	Capítulos y estándares	*Explicación del estándar*
1	**ACC: Acceso, Traslados, Atención Inmediata (guardias)**	**ACC: Acceso, Traslados, Atención Inmediata (guardias)**
ACC.1	Se estabiliza a todos los pacientes que deban ser trasladados a otra institución.	Todos los pacientes con condiciones que no se tratan en la organización, pero que requieren atención, están estabilizados antes del traslado.
ACC.2	Cuando se realizan traslados, se documenta el nombre de la persona que acepta recibir al paciente en otra institución.	Todas las derivaciones se realizan con la confirmación documentada de la institución receptora.
ACC.3	Cuando se realizan traslados, se documenta la condición del paciente: antes de ser trasladado, durante el transporte y su estado cuando llega a la institución.	La condición del paciente cuando fue entregado al transporte, y el acompañamiento asistencial necesario, su condición o eventos durante el transporte, y su estado al llegar, deberían estar documentados.
ACC.4	Cuando se realizan traslados, se documenta el nombre y título del personal responsable de cada fase (entrega, traslado, recepción).	El nombre y título del personal responsable de cada fase (entrega, traslado, recepción) están documentados.
ACC.5	Existen medios de comunicación disponibles para urgencias internas y externas.	Hay un sistema efectivo (teléfono o radio) para la comunicación entre el personal del hospital con el servicio de ambulancias y con las organizaciones que envían o reciben pacientes y también para comunicación interna sobre pacientes urgentes.
ACC.6	La comunicación con los servicios de ambulancias está protocolizada.	Las comunicaciones sobre pacientes urgentes incluyen la información necesaria para que el servicio indicado se prepare para recibir al paciente: Entre los elementos sugeridos para este enfoque se incluye el uso de la técnica SBAR (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación).
ACC.7	Las puertas de acceso al edificio y la guardia están bien definidas, accesibles y señaladas.	Las puertas del ingreso al edificio y los accesos a las guardias de obstetricia y neonatología están bien

		definidos y señalados para que ambulancias y pacientes puedan comunicarse o encontrarse con personal asistencial y recibir atención las 24 horas los 7 días de la semana (24/7).
ACC.8	Existe equipo y personal para realizar el traslado de neonatos y pacientes perinatales cuando es necesario.	El traslado de pacientes de urgencias obstétricas dentro de la organización funciona acorde con las necesidades del servicio y los pacientes. Hay equipo y personal para el traslado cuando es necesario.
ACC.9	Todos los pacientes que se presentan a la guardia son atendidos inmediatamente. Cuando esto no es posible, existen mecanismos para priorizar la atención según la urgencia del caso.	Todos los pacientes que se presentan a la guardia son atendidos inmediatamente y, cuando esto no es posible, existe un mecanismo (personal, método, elementos, criterios) para priorizar la atención según la urgencia del caso, por ejemplo con un sistema de tamizaje tipo “triaje”.
ACC.10	La(s) persona(s) que hace(n) esta primera evaluación ha(n) tenido la correspondiente capacitación.	El primer contacto es con personal asistencial quien, por su formación y experiencia, conoce los factores de riesgo y signos de alarma de complicaciones y urgencias materno-infantiles.
ACC.11	La evaluación inicial conduce a una comprensión de los tipos de servicios necesarios para el paciente.	La evaluación inicial resulta en un plan de cuidados que toma en cuenta las necesidades del paciente.
ACC.12	Se detecta a los pacientes que requieren atención inmediata.	La evaluación inicial identifica a estos pacientes.
ACC.12	Hay mecanismos para atender a los pacientes más urgentes en forma inmediata.	Hay mecanismos para priorizar la atención del paciente según su estado de salud.
ACC.13	Los servicios materno-infantiles conocen y minimizan los tiempos de espera para la atención inmediata, los estudios "urgentes" y la entrega de resultados de estos estudios.	Los servicios materno-infantiles mantienen al mínimo los tiempos de espera para ser atendido en la guardia de obstetricia, ginecología, pediatría y neonatología, para pacientes que necesitan atención inmediata. También los servicios saben y cuidan los tiempos para obtener turnos en consultorios.
ACC.14	Las pacientes que se presentan por primera vez con embarazos de alto riesgo son atendidas el mismo día.	Demora para obtener un turno en consultorio por primera vez en casos de alto riesgo.

ACC.15	Se registra la información y el resultado de los tratamientos realizados en la guardia.	La información sobre los casos y el resultado de tratamiento de casos (cada caso) de la guardia se registra en un libro. Óptimamente, esta información se agrega a la historia clínica y/o la libreta del paciente.
ACC.16	Los servicios de guardia cuentan con el personal y todo lo necesario para la consulta, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Los servicios de las guardias (adultos, obstetricia, pediatría/neonatología) cuentan con personal, instalaciones, equipos y procedimientos necesarios para evaluar, tratar, estabilizar y trasladar pacientes en condiciones de emergencia las 24 hs.
ACC.17	Los médicos de guardia tienen acceso a interconsultas las 24 horas al día, los 7 días de la semana.	Los médicos de guardia de los servicios materno-infantiles tienen acceso a interconsultas, que pueden apoyarlos en el diagnóstico y tratamiento de complicaciones y comorbilidades durante 24/7.
ACC.18	Existe un inventario de los vehículos que pertenecen al hospital para el transporte de neonatos y pacientes obstétricas.	Con respecto al transporte de neonatos y pacientes obstétricas, existe un inventario de los vehículos que pertenecen al hospital.
ACC.19	Los vehículos que pertenecen al hospital y los vehículos de transporte médico y ambulancias que están en uso tienen definido su nivel de complejidad y uso apropiado.	Definido su nivel de complejidad y uso apropiado.
ACC.20	Existe un listado periódicamente controlado con los elementos necesarios para el transporte, según el nivel de complejidad y tipo de pacientes transportados.	Listados y controles documentados de los elementos necesarios para el nivel de complejidad y los tipos de pacientes transportados, incluidos los elementos básicos para prevenir infecciones, como alcohol para manos y guantes descartables.
ACC.21	Está vigente la documentación referente a habilitación, inspección técnica vehicular y seguros.	Está al día la documentación de la habilitación, la inspección técnica vehicular y los seguros.
ACC.22	Se realiza una limpieza y desinfección apropiada después de cada traslado.	Apropiada limpieza y desinfección entre cada traslado.
ACC.23	Se realiza el mantenimiento y control del suministro eléctrico de las ambulancias.	Mantenimiento y control del suministro de oxigeno, ventilación, eléctrica, alertas luminosos y equipamiento electrónico, fuentes y tomas eléctricas.
ACC.24	Se realiza el mantenimiento y control del suministro de gases medicinales en las ambulancias.	Las ambulancias de alta complejidad deben tener gases medicinales para urgencias, que a su vez deben controlarse periódicamente y

		después de cada uso.
ACC.25	Los choferes reciben capacitación sobre su función antes, durante y después de los traslados.	Choferes con capacitación sobre su función en colaboración con el Centro de Coordinación, con los profesionales médicos y con pacientes y familiares. Ellos entienden su función en relación con la comunicación y coordinación.
ACC.26	Según la condición del paciente, este está acompañado durante el traslado por personal calificado para monitorear y tratar su condición.	Según la condición del paciente, este está acompañado en el traslado por personal calificado para monitorear y tratar su condición.
ACC.27	Cuando la organización recibe pacientes obstétricas y/o neonatales desestabilizados desde otro centro de salud, o cuando existieron problemas de comunicación, la maternidad documenta y reporta la situación a fin de analizar las causas raíz del suceso.	Si la maternidad recibe pacientes obstétricas y/o neonatales desestabilizados desde otros centros de salud, o cuando existen problemas de comunicación o dificultades durante traslados de referencia y contrarreferencia, la maternidad documenta la situación y a través de procesos colaborativos se encuentran soluciones para reducir esos problemas.
ACC.28	Los servicios perinatales conocen y minimizan los tiempos de espera. El personal trabaja interdisciplinariamente e interdepartamentalmente (personal clínico, administrativo, camilleros, mucamas, etc.) para analizar y resolver los problemas en el flujo de pacientes para obtener camas, ser atendidos, pasar de un servicio o nivel de atención a otro, realizar un estudio, recibir el alta, y para obtener los turnos, servicios y medicaciones indicados por los médicos y otro personal tratante.	Análisis y planificación del flujo de pacientes en la institución e identificación de los procesos que limitan el acceso. El personal trabaja interdisciplinariamente y interdepartamentalmente (personal clínico, administrativo, camilleros, mucamas, etc.) para analizar y resolver los problemas de referencia y contrarreferencia.
ACC.29	Cuando existen pacientes en observación en lugares provisorios, hay controles periódicos documentados de su condición.	Controles de pacientes en observación. Cuando hay pacientes en observación, o esperando cama o traslado, hay controles periódicos documentados sobre su condición. La institución ha definido los tiempos máximos durante los cuales un paciente puede estar en observación.

ACC.30	Los servicios materno-infantiles han colaborado con cuidados intensivos o intermedios para definir estándares para el ingreso y egreso de pacientes de estas unidades de atención especial.	Cada unidad de atención especial, por ejemplo cuidados intensivos, UCIN (unidad de cuidados intenivos neonatales) ha definido estándares (incluidos criterios fisiológicos), validados en la literatura y comunicados para el ingreso y egreso de pacientes de la unidad.
2	**RCP (resusitación cardio pulmonar): Manejo de RCP y complicaciones en sectores materno-infantiles**	**RCP: Manejo de RCP y complicaciones en sectores materno-infantiles**
RCP.1	El personal sabe identificar signos de alarma y responder ante ellos.	Los signos de alarma de las complicaciones más comunes están comunicados en forma de fácil acceso. El personal conoce y tiene fácil acceso a los signos de alarma y factores de riesgo frente a las complicaciones más frecuentes.
RCP.2	Todo el personal del sector materno-infantil sabe qué acciones desarrollar o qué pasos seguir para iniciar el pedido de socorro de pacientes que posiblemente necesiten RCP o que presenten una emergencia obstétrica. Utilizan un procedimiento predefinido.	Todo el personal de los sectores materno-infantiles ha recibido entrenamiento en emergencias obstétricas (EO) y sabe qué acciones desarrollar y qué pasos seguir para iniciar el pedido de socorro de pacientes que necesitan RCP o que presentan una posible EO. Utiliza un procedimiento predefinido y practicado, que especifica a quién llamar, cómo y cuándo, y qué hacer mientras esperan respuesta, o qué realizar alternativamente si la respuesta no tiene la rapidez necesaria para el caso (por ejemplo: teléfonos a llamar, dónde llevar al paciente, etc.). También tiene claro a quién buscar y dónde encontrarán el carro de paro o kit para la atención de la emergencia, cilindros de oxígeno, medicación necesaria en la heladera y otros elementos.

RCP.3	Los algoritmos de acciones e intervenciones son conocidos y accesibles.	Los algoritmos de acciones y intervenciones frente a las complicaciones más comunes están comunicados en forma de fácil acceso. El personal puede explicar las acciones a tomar cuando observa signos de alarma.
RCP.4	En caso de emergencia existe mínimamente una persona entrenada y disponible dentro de los 3 minutos para realizar las intervenciones necesarias.	Donde se atienden o internan los pacientes maternos neonatales, existen todos los elementos (equipamiento, personal entrenado para las intervenciones apropiadas) y las condiciones necesarias para el tratamiento de patologías urgentes graves, como shock, sepsis, eclampsia y la reanimación cardiopulmonar (RCP) dentro de los 3 minutos.
RCP.5	La institución consensuó la ubicación de elementos críticos para el uso durante las emergencias (distintos tipos de kits, carros, tubos, desfibriladores, etc.).	Los servicios materno-infantiles y las guardias, junto con farmacia, biomédica y personal de cuidados intensivos, han definido dónde deberían estarlos elementos (distintos tipos de kits, carros, tubos, desfibriladores, etc.) en cada sector.
RCP.6	Existe una lista detallada de los elementos que deberían estar presentes en o con cada kit o carro para emergencias.	Hay listados de los contenidos de los kits y carros y equipamiento que también debería estar considerado parte del conjunto del equipamiento necesario, por ejemplo, tubos de oxígeno, desfibriladores, cargadores, baterías extra, etc. Estos contenidos y equipamiento son iguales en todos los sectores, es decir, el kit para eclampsia debería tener el mismo contenido en la misma ubicación en la caja y en la sala de partos que en el piso de internación.
RCP.7	Existe un mecanismo para el control de la integridad de los kits y carros.	La institución consensuó la disponibilidad y ubicación de elementos críticos para su uso en adultos y neonatos. Por ejemplo, durante las urgencias de eclampsia y hemorragia en sectores donde se atiende a pacientes obstétricas, distintos tipos de kits, carros, tubos, cilindros, desfibriladores, etc. y la ubicación de estos elementos. Se utiliza un formato de carro/kit y una organización uniforme entre

		kits/carros para el mismo propósito. Por ejemplo, todos los kits para eclampsia son iguales. Las ubicaciones de los kits/carros y el personal entrenado para usarlos están disponibles dentro de los 3 minutos.
RCP.8	Los algoritmos de intervención están juntos con los kits/carros.	Los algoritmos de intervención están juntos con los kits/carros, y también con guías de dosis y tamaños pediátricos.
RCP.9	Dentro de los últimos 12 meses se han realizado simulacros o ha habido una situación verdadera en la cual se aplicaron algoritmos para las complicaciones de preeclampsia y eclampsia, hemorragia y shock/sepsis. Se analizó el desempeño y se tomaron acciones correctivas.	Para adultos y neonatos, dentro de los últimos 12 meses se han realizado simulacros o ha habido situaciones verdaderas en las cuales se aplicaron algoritmos de RCP, complicaciones de preeclampsia y eclampsia, hemorragia y shock/sepsis, y se comprobaron los roles y responsabilidades de los participantes. Se analizó el desempeño y se tomaron acciones correctivas que están documentadas.
RCP.10	Se reúne, revisa y comunica información referente a complicaciones maternas, posaborto y neonatales.	Los responsables reúnen, revisan y comunican información sobre complicaciones maternas, posaborto y neonatales.
RCP.11	El hospital ha definido el programa de resucitación cardiopulmonar y de emergencia obstétrica de la institución. Definió qué personal debe tener una capacitación documentada para responder e intervenir ante urgencias relacionadas con las complicaciones materno-infantiles más comunes e identificó al personal que debe tener la capacitación sobre RCP básica o avanzada. También se define la frecuencia de actualización, se documenta el cumplimiento y se toman acciones para mejorar la participación.	El personal está capacitado para la realización de RCP básica y avanzada y para complicaciones.
3	**PER: Personal y Servicios**	**PER: Personal y Servicios**

PER.1	Los líderes definen y planifican la dotación de personal, y esta dotación es adecuada para cumplir con las necesidades de los pacientes.	Los líderes analizan y recomiendan la dotación de personal, y esta dotación es adecuada para cumplir con las necesidades de los pacientes. Las instituciones categorizadas como IIIB deberán tener médicos obstetras y neonatólogos de planta, y los médicos de guardia también deberán ser especialistas. Ellos deberán tener acceso a consultores para especialidades, incluidos infectólogos, oftalmólogos, cardiólogos, urólogos, nefrólogos, neurólogos, cirujanos generales, cirujanos especialistas y cardiocirujanos, genetistas, etc.
PER.2	Existe un sistema de supervisión de personal, residentes y estudiantes de acuerdo con su función.	La institución tiene procesos implementados para asegurar que el personal posea las competencias necesarias para atender las condiciones y la población de sus pacientes. Esto aplica a todo el personal asistencial, inclusive a suplentes y a personal nuevo. Por ejemplo, el nuevo personal de enfermería en una UTIN deberá tener entrenamiento especial en el manejo del recién nacido enfermo y mostrarse competente en las intervenciones más complejas y riesgosas, en el uso de los equipos médicos y antes de trabajar en forma independiente de la supervisión directa.

PER.3	La institución tiene procesos confiables para verificar o validar las credenciales y la evidencia de la experiencia y entrenamiento correspondiente a cada actividad y nivel de responsabilidad en el hospital. Esto aplica a todo el personal que atiende pacientes en el hospital.	El legajo u otro documento de cada persona (personal de tipo empleado, contratado, suplente u otro) asistencial debería contener copia de su título y residencia u otras actividades de especialización que reflejan la educación y entrenamiento apropiado para las intervenciones y actividades clínicas que está llevando a cabo. Esto también es válido para kinesiólogos y otro personal asistencial, y se aplica a personal en relación de dependencia, contratado o con otra relación laboral. Mientras dicho personal esté atendiendo pacientes, el hospital debería tener esta información en una carpeta.
PER.4	Se definen las competencias necesarias del personal asistencial para cada sector, se revisan una vez por año y se actualizan según sea necesario.	Están definidas las competencias necesarias para el personal asistencial en cada sector. Por ejemplo, las competencias necesarias para enfermería en el cuidado de neonatos <1500 gramos. Estas competencias se actualizan cuando pasan ciertos plazos, cuando hay cambios en la práctica óptima, equipamientos, medicaciones u otros suministros, o cuando hay problemas de desempeño.
PER.5	En caso de utilizar suplencias de personal, existe un mecanismo implementado para verificar y confirmar las competencias, evitando prácticas para las cuales no se está preparado.	Cuando hay suplentes de personal, hay formas de confirmar sus competencias y evitar que hagan prácticas para las cuales no están preparados.
PER.6	Se documentan los controles y acciones tomadas en relación con las ausencias, licencias y problemas de desempeño del personal.	Se documentan los controles y las acciones en relación con ausencias, licencias o problemas de desempeño del personal.
PER.7	El personal conoce las tasas de infecciones de sus pacientes y las acciones necesarias para prevenir y controlar las infecciones.	Se comunica la información sobre las tasas de infecciones en los pacientes y las acciones necesarias en relación con la prevención y control de infecciones.
PER.8	Se controla que el personal cumpla con los protocolos e indicaciones de atención establecidos por el servicio.	Controles sobre el cumplimiento del personal con protocolos y normas. Se controla y monitorea el cumplimiento de los protocolos e

		indicaciones de cuidados establecidos por el servicio, el hospital o la especialidad.
PER.9	El servicio tiene uno o más proyectos de mejora en los cuales participa personal para mejorar resultados.	Existe uno o más proyectos para mejorar la atención a los pacientes: mejorar resultados, reducir errores, estandarizar cuidados, reducir infecciones, mejorar documentación, reducir tiempos de espera, etc. Estos proyectos utilizan métodos y sistemas de mejora de la calidad. El personal participa en el proyecto. Puede ser parte de proyectos hospitalarios como identificaciones de pacientes, control de electrolitos o lavado de manos.
PER.10	El personal conoce sus responsabilidades, que están identificadas en su descripción de puestos.	Hay evidencia de que el personal conoce sus responsabilidades, por ejemplo a través de descripciones de puestos.
PER.11	El personal participa de simulacros de emergencia de incendio y otros desastres naturales.	Hay evidencia de que el personal participa periódicamente en simulacros para urgencias clínicas y emergencias tipo incendio.
PER.12	El personal documenta y reporta las complicaciones y muertes según lo que requieren las autoridades.	Los ministerios de salud locales y nacionales y otras autoridades requieren que los datos y estadísticas sean reportados.
PER.13	El personal recibe capacitación inicial (inducción) y continua en relación con las prácticas en su servicio y las políticas del hospital.	El personal participa regularmente en actualizaciones de prácticas, capacitaciones y certificaciones (por ejemplo, RCP o cómo usar un nuevo equipo médico) sobre temas específicos del servicio y sobre temas de toda la organización, como los derechos de pacientes.
PER.14	El liderazgo del sector/servicio comunica las necesidades del servicio a las autoridades competentes.	El servicio comunica a las autoridades competentes las necesidades del servicio para optimizar la calidad de la atención.
PER.15	El personal del servicio cuenta con un mecanismo para resolver conflictos y cuestiones éticas en relación con sus pacientes.	El personal del servicio tiene forma de resolver conflictos y cuestiones éticas en relación con sus pacientes.
PER.16	El personal asistencial cuenta con un listado de profesionales de guardia disponibles 24/7. En los servicios materno-infantiles existe acceso a médicos obstétricos y neonatólogos	El personal asistencial necesita apoyo con pacientes complicados para aclarar dudas sobre indicaciones, o síntomas preocupantes que presenta el paciente. Estas situaciones pueden

	24/7.	ser urgentes o no y pueden ocurrir en cualquier horario y día. El personal asistencial tiene con quién aclarar dudas o directamente pedir ayuda. Para estas situaciones, tiene listados y sabe a quién llamar sin tener que abandonar al paciente o la unidad de atención. Está informado con respecto a cuándo seguir a la próxima persona de apoyo/supervisión en línea cuando no hubo respuesta dentro de un tiempo predefinido o la condición del paciente requiere respuesta más rápida. En los servicios materno-infantiles, hay acceso a médicos para atender neonatos 24/7.
PER.17	Existe servicio de radiología 24/7.	Los servicios de diagnóstico por imágenes están disponibles para el nivel de la atención prestada. Han definido qué estudios pueden ser hechos en forma urgente y los tiempos y métodos de comunicación de resultados críticos o pedidos urgentes.
PER.18	Los tiempos de respuesta para pedidos urgentes cumplen con las necesidades asistenciales.	
PER.19	Existe un sistema de reporte de los resultados críticos.	
PER.20	Los servicios de radiología que se realizan en pisos y unidades utilizan métodos de protección contra exposición a radiación para el personal, pacientes, visitas y otros.	Los servicios de radiología que se hacen en pisos y unidades utilizan métodos de protección contra exposición de radiación para personal, pacientes y visitas.
PER.21	Existe servicio de laboratorio 24/7.	Los servicios de laboratorio están disponibles para el nivel de la atención prestada. Han definido qué estudios pueden ser hechos en forma urgente y la identificación y los tiempos y métodos de comunicación de resultados críticos o pedidos urgentes (incluye el laboratorio de patología).
PER.22	Se etiquetan las muestras inmediatamente después de tomarlas y delante del paciente, utilizando un sistema de identificación completo con nombre, apellido y otro identificador único como el número de documento.	
PER.23	Los tiempos de respuesta para pedidos urgentes cumplen con las necesidades asistenciales.	
PER.24	Existe un sistema de reporte de los resultados críticos.	
PER.25	Hay control de calidad de los estudios realizados en el laboratorio y en sectores fuera del laboratorio (por ejemplo, pruebas de glucosa hechas en internación).	El laboratorio debería tener controles de calidad diarios, por protocolo, etc. Los estudios hechos en los pisos, generalmente orina y glucosa, también deberían estar controlados, así como la calidad y limpieza de los equipos, los insumos que se usan y los

		reactivos.
PER.26	Los servicios de hemoterapia están disponibles 24/7.	La sangre y sus componentes están disponibles para el nivel de la atención. Se ha definido qué elementos pueden ser pedidos en forma urgente y los tiempos de respuesta necesarios, y estos son controlados, por ejemplo el tiempo para compatibilización y la forma de comunicarlo. Existe un protocolo documentado para hemorragia masiva.
PER.27	Se ha definido qué elementos pueden ser pedidos en forma urgente.	
PER.28	Los tiempos de respuesta cumplen con las necesidades asistenciales.	
PER.29	Existe un protocolo documentado para hemorragia masiva.	
PER.30	Los servicios de farmacia para medicación de urgencia están disponibles 24/7.	Los servicios de farmacia para medicaciones de urgencia están disponibles. Han definido qué medicaciones pueden ser pedidas en forma urgente, 24/7. El tiempo de respuesta está definido y controlado.
PER.31	Existen servicios de ecografía disponibles 24/7 en función de la complejidad de la institución.	Los servicios de ultrasonido están disponibles para el nivel de la atención prestada. Han definido qué estudios pueden ser hechos en forma urgente y los tiempos y el método de comunicación de resultados críticos o pedidos urgentes. Monitorean los tiempos.
PER.32	Se han definido los estudios que se pueden realizar en forma urgente.	
PER.33	Existe un sistema de reporte de resultados críticos.	
PER.34	En caso de estudios que no pueden realizarse en la institución, existe un proceso organizado para derivar a los pacientes.	Existe un proceso organizado para derivar pacientes para estudios necesarios que no provee el hospital (porque el equipamiento está en reparación, por largas listas de espera u otra causa). Para los estudios considerados urgentes, hay forma de recibir los resultados en forma rápida.
4	**DER: Derechos, Comunicación, Educación del Paciente**	**DER: Derechos, Comunicación, Educación del Paciente**

DER.1	La maternidad cumple con la Ley de Parto Humanizado: inclusión de la madre y el padre en decisiones sobre los cuidados e intervenciones, madre acompañada por quien quiere, limitación de las intervenciones médicas a sólo las necesarias, internación conjunta y acceso continuo al neonato, etc.	La maternidad cumple con la Ley de Parto Humanizado. "Todas las instituciones públicas, privadas y de las obras sociales están obligadas a cumplir la Ley Nacional Nº 25929, conocida como Ley de Parto Humanizado" o un programa parecido de UNICEF, OMS u otro organismo similar que trata de proteger los derechos de la mujer a: ser acompañada por la persona que ella elige, recibir información y tomar decisiones sobre intervenciones propuestas y alternativas, recibir comunicación y educación dada en forma respetuosa y participativa sobre qué le está pasando a ella y al bebé, poder estar continuamente con su bebé, tener facilitada la lactancia, evitar intervenciones, medicaciones y leches/fórmulas innecesarias, y ser respetada en general en comunicaciones, en instrucciones y en su privacidad, siempre protegida frente a la violencia.
DER.2	Existe un mecanismo de comunicación efectivo y estandarizado en el traspaso de pacientes entre servicios.	Hay un enfoque estandarizado para la comunicación entre el personal en el momento del traspaso de pacientes (por ejemplo, de quirófano al piso, en momentos de los cambios de turno y entre distintos niveles y unidades de atención).
DER.3	Existe una política con relación al uso de protocolos (guías prácticas, directrices, recomendaciones, decretos, leyes, etc.; de aquí en adelante, "protocolos") que incluye: adaptación para el sector/servicio, autorización para usarlos, capacitación necesaria, monitoreo necesario y actualización cuando hay modificaciones basadas en la evidencia.	Existe un sistema de manejo de protocolos: autorización, capacitación, control, modificaciones, versiones.
DER.4	La organización implementó protocolos de manejo del dolor durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio (de parto vaginal y de post-cesárea), utilizando métodos basados en la evidencia, que	El manejo de dolor puede ser o no por métodos farmacológicos. Por ejemplo, movilización precoz, deambulación, posicionamiento Todo ello para facilitar el parto y la recuperación. También hay suficiente manejo del

	interfieren lo menos posible con el proceso del parto, la recuperación, la lactancia y la relación madre-hijo.	dolor después de una cesárea para que el dolor no interfiera con la lactancia y con la relación madre-hijo.
DER.5	Se han definido los contenidos mínimos de las indicaciones médicas para cada tipo de indicación y cada tipo de paciente.	Los contenidos mínimos de una indicación médica para estudios, medicaciones, productos nutricionales y sangre están definidos y controlados. Por ejemplo, el peso corporal en indicaciones de medicaciones para neonatos o el diagnóstico presuntivo para ciertos estudios, o las semanas de embarazo para estudios del laboratorio.
DER.6	La institución definió las abreviaturas que están permitidas y controla su uso.	Abreviaturas permitidas en indicaciones, órdenes, informes y en la historia clínica (HC). Están documentadas en una lista, y el uso está controlado. Esto incluye abreviaturas para medicaciones, estudios, etc.
DER.7	Existen procedimientos implementados para el manejo de las órdenes verbales, que son utilizados únicamente en situaciones en las que es difícil o imposible documentarlas en papel o electrónicamente.	Hay procedimientos para órdenes verbales (indicaciones dadas en persona o por teléfono). Las órdenes verbales sólo se utilizan en situaciones en las que es difícil o imposible documentarlas en papel o electrónicamente, por ejemplo, durante un procedimiento estéril. El personal que recibe la orden verbal la anota (identificando el paciente, la medicación o intervención, etc.) y repite al médico para que confirme las indicaciones. La orden luego es documentada y/o firmada/sellada en la HC por el médico que la indicó.
DER.8	Existen procedimientos implementados para el manejo de los reportes verbales de resultados de estudios o intervenciones.	Hay procedimientos para el reporte de resultados de estudios diagnósticos realizado de forma verbal (en persona o por teléfono). Los reportes verbales sólo se utilizan en situaciones en las que es difícil o imposible documentarlos en papel o electrónicamente dentro de los tiempos necesarios para la urgencia del resultado. El personal que recibe el reporte verbal anota los detalles y

		los repite para confirmar lo que anotó. Esta información pasa al médico responsable y a la historia clínica del paciente.
DER.9	Existe un programa para el manejo de los reclamos y quejas del paciente y familiares.	Existen mecanismos para que el paciente pueda realizar quejas y/o hacer sugerencias sin miedo de una reacción negativa. El hospital recoge y analiza esta información y toma acciones para resolver situaciones particulares y corregir problemas más generalizados, priorizando situaciones basadas en el riesgo.
DER.10	Existen cuidados de la privacidad del cuerpo y de información personal del paciente.	El cuerpo del paciente debería estar tapado cuando no es necesario lo contrario. Además, hay un cuidado de la información personal (por ej. sobre infecciones) y la historia clínica no se mantiene abierta en un espacio de tránsito público.
DER.11	Existe un programa para la gestión de los errores e incidentes.	Hay sistemas de incidentes donde se documentan errores, cuasi-errores en medicaciones y situaciones similares, como caídas y resbalones. Esto se aplica a pacientes, visitantes y personal. La información generada por este sistema se analiza, y se toman acciones apropiadas caso por caso cuando es necesario corregir tendencias o situaciones riesgosas en la organización. Estas acciones se documentan, y la priorización se basa en el riesgo.
DER.12	La HC del paciente está disponible y accesible en forma rápida según las necesidades de los médicos, enfermeros y demás profesionales intervinientes.	La información de la HC del paciente está disponible con suficiente rapidez según las necesidades de médicos y enfermeras en todos los sectores donde se trata al paciente.
DER.13	Los servicios de obstetricia y neonatología han definido protocolos para la atención en casos de pacientes (madre o bebé) moribundos y bebés con severas malformaciones.	Los servicios de obstetricia y neonatología han definido protocolos para la atención en casos de pacientes (madre o bebé) moribundos y bebés con malformaciones. Estos protocolos contemplan comunicación con la familia, manejo de dolor, etc.

DER.14	El hospital tiene una política de visitantes.	El hospital ha definido y comunicado los horarios y números de visitas y ha establecido si las visitas de niños o varones están permitidas. Esta información ha sido comunicada, y las normas están vigiladas en cada sector. La política toma en cuenta la iniciativa Hospital Amigo del Niño (HAMN) de la OMS y UNICEF para implementar prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna.
DER.15	Desde cualquier habitación, cuarto, baño o pasillo donde está alojado el paciente, hay un timbre u otra forma de llamar al personal para asistencia. Cuando no hay, el acompañante está instruido sobre cuándo y cómo informar al personal asistencial.	Desde cualquier habitación, cuarto, baño o pasillo donde está alojado el paciente, hay un timbre u otra forma de llamar al personal para asistencia. Cuando no hay sistema de llamadores y el acompañante, u otro paciente en la habitación, tiene la responsabilidad de alertar al personal, ellos están instruidos sobre cómo y cuándo informar al personal asistencial.
DER.16	Enfermería responde a las llamadas de pacientes en observación o internación lo más rápidamente posible, y se analizan las quejas relacionadas con los tiempos de respuesta de enfermería.	Hay medición periódica de tiempos de respuesta del personal a llamadas de pacientes en observación, internación y revisación de quejas en relación con tiempos de repuesta de enfermería y a llamadas del paciente (timbre, pariente, etc.).
	En el momento del alta, o una vez finalizada la consulta, los pacientes están informados sobre:	
DER.17	La medicación indicada.	Al recibir el alta de la guardia/urgencias, de internación o al terminar una consulta, los pacientes están informados y saben qué medicación o alimentación deberían tomar (o discontinuar o no empezar, por ejemplo, no empezar con fórmulas o leches en el neonato sin indicación médica). Óptimamente el alta se da en forma multidisciplinaria al conjunto padres-bebé.
DER.18	La alimentación correcta (lactancia materna, requisitos nutricionales de la madre).	Es importante que la mamá/familia reciba educación sobre la alimentación del neonato en términos de lo que debería consumir y también lo que NO debería consumir ella

		misma y lo que no debería dar al bebé.
DER.19	El cuidado necesario para su condición.	Cualquier autocuidado o cuidado que debería hacer o no.
DER.20	Los signos de alarma.	Cuáles son las pautas de alerta de una posible complicación (fiebre, sangrado, dolor, etc.).
DER.21	Las acciones frente a los signos de alarma.	Cómo actuar frente a una posible complicación (a quién llamar, dónde ir, horarios, puertas de ingreso).
DER.22	Próximas consultas y estudios necesarios con los que concurrir.	Cuándo debería regresar al hospital o consultorio (próximo(s) turno(s)) y qué información o estudios debería traer.
DER.23	El personal se asegura de que el paciente ha comprendido esta información.	El personal se asegura de que el paciente ha comprendido esta información, incluidos los pacientes con otros idiomas o con discapacidades.
DER.24	El hospital brinda esta información de forma tal que pueda ser consultada en cualquier momento.	Se brinda esta información en forma escrita u otra forma para que el paciente pueda consultarla en cualquier momento.
DER.25	El hospital entrega una epicrisis o resumen de HC a cada paciente.	El hospital da al paciente la información (de su estadía o de su HC) necesaria para seguir sus cuidados en otra institución (por ejemplo, un hospital local) o con su médico de cabecera.
5	**EVL: Evaluación, Planificación y Tratamiento del Paciente**	**EVL: Evaluación, Planificación y Tratamiento del Paciente**
EVL.1	El hospital tiene una política de turnos implementada en el área ambulatoria.	Existe suficiente monitoreo como para saber cuándo los tiempos para conseguir turnos o para ser visto por un profesional asistencial están pasando los limites predefinidos por la maternidad. Hay procedimientos para amortiguar la situación.
EVL.2	Los médicos, enfermeras, obstétricas y otro personal asistencial tienen definido el contenido mínimo de la evaluación inicial y las reevaluaciones acorde a su	Médicos, enfermeras, obstétricas y otro personal asistencial, como nutricionistas, trabajadoras sociales, etc., tienen definido el contenido mínimo de la evaluación inicial y las

	especialidad, profesión y sector.	reevaluaciones según el sector (guardia, consultorios, internación, estudios, neonatología) en que atienden al paciente. Definieron en qué consistiría (la historia, el examen físico, estudios diagnósticos, indicaciones, etc.) y lo completan. La evaluación de pacientes obstétricos siempre incluye madre y feto.
EVL.3	Se definen los tiempos en los cuales las evaluaciones y reevaluaciones deberían estar completas y documentadas en la HC.	Se definen los tiempos en los cuales estas evaluaciones deberían haber sido completadas y documentadas en la HC. Estos tiempos se cumplen, inclusive en todos los turnos, feriados y fines de semana.
EVL.4	Se definió qué estudios o evaluaciones previos son aceptables y la antigüedad permitida de ellos.	Se define qué evaluaciones, exámenes o estudios previos (y de cuánto antes y de qué fuentes) son aceptables y qué actualización es necesaria. Esto es especialmente importante en la preparación prequirúrgica.
EVL.5	El plan de atención (indicaciones médicas, estudios, medicaciones, nutrición, intervenciones cuidados de enfermería, interconsultas) se formula dentro de los tiempos permitidos o antes según la condición (el diagnóstico) del paciente y está en relación con su evaluación.	El plan de atención está formulado dentro de los tiempos requeridos o antes según la condición del paciente. El plan está relacionado con los hallazgos de las evaluaciones. Óptimamente, el plan de atención está elaborado, o por lo menos revisado, en forma interdisciplinaria y contiene objetivos medibles. Las reevaluaciones ocurren de acuerdo con el plan, condición del paciente y guías de práctica.
	La evaluación médica incluye documentación de las medicaciones, productos nutricionales (fórmulas) y otras sustancias (vitaminas, hierbas, drogas) que el paciente viene tomando e indica cuáles de estos debería continuar y/o discontinuar:	
EVL.6	"Medicaciones" al ingreso a la institución.	Al ingreso en la institución
EVL.7	"Medicaciones" al alta	Al alta
EVL.8	"Medicaciones" al terminar cada consulta en la guardia o consultorios.	Y al terminar cada consulta en la guardia o consultorios.

EVL.9	Todas las pruebas, estudios, observaciones y exámenes hechos, condiciones y diagnósticos, medicaciones indicadas y administradas se registran en la HC u otro registro accesible.	Todas las pruebas, observaciones y exámenes se registran en la HC u otro registro accesible.
EVL.10	Cada documentación en la HC incluye la fecha, el nombre de la persona que la hizo y la hora del evento cuando se requiere, (por ejemplo, hora de ingreso, hora de nacimiento, hora de empezar y terminar una cirugía, hora de administrar una medicación, hora de alta del paciente).	Cada documentación en la HC incluye la fecha, el nombre de la persona que la hizo y la hora del evento cuando se requiere, (por ejemplo, hora de ingreso, hora de nacimiento, hora de empezar y terminar una cirugía, hora de administrar una medicación, hora del alta del paciente).
EVL.11	La HC refleja que el médico u otro profesional asistencial responsable revisó resultados de intervenciones, evaluaciones, diagnósticos y controles dentro de los tiempos preestablecidos y que tomó acciones eficaces.	La HC refleja que el médico u otro profesional asistencial responsable revisó resultados de intervenciones, evaluaciones, diagnósticos y controles. El médico comenta el hallazgo de algo “fuera de rango” o “fuera de lo normal” (y cuando un “normal” es significativo) y documenta su indicación o intervención (o documenta que ninguna acción o intervención es necesaria).
EVL.12	El personal médico y otros profesionales que brindan servicios clínicos tienen mecanismos para discutir y definir planes de cuidados de pacientes en forma interdisciplinaria.	El personal médico y otros que brindan servicios clínicos tienen mecanismos para discutir y definir planes de cuidados de pacientes óptimamente en forma interdisciplinaria, por ejemplo, “rondas”, reuniones intra- e inter-disciplinarias, pases de guardia (las rondas están hechas generalmente con visitas a cada paciente, paciente por paciente), con comunicaciones protocolizadas sobre el estado del paciente. El hospital ha definido una forma de trabajo en equipo, con revisión de casos conjuntamente con médicos de obstetricia y neonatólogos, especialmente para pacientes con factores de riesgo (madre o feto).

Los estándares relacionados directamente con cuidados del ciclo perinatal, desde anticoncepción y salud sexual hasta posparto, cesárea y cuidados del neonato, se seleccionaron sobre la base de recomendaciones nacionales, OPS y otras fuentes centradas en “intervenciones basadas en la evidencia” para cuidados perinatales. De ninguna manera la Evaluación Externa pretende que los estándares seleccionados reflejen la totalidad de las recomendaciones e intervenciones. Los estándares seleccionados para la Evaluación Externa son representativos de las recomendaciones y, si la institución cumple con estos estándares, es muy probable que también cumpla con las recomendaciones. Los evaluadores son médicos y enfermeros expertos en cuidados neonatales y conocen las recomendaciones; si encuentran hallazgos con relación a recomendaciones, tienen la libertad de citarlos como una observación.

6	ANS: Servicios de Anticoncepción y Salud Sexual	ANS: Servicios de Anticoncepción y Salud Sexual
	El hospital utiliza protocolos para:	"Protocolos" hace referencia a directrices, guías prácticas, políticas y procedimientos, recomendaciones, normativas, decretos, reglamentos o leyes. Es importante que el hospital y el servicio hayan definido qué protocolos van a utilizar y que los profesionales estén de acuerdo con su validez científica. Ver "DER.3", que define el uso de protocolos. Los estándares en estas secciones de salud sexual, prenatal, parto, posparto y neonatos reflejan aspectos de algunos protocolos (basados en la evidencia) que indican al evaluador en qué medida la organización utiliza los recursos basados en la evidencia, pero estos estándares no son exhaustivos de todas las recomendaciones y protocolos. En servicios prenatales se deberían utilizar protocolos para definir las pruebas de rutina, estudios diagnósticos, observaciones y exámenes que se realizarán en las mujeres embarazadas. Estas directrices incluyen protocolos específicos según la región (por ejemplo, Chagas o parásitos). También incluyen pruebas y tratamiento para el factor Rh y la prueba de estreptococo grupo B para

		embarazadas que estén entre las semanas 35 y 37 de gestación.
ANS.1	Planificar y registrar el método de anticoncepción elegido por cada paciente.	El hospital utiliza directrices, protocolos, políticas, procedimientos, recomendaciones, normativas basadas en las leyes, reglamentos y la evidencia para prestar servicios de anticoncepción y planear y registrar el método elegido para cada paciente.
ANS.2	Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.	Protocolos: la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH) y para la prevención de la transmisión materno-infantil de la infección por el VIH y la sífilis.
ANS.3	Información brindada al paciente sobre riesgos y alternativas ante la interrupción del embarazo según lo permitido por la ley.	Protocolos para la información y consejos sobre riesgos y alternativas que se dan a los pacientes sobre la interrupción del embarazo según lo que permite la ley.
ANS.4	Profilaxis ante la violación o abuso sexual.	Protocolos: profilaxis post-exposición en el caso de violencia sexual.
7	**PRE: Prenatal**	**PRE: Prenatal**
	El hospital utiliza protocolos para:	"Protocolos" hace referencia a directrices, guías prácticas, políticas y procedimientos, recomendaciones, normativas, decretos, reglamentos o leyes. Es importante que el hospital y el servicio hayan definido qué protocolos van a utilizar y que los profesionales estén de acuerdo con la validez científica de la fuente. Ver "DER.3", que define el uso de protocolos. Los estándares en estas secciones de salud sexual, prenatal, parto, posparto y neonatos reflejan aspectos de algunos protocolos (basados en la evidencia) que indican al evaluador en qué medida la organización utiliza los recursos basados en la evidencia, aunque dichos estándares no son exhaustivos de todas las recomendaciones o protocolos basados en la evidencia. En servicios prenatales se deberían utilizar protocolos para definir las pruebas de rutina, estudios diagnósticos, observaciones y

		exámenes que se realizarán en las mujeres embarazadas. Estas directrices incluyen protocolos específicos según la región (por ejemplo, Chagas).
PRE.1	Control prenatal.	Los protocolos para los controles prenatales están definidos y se utilizan.
PRE.2	Uso de suplementos durante el embarazo.	Uso de suplementos de hierro y ácido fólico durante el embarazo.
PRE.3	Vacunación durante el embarazo.	Indicar las vacunas, por ejemplo, la antitetánica. Hay adecuada disponibilidad de las vacunas y están mantenidas en condiciones.
PRE.4	Detección y tratamiento de sífilis.	Detección y tratamiento de sífilis y otras infecciones.
PRE.5	Para la prevención, diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial en el embarazo en sus distintos estadios: leve, preeclampsia y eclampsia, incluidos el antihipertensivo y el sulfato de magnesio.	Definición de los factores de riesgo para el monitoreo, control y tratamiento de la hipertensión.
PRE.6	Diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membranas.	Tratamiento de la rotura prematura de membranas de término y pretérmino y el parto prematuro.
PRE.7	Uso de corticosteroides en amenaza de parto prematuro.	Uso de corticosteroides para la prevención del síndrome de deficiencia respiratoria del recién nacido.
PRE.8	Los profesionales apropiados coordinan las comorbilidades como diabetes (gestacional) o complicaciones cardiacas.	El manejo de comorbilidades como diabetes (gestacional o pregestacional) o complicaciones como condiciones cardiacas está coordinado entre médicos obstétricos y otros profesionales apropiados.
PRE.9	En caso de embarazos muy complicados se accede a servicios especializados para la derivación de pacientes.	La derivación de pacientes con embarazos muy complicados a servicios más especializados está disponible y es seguida.
PRE.10	Existe un programa de fomento de la lactancia materna.	La educación de las mujeres embarazadas en preparación para la lactancia materna está disponible y es seguida.
PRE.11	Se brinda material e instrucción para dejar de fumar.	Material e instrucción a brindar para dejar de fumar.

PRE.12	Se detectan problemas nutricionales.	Cribado/tamizaje de problemas nutricionales con condiciones como alto índice de masa corporal, obesidad, dieta de bajo valor nutricional y otras situaciones especiales.
PRE.13	Se realizan evaluaciones sobre la situación sociocultural.	Cribado de situaciones como abuso de drogas, o situaciones familiares o viviendas con riesgos (para la vida de la madre o del feto/bebé).
8	**INT: Aborto/Interrupción del Parto**	**INT: Aborto/Interrupción del Parto**
-	El hospital utiliza protocolos para:	
INT.1	El manejo de las mujeres que solicitan aborto cuando está enmarcado dentro de la categoría de “aborto no punible” o interrupción legal del embarazo.	El hospital utiliza directrices (o protocolos, políticas y procedimientos, recomendaciones, listas de verificaciones/cribados) basadas en leyes, reglamentos, decretos y la evidencia y la literatura científica, en caso de existir, para el manejo de las mujeres que solicitan un aborto cuando está enmarcado dentro de la categoría de “aborto no punible”.
INT.2	Guiar al personal asistencial a responder ante situaciones en donde las mujeres expresan intenciones de interrumpir el embarazo. (Estos protocolos guían comunicaciones sobre riesgos y alternativas.)	Guía al personal asistencial sobre cómo responder a mujeres que expresan intenciones de interrumpir el embarazo. (Estos protocolos guían comunicaciones sobre riesgos y alternativas.)
INT.3	Prestar asistencia cuando exista un aborto espontáneo.	Protocolo de aborto espontáneo.
INT.4	Los cuidados apropiados cuando hubo un aborto, o intento de aborto, en condiciones probablemente sépticas.	Protocolo de aborto séptico.
9	**CIR: Cirugías**	**CIR: Cirugías**
CIR.1	Cada paciente recibe una evaluación médica prequirúrgica.	Cada paciente recibe una evaluación médica prequirúrgica que define su condición o aptitud para la cirugía y los riesgos. También recibe una evaluación de parte del anestesista, con un plan de qué anestesia y técnica serían utilizadas y cualquier

		monitoreo especial necesario basado en los riesgos de cada paciente y cirugía. En casos urgentes, estas evaluaciones pueden estar hechas de manera conjunta e inmediatamente antes del procedimiento. En casos donde el paciente ha tenido una evaluación médica prequirúrgica y/o una evaluación preanestésica (de parte del anestesista), estas no deben tener más de 30 días de antigüedad y deben actualizarse antes de la inducción de anestesia. El personal comunica a los pacientes las razones, alternativas y riesgos asociados a la intervención y la anestesia o sedación.
CIR.2	Se utilizan protocolos para la correcta profilaxis antibiótica en cesáreas.	Se utilizan protocolos que definen la utilización correcta de la profilaxis antibiótica en cesáreas y otras intervenciones materno-infantiles y sus tiempos en relación con el momento de la incisión/cirugía.
CIR.3	Existen protocolos relacionados con la profilaxis contra trombosis venosa en cesáreas y otras intervenciones de similar riesgo para pacientes con factores de riesgo.	Existen protocolos relacionados con profilaxis de trombosis venosa en cesáreas y otras intervenciones de similar riesgo para pacientes con factores de riesgo.
CIR.4	Se realiza y documenta el monitoreo durante la anestesia.	Hay documentación del monitoreo adecuado durante la anestesia.
CIR.5	El parte quirúrgico está documentado en la HC dentro de los tiempos definidos por el hospital.	Hay un parte quirúrgico presente en la HC dentro de los tiempos especificados por el hospital.
CIR.6	Se documenta en la HC el tipo y técnica de anestesia utilizada.	Hay documentación de la anestesia y la técnica utilizadas en la HC.
CIR.7	Durante la recuperación se realiza el monitoreo de los signos vitales, sangrado y dolor.	Hay suficiente monitoreo de signos vitales, sangrado y dolor durante la recuperación.
CIR.8	El anestesista deja documentado el alta anestésica o se utilizan estándares escritos cumplidos para que el paciente reciba el alta.	Hay una nota de parte del anestesista o estándares escritos cumplidos para que el paciente reciba el alta de la anestesia, es decir, está claro que el paciente cumplió con los criterios de recuperación.
CIR.9	Existe un plan posquirúrgico que incluye dónde y cómo se traslada al paciente y al recién nacido después del nacimiento.	Hay un plan posquirúrgico que incluye dónde van el paciente y el recién nacido después del procedimiento (internación o cuidados intensivos, etc.) y qué

		cuidados y precauciones son necesarios en el traslado y qué cuidados iniciales requiere cuando se instale.
10	**PAR: Servicios para Partos**	**PAR: Servicios para Partos**
-	El hospital utiliza protocolos para:	
PAR.1	El control del trabajo de parto.	El hospital utiliza directrices, protocolos, políticas y procedimientos o recomendaciones basadas en leyes y reglamentos, la evidencia o validados en la literatura para la prestación de servicios de partos. Estas directrices se refieren a la frecuencia y tipo del monitoreo de la madre y del feto durante el trabajo pre-parto y el parto.
PAR.2	El manejo activo del parto.	El manejo activo del parto.
PAR.3	La justificación para la episiotomía.	Cuando se hacen episiotomías (sólo se realizan cuando están justificadas).
PAR.4	La vacunación antitetánica en mujeres sometidas a una cesárea.	La vacunación antitetánica en mujeres sometidas a una cesárea.
PAR.5	La utilización de fórceps.	La utilización de fórceps.
PAR.6	La inducción del parto y cesáreas.	La realización de inducción de parto y cesáreas es sólo por indicación médica de riesgo materno o fetal (por ej., parto obstruido y placenta previa central), que siempre incluye la documentación de una justificación médica con relación al riesgo de salud para la madre o feto (riesgo mayor que el riesgo de la intervención), y el parto por inducción, antes de 39 semanas, es especialmente evitado sin justificación médica.
PAR.7	La prevención y tratamiento de la hemorragia puerperal.	La prevención y el tratamiento de hemorragia puerperal: inducción en caso de embrazo prolongado, tratamiento activo del alumbramiento, administración profiláctica de uterotónicos, monitoreo del sangrado, expansores,

		cirugía, etc.
PAR.8	El inicio o la continuación del tratamiento de la infección por el VIH en las mujeres seropositivas.	El inicio o la continuación del tratamiento de la infección por el VIH en las mujeres seropositivas.
11	**POS: Posnatal - Madre**	**POS: Posnatal - Madre**
-	El hospital utiliza protocolos para:	El hospital utiliza directrices, protocolos, políticas y procedimientos o recomendaciones, basadas en leyes y reglamentos, la evidencia o validados en la literatura para la atención posnatal:
POS.1	Profilaxis anti-D dentro de las 72 horas cuando está indicada.	Se realizan pruebas apropiadas de factor Rh a la madre y el neonato.
POS.2	El acceso a servicios especializados para la derivación de pacientes con complicaciones posnatales.	La derivación de pacientes con complicaciones posnatales a los servicios especializados está disponible y es seguida.
POS.3	Los problemas de la lactancia materna.	Los problemas de la lactancia materna (como el riesgo de transmisión) y sus alternativas y la provisión de la leche materna, de acuerdo con las directrices.
POS.4	La detección y tratamiento de la sepsis puerperal.	La detección y tratamiento de la septicemia puerperal.
POS.5	Los controles de sangrado y la detección de hemorragia posparto.	El protocolo especifica la frecuencia y el método utilizado para controlar el sangrado. La hemorragia posparto es la pérdida de más de 500 ml de sangre después de un parto vaginal o más de 1000 ml de sangre después de una cesárea, en las primeras 24 horas del puerperio. La hemorragia posparto es la principal causa de muerte materna perinatal en países desarrollados y una causa principal de morbilidad a nivel mundial. Cualquier sangrado que tiene el potencial de dar lugar a una inestabilidad hemodinámica, si se deja sin tratamiento, debe ser considerado una hemorragia posparto, y el protocolo contempla

		acciones para detectar la causa de la hemorragia y realizar intervenciones inmediatas y definitivas.
POS.6	La detección y manejo de la anemia materna.	La prevención de la anemia materna y los estudios del laboratorio para su tratamiento..
POS.7	La consejería anticonceptiva posparto.	La educación y selección de la práctica anticonceptiva elegida y su documentación.
POS.8	Los criterios de alta posparto.	Las condiciones para poder dar el alta posparto.
12	**NAC: Nacimiento y Cuidados Iniciales**	**NAC: Nacimiento y Cuidados Iniciales**
NAC.1	La maternidad definió el personal mínimo para el parto y recepción del recién nacido.	La maternidad definió qué personal mínimo debería estar en un parto normal, en un parto de alto riesgo, en un parto prematuro y en una cesárea.
NAC.2	De acuerdo con las condiciones del feto/neonato, hay personal presente para la recepción.	Un médico pediatra, generalista, personal entrenado para recibir los neonatos o un neonatólogo está presente en todos los partos de acuerdo con las condiciones del feto/neonato.
NAC.3	Cada parto/nacimiento se registra en el libro de partos.	Cada parto/nacimiento se asienta en el registro de la sala de partos.
NAC.4	En el registro se incluyen los datos legalmente necesarios.	La edad gestacional, peso, talla y perímetro cefálico al nacer se incluyen en el registro y también en la información proporcionada a las madres al alta.
	El hospital utiliza protocolos para:	
NAC.5	La vacunación.	Estas directrices se refieren a la vacunación y utilizan el Calendario Nacional para la Vacunación.
NAC.6	La definición de los estándares y procedimientos para recién nacidos <1500 gramos.	Definición de los estándares y procedimientos para que recién nacidos <1500 gramos tengan maternidades y salas preparadas para recibirlos.
NAC.7	Los cuidados térmicos a todos los recién nacidos para prevenir la hipotermia.	Los cuidados térmicos a todos los recién nacidos para prevenir la hipotermia (secado inmediato, calentamiento, contacto de piel con piel, retraso del baño; contemplan

		necesidades adicionales para bebés prematuros y bebés que tuvieron registros de baja temperatura y siguen protocolos para mejorar el calor corporal).
NAC.8	La frecuencia del control de la temperatura del bebé.	La frecuencia de control de la temperatura del bebé en relación con su condición.
NAC.9	La correcta e inmediata identificación del recién nacido con brazaletes antes de que se haya alejado del cuerpo de la madre.	La identificación inmediata del recién nacido con brazaletes antes de que esté alejado del cuerpo de la madre. El protocolo contempla la identificación en casos de neonatos múltiples.
NAC.10	La administración de vitamina K para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido.	La administración de la vitamina K para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido.
NAC.11	La profilaxis de ojos.	Profilaxis de ojos (al final de la primera hora).
NAC.12	La promoción y el inicio temprano de la lactancia materna.	Promoción e inicio temprano de la lactancia materna exclusiva (en la primera hora), incluso para bebés prematuros o enfermos. Se documenta la lactancia materna y su frecuencia.
NAC.13	La promoción del vínculo madre-hijo, que incluye el alojamiento conjunto las 24 horas/7 días cuando no exista necesidad médica para la separación.	Promover el vínculo madre-hijo, lo que incluye el alojamiento conjunto las 24 horas/7 días cuando no haya necesidad médica para la separación.
NAC.14	La reanimación del neonato cianótico o con dificultad respiratoria grave.	Reanimación del neonato cianótico o con dificultad respiratoria grave.
NAC.15	El diagnóstico y tratamiento de la sepsis, meningitis y neumonía frente a síntomas compatibles.	Diagnóstico y tratamiento de la sepsis, meningitis y neumonía frente a síntomas compatibles.
NAC.16	La punción lumbar como parte del proceso para diagnosticar sepsis, con personal entrenado para esta intervención.	Punción lumbar como parte del proceso de diagnosticar la sepsis, con personal entrenado para esta intervención.
NAC.17	El uso eficaz de antibióticos, que incluye el uso correcto de antibioticoterapia empírica.	El uso eficaz de antibióticos, que incluye el uso correcto de antibioticoterapia empírica.
NAC.18	Diagnóstico y manejo de la ictericia.	Pruebas y documentación de ausencia o presencia de la ictericia.
NAC.19	La educación a las madres sobre los cuidados del recién nacido.	La educación a las madres sobre cómo bañar al bebé, cómo cuidar el cordón umbilical, la piel y sus senos, y cómo continuar estos cuidados en casa.

NAC.20	La documentación del peso del neonato.	Documentación del peso del neonato (se registra al menos una vez por día y con más frecuencia según la condición del bebé).
NAC.21	El alta después de un parto normal.	Alta temprana después de un parto normal, según la situación particular del conjunto familiar.
NAC.22	La identificación de necesidades especiales de alimentación.	La identificación de necesidades especiales de alimentación.
NAC.23	El uso de leches maternizadas para recién nacidos con necesidades especiales de alimentación.	La continuada promoción de la lactancia materna y el uso de leches maternizadas para recién nacidos con necesidades especiales de alimentación.
NAC.24	El manejo del lactario.	Manejo del Centro de Lactancia y sus normas escritas relacionadas con control de infecciones, etiquetación, conservación, descarte, etc.
NAC.25	El reconocimiento y tratamiento de la hipoglucemia.	El reconocimiento y tratamiento de la hipoglucemia están disponibles y se aplican.
NAC.26	La prevención de la hipoglucemia en bebés BPEG (bajo peso para edad gestacional) y APEG (alto peso para edad gestacional) y los hijos de madres diabéticas.	La prevención de la hipoglucemia en bebés BPEG y APEG y de madres diabéticas está disponible y se aplica.
NAC.27	El diagnóstico y tratamiento de las convulsiones.	Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de sensorio o convulsiones (para medir glucemia, calcemia, magnesemia).
NAC.28	El uso del oxígeno en bebés prematuros.	Uso de la terapia de oxígeno en bebés prematuros.
NAC.29	El monitoreo de la Sat O2 de acuerdo con las recomendaciones nacionales en lo referente a los límites de alarma.	Monitoreo por Sat O2 y uso de las recomendaciones nacionales para niveles de límites de alta y baja saturación.
NAC.30	El monitoreo de la frecuencia cardiaca y respiratoria.	Monitoreo de la frecuencia cardiaca y respiratoria (se registran cada 3-6 horas según la situación clínica).
13	**UCN:** Cuidados adicionales de neonatos en Cuidados Intensivos (tipo IIIB <32 semanas <1500 gramos)	**UCN:** Cuidados adicionales de neonatos en Cuidados Intensivos (tipo IIIB <32 semanas <1500 gramos)
-	El UCIN utiliza protocolos para:	

UCN.1	El registro de la temperatura del recién nacido (RN) dentro de su primera hora en la UCIN.	Registrar la temperatura del RN dentro de su primera hora en la UCIN.
UCN.2	La utilización durante la estancia hospitalaria de tablas de crecimiento específicas para RN prematuros.	La utilización durante la estancia hospitalaria de tablas de crecimiento específicas para RN prematuros.
UCN.3	El registro de la ingesta diaria de líquidos y calorías.	Hacer registros diarios de ingesta de líquidos y calorías.
UCN.4	La definición de los cálculos adecuados y métodos para la alimentación parenteral y enteral.	Definir la apropiada metodología para la ingesta parenteral y enteral.
UCN.5	La elaboración, esterilización y conservación de fórmulas.	La elaboración, esterilización y conservación de fórmulas.
UCN.6	La colocación y los controles de la condición de los catéteres centrales.	Se aplican los estándares para colocación y control de la condición de catéteres centrales.
UCN.7	La definición de cuándo retirar el catéter.	Definir cuándo retirar el catéter.
UCN.8	La prevención de infecciones.	Prevenir infecciones: saber cuándo hay o no infección en cada paciente, utilizar protección apropiada y otras precauciones, actuar y monitorear tendencias y tipos de infecciones.
UCN.9	El uso de ventilación mecánica.	Uso de la ventilación mecánica.
UCN.10	El uso de surfactante.	Uso de surfactante.
UCN.11	El armado de los ventiladores.	Armado de los ventiladores.
UCN.12	El drenaje neumotórax y los equipos para esa intervención.	Drenaje neumotórax y los equipos para esa intervención.
UCN.13	Los análisis de gases en sangre con disponibilidad 24/7 y resultados dentro de los 15 minutos.	Análisis de gases en sangre con disponibilidad 24/7 dentro de los 15 minutos en la UCIN.
UCN.14	Hacer los ajustes de ventilación de acuerdo con resultados de los análisis de gases en sangre.	Hacer los ajustes de ventilación de acuerdo con resultados de los análisis de gases en sangre.
UCN.15	La evaluación y el tratamiento de las convulsiones neonatales.	La evaluación y el tratamiento de las convulsiones neonatales.
UCN.16	La anemia aguda y tardía del prematuro.	La anemia aguda y tardía del prematuro.
UCN.17	La transfusión de sangre en el prematuro.	La transfusión de sangre en el prematuro.
UCN.18	Los cuidados para el neurodesarrollo.	Los cuidados para el neurodesarrollo.
UCN.19	Existe una política de visitas a la UCIN de acuerdo con los derechos del prematuro.	Padre y madre tienen ingreso irrestricto en la internación neonatal y se facilita la visita de hermanos y abuelos del RN internado. Se promueven el Contacto Piel a Piel (COPAP) y la lactancia materna.

UCN.20	Los padres y familiares han sido instruidos y están vigilados con respecto al lavado de manos y otras precauciones necesarias.	Los padres y familiares han sido instruidos y están vigilados con respecto al lavado de manos y otras precauciones necesarios en la unidad y con su bebé.
UCN.21	Existe un espacio, sillón o lugar cerca para permitir que los padres permanezcan al lado del bebé internado.	Hay un espacio, sillón o lugar cerca para permitir que los padres permanezcan al lado del bebé internado.
14	**MET: Metas de Seguridad**	**MET: Metas de Seguridad**
MET.1	La organización adhiere al programa de la OMS “Cirugía Segura Salva Vidas” o programa similar.	La organización adhiere al programa de la OMS “Cirugía Segura Salva Vidas” o programa similar.
MET.2	El hospital utiliza un formulario que contempla los requisitos de seguridad preestablecidos en el programa.	El hospital utiliza un cribado/lista de verificación u otros procesos para verificar en el preoperatorio que el sitio, el procedimiento y el paciente sean correctos, que la preparación (ayunas, baño, por ejemplo) haya sido adecuada y que todos los documentos, estudios, equipos y medicaciones necesarios estén disponibles y en buena forma.
MET.3	Se implementa un “tiempo fuera” con todo el equipo profesional presente en el quirófano, justo antes de comenzar la cirugía para confirmar los datos del formulario.	El uso del cribado incluye un “tiempo fuera” con todo el equipo del personal presente en el quirófano, justo antes de empezar la cirugía para confirmar otras preparaciones y evitar riesgos indicados en el programa de la OMS.
-	La organización implementa estrategias recomendadas en la literatura para reducir riesgos relacionados con medicamentos de alto riesgo, como los que indica el ISMP-España (http://www.ismp-espana.org/) u otro organismo similar. Estas estrategias incluyen:	
MET.4	La capacitación del personal pertinente sobre los peligros de estas medicaciones.	Capacitación del personal pertinente sobre los peligros de estas medicaciones y su manejo apropiado.

MET.5	La separación física y etiquetación de electrolitos concentrados y la restricción a sectores donde son clínicamente necesarios.	Separación física y etiquetación de electrolitos concentrados, restringidos a sectores donde son clínicamente necesarios.
MET.6	El etiquetado especial y uso de otras precauciones en medicamentos de nombres y/o envases parecidos.	Etiquetación especial y otras precauciones sobre medicaciones con nombres y/o envases parecidos y fácilmente confundibles.
MET.7	El uso de comas, puntos y ceros para indicar dosis, vía y frecuencia de administración.	Abreviaturas y símbolos para indicar la dosis y el uso de comas y ceros, y para indicar la vía y frecuencia de administración.
MET.8	La organización cumple con el programa de Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud o programa similar.	La organización cumple con el programa de Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud/Una Atención Limpia es una Atención Segura o programa parecido.
MET.9	En todos los sectores y lugares funcionalmente apropiados, existen los elementos necesarios para cumplir con el programa: agua y jabón y toallas de papel o alcohol para manos.	El programa de Higiene de Manos en la Atención de la Salud incluye al personal, a pacientes y a familiares.
	La organización dispone de un programa relacionado con la identificación de pacientes. El programa incluye:	
MET.10	La identificación con 2 identificadores.	La identificación con 2 identificadores: 1) nombre completo y 2) DNI o fecha de nacimiento o número de paciente/HC única (no se usa la ubicación, como número de cama o sala).
MET.11	Se corrobora la identidad del paciente antes de las siguientes situaciones: antes de administrar medicación, sangre y hemoderivados, nutrición enteral y parenteral, etc.	Se identifica a los pacientes y se verifican los detalles de la intervención en las siguientes situaciones: antes de administrar medicaciones, sangre y productos de sangre, productos de nutrición enteral y parenteral, o similares.
MET.12	Antes de intervenciones y estudios diagnósticos.	Antes de intervenciones y estudios diagnósticos.
MET.13	Antes de la toma de muestras y al colocar etiquetas a las muestras.	Antes de la toma de muestras y al colocar etiquetas a las muestras.
MET.14	Antes de realizar traslados, ya sea de una unidad a otra, al quirófano o para un estudio.	Antes de traslados, como de una unidad a otra, al quirófano, para un estudio y al alta.

MET.15	La política de identificación incluye el procedimiento y método para la identificación de neonatos, gemelares y recién nacidos derivados de otros hospitales.	El procedimiento de identificación especifica el procedimiento y método para la identificación de neonatos, neonatos múltiples, y cómo se identificarán los neonatos nacidos fuera del hospital.
MET.16	Existe un control de la identidad de bebés que ingresan o egresan de la institución.	El procedimiento de identificación incluye instrucciones sobre cómo sería utilizada la identificación para controlar los ingresos y egresos de bebés desde el punto de vista de seguridad contra un secuestro.
15	**MED: Medicaciones, Leches y Fórmulas e Insumos**	**MED: Medicaciones, Leches y Fórmulas e Insumos**
MED.1	Cada sector realiza inspecciones periódicas para verificar los stocks.	Cada sector tiene inspecciones (pueden ser auto-inspecciones) periódicas para verificar la presencia del stock esperado, fechas de vencimientos y condiciones de almacenamiento. Las medicaciones en cada sector están limitadas al mínimo necesario.
MED.2	Los medicamentos se preparan y dispensan en áreas seguras e higiénicas, con el equipo y los suministros adecuados.	Los medicamentos se preparan y dispensan en áreas seguras e higiénicas, con el equipo y los suministros adecuados.
	Antes de la dispensa o preparación de medicamentos, se evalúa que la indicación:	
MED.3	Sea adecuada en dosis, frecuencia y vía de administración.	Efectividad y seguridad del fármaco, la dosis, la frecuencia y la vía de administración.
MED.4	No esté duplicada o que no haya otra medicación con el mismo efecto.	La duplicidad terapéutica.
MED.5	Haya contemplado alergias o sensibilidades reales o potenciales.	Las alergias o sensibilidades reales o potenciales.
MED.6	Contemple las interacciones reales o potenciales entre el medicamento y otros medicamentos o alimentos.	Las interacciones reales o potenciales entre el medicamento y otros medicamentos o alimentos.
MED.7	Contemple el peso del paciente y demás información fisiológica.	El peso del paciente y demás información fisiológica.
MED.8	Cuando surgen dudas, existe un proceso para ponerse en contacto con la persona que recetó u ordenó el medicamento.	Cuando surgen dudas, existe un proceso para ponerse en contacto con la persona que recetó u ordenó el medicamento.

MED.9	Existe un listado de personas capacitadas y autorizadas para revisar las indicaciones médicas para los factores listados en MED.3 a MED.7.	Las personas autorizadas para revisar órdenes o recetas se consideran competentes para la tarea.
MED.10	Los libros de referencia o el software para la verificación de interacciones entre fármacos y alergias a fármacos se actualizan periódicamente.	Se actualizan periódicamente los libros de referencia o el software que se utiliza para la verificación de interacciones entre fármacos y alergias a fármacos.
MED.11	La farmacia entrega medicamentos en forma lista para administrar.	La organización dispensa medicamentos en la forma lista para administrar, a fin de minimizar las posibilidades de error durante la distribución y la administración. El sistema respalda la dispensa precisa de los medicamentos de manera puntual.
MED.12	Los medicamentos se almacenan de acuerdo con las indicaciones del fabricante.	Temperaturas de heladeras, vencimiento "una vez abierto", temperatura del ambiente, exposición a la luz del sol, etc.
MED.13	Los medicamentos e insumos retirados de su envase original son rotulados adecuadamente.	Cuando los medicamentos se extraen de su envoltorio original o se preparan y dispensan en una forma o envoltorio diferente y no se administran inmediatamente, la medicación debe estar etiquetada con el nombre, la dosis/concentración de la medicación, la fecha de preparación y la fecha de caducidad. La farmacia central y otros puntos de distribución de medicamentos en toda la organización emplean el mismo sistema. (Sólo cuando el medicamento fue extraído e inmediatamente administrado en presencia de la misma persona responsable, no es necesario etiquetarlo.) Esto incluye medicaciones preparadas para cirugías y anestesia.
MED.14	Se administran medicamentos y productos nutricionales/fórmulas o dietas especiales sólo con indicación médica.	Sólo cuando hay una orden médica, se administran medicamentos y productos nutricionales/fórmulas o dietas especiales.

MED.15	Los medicamentos se administran según procedimientos escritos, que incluyen controles sobre el correcto: paciente, fármaco, dosis, hora, vía, tiempo de administración/infusión y vencimiento.	Las medicaciones se administran según procedimientos escritos, que incluyen controles de: paciente, fármaco, dosis, hora, vía, tiempo de administración/infusión, caducidad y registro completo.
MED.16	Los médicos, obstetras y enfermeros monitorean y documentan los efectos de la medicación y alimentación especial administradas al paciente.	Médicos y enfermeros monitorean y documentan los efectos de la medicación y alimentación especial administradas al paciente. Reportan y trabajan junto con personal de la farmacia sobre efectos no deseados (reacciones adversas) o medicaciones inefectivas.
MED.17	Se reportan y revisan los errores en las indicaciones médicas, en la preparación y en la administración de la medicación.	Los errores en las indicaciones médicas, en la preparación y la administración de medicaciones se reportan y revisan dentro de la organización, y se implementan medidas para prevenir situaciones similares.
16	**ENT: Prevención de Infecciones y Seguridad del Entorno**	**ENT: Prevención de Infecciones y Seguridad del Entorno**
ENT.1	Se implementan las recomendaciones nacionales y de los fabricantes para la esterilización, limpieza, desinfección, control y prevención de infecciones de equipos e insumos médicos.	En todos los sectores y en los servicios de esterilización centralizados hay políticas y procedimientos que definen los métodos y frecuencias de los procedimientos de limpieza. Esto incluye la reutilización de insumos descartables y equipos biomédicos (electrónicos o no).
ENT.2	Se monitorean, comunican y toman acciones para reducir las tasas de infecciones.	Las tasas de sepsis, infecciones urinarias, respiratorias, gastrointestinales, etc. se monitorizan, analizan y comunican, y se toman medidas correctivas.
ENT.3	Hay una política para el uso racional de antibióticos.	Existe un programa de control del uso de antibióticos, coordinado entre médicos, infectología y farmacia.
ENT.4	Todos los tipos y casos de aislamientos y precauciones están señalizados tanto para el personal como para las visitas.	Cada paciente para el cual se indica un tipo de aislamiento o precaución tiene una o más señalizaciones suficientemente grandes y claras para

		que las visitas y el personal las vean antes de acercarse al paciente.
ENT.5	Los elementos para cumplir con cada tipo de aislamiento o precaución están fácilmente disponibles.	En el sector de la puerta de la habitación y/o al lado de cada paciente en aislamiento están los elementos necesarios para cumplir con las indicaciones.
ENT.6	Se realizan controles de la calidad del aire apropiado a cada sector.	En los quirófanos y salas de parto, en cuidados intensivos y en la farmacia, por ejemplo, hay controles documentados de la calidad del aire, incluido el porcentaje de humedad.
ENT.7	Existe un procedimiento para la limpieza de rutina y la limpieza incidental.	En caso de derrame de sustancias biológicas o químicas, hay un procedimiento, personal y materiales para asegurar una rápida limpieza.
ENT.8	Los residuos potencialmente patogénicos, incluidos los cortopunzantes y las muestras usadas del laboratorio e histopatología, se gestionan en forma segura y según lo que requiere la ley.	Los residuos potencialmente patogénicos se gestionan en forma segura y según lo que requiere la ley. Esto incluye el descarte de medicaciones (vencidas, parcialmente utilizadas, peligrosas como las de quimioterapia) en forma segura. Además, durante el traslado, deben estar en contenedores completamente cerrados. En áreas de atención al público y con potencial presencia de pacientes pediátricos, drogados, etc., los residuos deben estar cubiertos, con los contenedores para elementos cortopunzantes fuera del alcance o bajo supervisión del personal.
ENT.9	La ropa sucia como “ropa de cama”, ropa de cirugías y ropa sucia de personal asistencial (ambos, chalecos) se guarda y traslada en forma segura (en contenedores herméticos) y se lava según las recomendaciones (tipos de productos de limpieza, temperaturas, etc.).	La “ropa de cama”, ropa de cirugías y ropa sucia de personal asistencial (ambos, chalecos) se guarda y traslada en forma segura (en contenedores herméticos) y se lava según las recomendaciones (tipos de productos de limpieza, temperaturas, etc.).
ENT.10	La comida de los pacientes está preparada como para prevenir infecciones. Se controlan vencimientos, condiciones de almacenamiento y cocción de las comidas. La cocina hace los controles	Problemas con comida o productos nutricionales.

	periódicos de bacteriología. Los incidentes de posibles intoxicaciones se documentan e investigan.	
ENT.11	Los servicios básicos e instalaciones esenciales (como ascensores) funcionan según las necesidades asistenciales.	Todos los servicios básicos/servicios públicos y otros elementos de infraestructura, como ascensores o teléfonos, tienen documentado el mantenimiento preventivo y correctivo. Estos servicios funcionan adecuadamente para los procesos asistenciales.
ENT.12	Está documentado el mantenimiento preventivo y correctivo para todos los servicios básicos e instalaciones esenciales.	Todos los servicios básicos (residuos, cloacas, agua potable, agua caliente, gases medicinales, electricidad y otros elementos de infraestructura como ascensores e iluminación) tienen documentado el mantenimiento preventivo y correctivo.
ENT.13	En caso de falla, existe provisión alternativa de los servicios básicos y las instalaciones esenciales, y estas alternativas también están controladas.	Por ejemplo, si la fuente alternativa es un tanque, la calidad del agua en el tanque está controlada periódicamente. Los generadores también están probados.
ENT.14	Existe un programa de control de vectores.	Hay documentación y evidencia de control de vectores.
ENT.15	Existe un inventario controlado, que incluye todo el equipamiento biomédico, electrónico o no.	Todos los equipos médicos, sean electrónicos o no, sean propiedad del hospital o no, sean nuevos o antiguos, figuran en un inventario.
ENT.16	Existe un programa de mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento médico.	Todos estos equipos tienen controles y mantenimientos documentados. Los controles del uso de lámparas de fototerapia para neonatos están documentados.
ENT.17	Existen controles, mantenimiento y reparación de heladeras y congeladores usados con fines médicos.	Las heladeras usadas para comidas de pacientes, fórmulas, sangre y componentes, elementos del laboratorio como reactivos, medicaciones, muestras, etc. tienen documentado el monitoreo de la temperatura.
ENT.18	Existe un programa de gestión de riesgos.	En un hospital hay muchos riesgos para el personal, pacientes y visitas: riesgos edilicios: p.ej., escaleras rotas, seguridad para niños y bebés

		(enchufes, bordes cortantes), materiales porosos que impiden el buen control de infecciones en sectores como UCIN, etc.
ENT.19	Hay adecuados servicios de mantenimiento y reparaciones para cuestiones de plomería, electricidad, carpintería, herrajes y albañilería, mosquiteros y ventanas, sistemas de comunicación y sistemas de seguridad, como cameras o alarmas, etc., para que los riesgos estén minimizados y los ascensores, baños, desagües, muebles, puertas, camas, timbres, ventanas, alarmas, sistemas de seguridad, matafuegos, etc. funcionen adecuadamente.	Hay adecuados servicios de mantenimiento y reparaciones para cuestiones de plomería, electricidad, carpintería, herrajes y albañilería, mosquiteros y ventanas, etc., para que los riesgos estén minimizados y los baños, desagües, muebles, puertas, camas, timbres, ventanas, alarmas, sistemas de seguridad, matafuegos, etc. funcionen adecuadamente.
ENT.20	Los tubos de gases están sujetos y con la carga controlada.	Los tubos de gases siempre deben estar sujetados, incluso cuando acompañan a un paciente en un traslado en silla de ruedas o camilla.
ENT.21	Las instalaciones, espacios, muebles, medicaciones, personal, equipamiento y equipos médicos en cada sector son apropiados para los servicios que brinda.	Cada sector debe haber definido los elementos y personal necesario para tener disponibles y debe haber observado si hay deficiencias edilicias, de elementos o personal que impidan brindar la asistencia necesaria.
ENT.22	El hospital tiene planes para la prevención y respuesta a humo e incendio. El personal ha participado en un simulacro de ese tipo en los últimos 12 meses y puede explicar las acciones a tomar para evacuar pacientes.	Especialmente importante en quirófanos donde hay mayor frecuencia de estos desastres y para el UCI (unidad de cuidados intensivos) o UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales), donde es complicado evacuar pacientes que reciben oxígeno, pacientes inconscientes, etc.