

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PARTO

Fecha : ____/____/____ (dd/mm/año)

Edad:

Nombre:

Fecha de nacimiento: ____/____/____

#Embarazos: _____ #Partos: _____

ADMISIÓN

Evaluaciones	Decisión clínica			Descripciones	Código
¿Existe necesidad de referir a la madre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si Sí, ¿organizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	A1
¿Se ha iniciado el partograma?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		A2
¿La madre requiere tratamiento con antibióticos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si Sí, ¿administrado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	A3
¿La madre requiere sulfato de magnesio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si Sí, ¿administrado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	A4
¿La madre requiere tratamiento antihipertensivo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si Sí, ¿administrado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	A5
¿Confirmó que haya suministros para lavarse las manos? Agua, jabón y guantes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si, No o N/A, explica ¿por qué no?: _____	
¿La madre quiere tener un acompañante durante el trabajo de parto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si, No o N/A, explica ¿por qué no?: _____	A6
¿Se le informó a la madre y/o acompañante sobre los signos de alarma antes los cuales pedir ayuda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si, No o N/A, explica ¿por qué no?: _____	A7

Completado por: _____

Hora: _____

JUSTO ANTES DEL EXPULSIVO

Evaluaciones	Decisión clínica			Descripciones	Código
Requirió la madre: Medicamentos					
¿La madre requiere antibióticos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si Sí, administrado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si, No, ¿por qué no? _____	B1
¿La madre requiere sulfato de magnesio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si Sí, administrado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si, No, ¿por qué no? _____	B2
¿La madre requiere tratamiento antihipertensivo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si Sí, administrado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si No, ¿por qué no? _____	B3
Suministros esenciales y equipamiento: Madre					
¿Están disponible los siguientes suministros y equipamiento?					
Guantes y bata quirúrgica	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		B4

Gel antibacterial, jabón y agua limpia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
Equipo para atención de parto: pinzas, etc.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
Oxitocina, 10 unidades en jeringa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
Equipo para reparación de desgarro	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
Suministros esenciales y equipamiento: Recién nacido					
¿Están disponible los siguientes suministros y equipamiento?					
Toalla limpia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		i
Ligadura o pinza umbilical	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
Tijera estéril para cortar el cordón umbilical	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
Perilla/Dispositivo de aspiración	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
Mascarilla y bolsa para ventilación (ambú)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Incluido el tamaño para prematuro	
Equipo reanimación avanzado: cánulas de intubación endotraqueal, laringoscopio, adrenalina	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
Equipo de canalización, solución salina y glucosada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
Fuente de O2	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
El trabajo en equipo y organización interna					
¿Se ha identificado a un asistente para el parto y está informado de que debe estar listo para ayudar con el parto en cualquier momento?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si, No o N/A, explica ¿por qué no?: _____	B6

Completado por: _____ Hora: _____

INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL PARTO (EN LA PRIMERA HORA)

Evaluaciones	Decisión clínica			Descripciones	Código
Verificó si:					
¿La madre presenta un sangrado anormal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si, No o N/A, explica ¿por qué no?: _____	C1
¿La madre requiere:					
Antibióticos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si, No o N/A, explica ¿por qué no?: _____	C2
Sulfato de magnesio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si, No o N/A, explica ¿por qué no?: _____	C3
Tratamiento antihipertensivo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si, No o N/A, explica ¿por qué no?: _____	C4
¿El recién nacido requiere:					
Ser referido a una unidad de cuidados especiales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si, No o N/A, explica ¿por qué no?: _____	
Antibióticos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si, No o N/A, explica ¿por qué no?: _____	C5

Atención especial y monitorización?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si, No o N/A, explica ¿por qué no?: _____	C6
Se inició la lactancia materna inmediata (1 hora) ?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si, No o N/A, explica ¿por qué no?: _____	C7
¿Se realizó contacto piel con piel inmediatamente (dentro del primer minuto)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si, No o N/A, explica ¿por qué no?: _____	C8
La madre y/o el acompañante han sido informados sobre los signos de alarma ante los cuales pedir ayuda	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si, No o N/A, explica ¿por qué no?: _____	C9

Completado por: _____ **Hora:** _____

ANTES DEL EGRESO

Evaluaciones	Decisión clínica			Descripciones	Código
Verificó si:					
¿La madre se quedó en la institución por lo menos 12 horas después del parto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si, No o N/A, explica ¿por qué no?: _____	
¿La madre requiere iniciar antibióticos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si, No o N/A, explica ¿por qué no?: _____	D1
¿La madre requiere antihipertensivos??	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si, No o N/A, explica ¿por qué no?: _____	D2
¿La madre presenta sangrado anormal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si, No o N/A, explica ¿por qué no?: _____	D3
¿El recién nacido requiere iniciar antibióticos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si, No o N/A, explica ¿por qué no?: _____	D4
¿El recién nacido se está alimentando con lactancia materna y en forma adecuada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si, No o N/A, explica ¿por qué no?: _____	D5
¿Se ha ofrecido información a la madre sobre planificación familiar antes de su egreso?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si, No o N/A, explica ¿por qué no?: _____	D6 D7

Completado por: _____ **Hora:** _____