es mejorar la atención del paciente y la práctica basada en la evidencia	La auditoría médica como estrategia de la Mejora Continua de la Calidad en los servicios de salud que brindan atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales	Conferencia Expositivo - diálogo Preguntas y comentarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Data show</li> <li>• Equipo de cómputo</li> <li>• Folletos varios</li> <li>• Fotocopia de la presentación</li> </ul>
El participante conoce: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los conceptos de la Historia Clínica de Calidad</li> <li>• La protección jurisdiccional de la Historia Clínica de Calidad</li> <li>• La responsabilidad del personal de salud en el manejo de la Historia Clínica de Calidad</li> <li>• Los aspectos médico-legales de la Historia Clínica de Calidad</li> </ul>	La Historia Clínica en un sistema de atención médica adecuada	Conferencia Expositivo - diálogo Preguntas y comentarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Data show</li> <li>• Equipo de cómputo</li> <li>• Folletos varios</li> <li>• Fotocopia de la presentación</li> </ul>
REFRIGERIO Y CIERRE DE ACTIVIDAD DEL PRIMER DIA			
Segundo día			
Objetivos	Contenido temático	Metodología	Materiales
El equipo participante reconoce el derecho del paciente a recibir información y de dar su aprobación legítima para el acto médico	¿Qué es el Consentimiento Informado en los sistemas de atención de salud? Repercusiones éticos - legales	Conferencia Expositivo - diálogo Preguntas y comentarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Data show</li> <li>• Equipo de cómputo</li> <li>• Folletos varios</li> <li>• Fotocopia de la presentación</li> </ul>
Conocen las cualidades y características de trabajar en equipo que promueve la calidad	¿Cómo trabajar en Equipo en Auditoría Médica?	Conferencia Expositivo - diálogo Preguntas y comentarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Data show</li> <li>• Equipo de cómputo</li> <li>• Folletos varios</li> </ul>
Los participantes conocen la auditoría del manejo estandarizado, y se familiarizan con las etapas de implementación para su aplicación	La Auditoría y sus opciones para mejorar la calidad de la atención de las emergencias obstétricas y neonatales desde los primeros niveles de atención  Presentación y validación de Estándares (propuestos en el presente Módulo)	Exposición dialogada  Luego se explica a los equipos de trabajo las etapas a seguir para organizar los estándares de Auditoría con las Normas de atención	Exposición dialogada  Luego se explica a los equipos de trabajo las etapas a seguir para organizar los estándares de Auditoría con las Normas de atención
REFRIGERIO			
Los participantes conocen y ponen en práctica las primeras fases para organizar la Auditoría del Manejo Estandarizado. Construyen /validan los estándares para la revisión del manejo estandarizado EMON según niveles de capacidad resolutive	Trabajo en equipos: Elaboración de los estándares para auditoría para el manejo estandarizado según las Guía Técnicas y Normas del MINSA para la atención de las emergencias obstétricas y la atención del RN	Por equipos y con facilitadores  Conformar equipos de trabajo por tipo de complicaciones obstétricas y neonatales para que puedan desarrollar el ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computadoras para cada equipo</li> <li>• Data show</li> <li>• Copias de la Norma de HC</li> <li>• Guías clínicas para la atención EMON</li> <li>• Copias de los estándares propuestos en el Módulo</li> </ul>

ALMUERZO			
Los participantes han reforzado su conocimiento y práctica en la Auditoría para el Manejo Estandarizado y valorado la importancia del manejo estandarizado de las emergencias obstétricas y neonatales	Presentación y validación de los estándares presentado por los equipos de trabajo	El Moderador de cada equipo expondrá los resultados desarrollados por cada tema Con el apoyo de los facilitadores y los participantes se revisarán todos los estándares según niveles de atención Preguntas y comentarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Data show</li> <li>• Copias de los formatos</li> </ul>
Objetivos	Contenido temático	Metodología	Materiales
Los participantes hacen la revisión de la práctica médica de las HC de emergencias obstétricas y neonatales con los estándares del sistema de salud	Aplicación de las Historias Clínicas de los establecimientos participantes en las hojas de los estándares elaborados y validados	Se conforman equipos de trabajo y apoyo del facilitador (a) se desarrollarán la Auditoría del manejo estandarizado  Las redes participantes deben traer HC de complicaciones obstétricas y neonatales mayores del año que se hace auditoría	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Data show.</li> <li>• Copias de los formatos</li> <li>• HC de las EMON de los EE.SS. participantes</li> </ul>
REFRIGERIO			
Socialización de los resultados de la auditoría del manejo estandarizado de las EMON en los servicios de salud. Reflexiones y mirada a la práctica médica	Presentación de los resultados por cada equipo de trabajo  Tareas pendientes: Elaboración del plan de trabajo del equipo de auditoría de los establecimientos para el siguiente periodo	El moderador de cada equipo expondrá para todos los resultados de la auditoría del manejo estandarizado de las HC auditadas hasta el nivel de recomendaciones y sugerencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Data show</li> <li>• Copias de los formatos</li> </ul>
	Conclusiones del Taller Acuerdos y compromisos Establecer fecha para el siguiente ciclo de auditoría del manejo estandarizado para medir el progreso y resultados del plan de mejora	Conversación - diálogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Data show</li> <li>• Copias de los formatos</li> </ul>
	Cierre y clausura del taller Director		

## ANEXO N° 4: GLOSARIO DE TÉRMINOS

### Auditoría

Procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales, que tiende a garantizar la calidad de la atención, a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud.

### Auditoría médica

Revisión y examen detallado de registros y procesos médicos seleccionados con miras a evaluar la calidad de la atención médica brindada. La auditoría médica es un proceso efectuado por profesionales calificados que no han participado en la producción de los datos o la información, ni en la atención médica de los registros examinados.

### Calidad de la atención

Conjunto de actividades que realizan los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario.

### Categorización

Proceso que conduce a homogenizar y clasificar los diferentes establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, en base a niveles de complejidad y a características funcionales, que permitan responder a las necesidades de salud de la población que atiende.

### Estándares

Patrones referenciales de calidad utilizados para evaluar condiciones estructurales, de procesos o resultados de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

### Evaluación de la calidad

Proceso referido a la valoración de la calidad de la atención, a través de estándares e indicadores de estructura, procesos y resultados.

### Garantía de la calidad

Aplicación de procesos de mejora de la calidad en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, aunados al cumplimiento de indicadores de proceso y resultados, seleccionados por la autoridad de salud y las propias instituciones.

### Guía de Práctica clínica

Recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud.

### Historia Clínica

Documento médico que registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales brindan al paciente.

### Indicador

Variable que es susceptible de ser observada y valorada, cuantitativa o cualitativamente, permitiendo identificar y comparar el nivel o estado de una situación determinada.

### Nivel de complejidad

Grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, alcanzando en función a la especialización y tecnificación de sus recursos.

FUENTE: "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo". Decreto Supremo N° 013-2006-SA.



ISBN: 978-9972-776-29-8



9 789972 776298

