**EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS DEL MÉDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO Y PRODUCTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 1** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Realizar atenciones de planificación familiar, **de acuerdo a la Norma técnica de planificación familiar vigente.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | * 1. Realizar acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC), relacionadas con la planificación familiar. |
| * 1. Ejecutar la Consejería a la mujer/pareja, para la planificación familiar. |
| * 1. Realizar la evaluación clínica a la mujer que requiere el uso de métodos anticonceptivos. |
| * 1. Prescribir a la mujer/pareja el método anticonceptivo, de acuerdo a la evaluación clínica y a la elección de la usuaria/pareja. |
| * 1. Aplicar, ejecutar o entregar el método anticonceptivo elegido por la usuaria o el usuario. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN LA REALIZACION DE ATENCIONES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la realización de acciones de IEC en planificación familiar, en dos oportunidades.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE LAS ACCIONES DE IEC RELACIONADAS CON LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR:** |  |  |  |  |
| 1. Promueve el desarrollo de actividades de dirigidas a la sexualidad responsable. |  |  |  |  |
| 1. Interviene proactivamente en la elaboración del plan de IEC relacionado con la planificación familiar. |  |  |  |  |
| 1. Ejecuta acciones de IEC relacionadas con la planificación familiar a nivel individual y colectivo. |  |  |  |  |
| 1. Genera de participación del público objetivo a través de preguntas |  |  |  |  |
| 1. Verifica en el público objetivo la comprensión de los mensajes |  |  |  |  |
| 1. Utiliza material educativo acorde a la acción de IEC |  |  |  |  |
| 1. Ejecuta el análisis y la evaluación de los resultados de las acciones de IEC relacionadas con la planificación familiar a nivel individual y colectivo. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA CONSEJERÍA A LA MUJER/PAREJA PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial buscando establecer empatía, con la mujer/pareja. |  |  |  |  |
| 1. Antes de la consejería pregunta acerca de los conocimientos de planificación familiar, espaciamiento de los embarazos y características de la actividad sexual de la mujer/pareja. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la consejería general aplicando el Modelo de los cinco pasos: 2. Establecer y mantener una relación cordial. 3. Identificar necesidades de la usuaria/pareja. 4. Responder a las necesidades de la usuaria/pareja. 5. Verificar la comprensión. 6. Asegurar el seguimiento. |  |  |  |  |
| 1. **Para casos de AQV:** 2. Explica a la mujer/pareja las características de la intervención quirúrgica, falla del método (embarazo posterior al procedimiento AQV), irreversibilidad del método, tipo de anestesia y complicaciones. 3. Informa que cuenta con un periodo de reflexión de por lo menos 72 horas para confirmar su decisión, así como puede desistir de esta opción y elegir otra. 4. Si la mujer/pareja persiste en su decisión, el Médico residente le entrega el formato de Consentimiento informado y solicitud de intervención para AQV. 5. Da lectura del formato de Consentimiento informado y solicitud de intervención para AQV, analiza y verifica la comprensión de la mujer/pareja en cada uno de los puntos. 6. Entrega a la paciente una copia del Consentimiento informado y solicitud de intervención para AQV, que ha firmado. 7. Archiva en la H.C. de la mujer, el original de formato de Consentimiento informado y solicitud de intervención para AQV, firmado. 8. Al culminar la sesión, entrega a la mujer/pareja un folleto con la información sobre la intervención y los cuidados pre y post operatorios. |  |  |  |  |
| 1. Registra la consejería en la H.C. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA A LA MUJER QUE REQUIERE EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:** |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de la evaluación clínica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación considerando los aspectos clínicos y los resultados de los estudios de laboratorio y de imágenes, previa verificación de haberse realizado la consejería en salud sexual y reproductiva. |  |  |  |  |
| 1. Considera los resultados de la evaluación clínica, exámenes de laboratorio y de los estudios por imágenes con respecto al método anticonceptivo elegido por la mujer/pareja, valorando los factores de riesgo que su uso implica. |  |  |  |  |
| 1. **Para casos de AQV, realiza la evaluación pre quirúrgica** tomando en cuenta la evaluación clínica, la evaluación física, de laboratorio y los estudios por imágenes. |  |  |  |  |
| 1. Registra en la H.C. la evaluación clínica realizada a la mujer. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA PRESCRIPCIÓN A LA MUJER/PAREJA DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO:** |  |  |  |  |
| 1. Antes de prescribir, reitera la información veraz y detallada sobre el método elegido por la mujer/pareja. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe el método de planificación familiar considerando la decisión de la mujer/pareja y los resultados de la evaluación clínica, de riesgos, de laboratorio y de estudios auxiliares. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la prescripción del método anticonceptivo temporal, considerando las características, efectividad, duración, protección anticonceptiva, efectos colaterales e indicación de uso del método anticonceptivo. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la prescripción del método anticonceptivo permanente considerando las características, efectividad, duración, protección anticonceptiva, efectos colaterales e indicación de uso del método anticonceptivo. |  |  |  |  |
| 1. La prescripción es registrada en la HC de acuerdo a la normatividad vigente. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA APLICACIÓN, EJECUCIÓN O ENTREGA DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO ELEGIDO POR LA MUJER/PAREJA:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza las recomendaciones del método anticonceptivo de abstinencia verificando que la ha sido elegido por la mujer/pareja y según las características del método. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las recomendaciones del método anticonceptivo MELA verificando que ha sido elegido por la mujer/pareja y según las características del método. |  |  |  |  |
| 1. Entrega el método anticonceptivo de barrera verificando que ha sido elegido por la mujer/pareja y según las características del método. |  |  |  |  |
| 1. Entrega el método anticonceptivo hormonal combinado verificando que la sido elegido por la mujer/pareja y según las características del método. |  |  |  |  |
| 1. Entrega el método anticonceptivo hormonal solo progestágenos verificando que la sido elegido por la mujer/pareja y según las características del método. |  |  |  |  |
| 1. Aplica el dispositivo intrauterino (DIU) verificando que la sido elegido por la mujer/pareja y según las características del método. |  |  |  |  |
| 1. Aplica el implante subdérmico según técnica, y verificando que ha sido elegido por la mujer/pareja y según las características del método. |  |  |  |  |
| 1. **Para casos de AQV,** ejecuta la AQV previa verificación de la firma del Consentimiento informado y solicitud de intervención para AQV. 2. Ejecuta la AQV aplicando la técnica Pomercy a través de mini laparotomía. 3. Ejecuta la incisión *supra púbica* para periodo internatal y *umbilical* para post parto y la transcesárea. |  |  |  |  |
| 1. Entrega la AOE verificando que ha sido elegida por la mujer/pareja y según las características del método. |  |  |  |  |
| 1. Registra en la H.C. la aplicación, ejecución o entrega del método anticonceptivo. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR LOS PRODUCTOS ELABORADOS POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **INFORME DE ACCIONES DE IEC, REGISTROS DE CONSEJERÍA, H.C. DE ATENCIÓN PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise los siguientes documentos elaborados por el Médico residente:**
2. **Informe de las acciones de IEC realizadas.**
3. **Dos H.C. con consejería, evaluación, prescripción, aplicación o entrega de métodos anticonceptivos temporales.**
4. **Dos H.C. con consejería, evaluación, prescripción y ejecución de AQV.**
5. Aplique la lista de cotejo a cada producto.
6. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
7. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
8. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
9. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
10. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
11. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **EL INFORME DE LAS ACCIONES DE IEC RELACIONADAS CON LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR INCLUYE:** |  |  |  |  |
| 1. La justificación del plan. |  |  |  |  |
| 1. Los objetivos del plan. |  |  |  |  |
| 1. Las actividades o contenidos relacionados con los objetivos. |  |  |  |  |
| 1. Los contenidos dirigidos a la sexualidad responsable. |  |  |  |  |
| 1. Los medios y materiales utilizados para el desarrollo de los contenidos. |  |  |  |  |
| 1. Los mecanismos de difusión e invitación a los participantes utilizados. |  |  |  |  |
| 1. El lugar y los responsables de cada actividad realizada. |  |  |  |  |
| 1. Los indicadores o mecanismos para evaluar los resultados. |  |  |  |  |
| 1. La participación de medios de comunicación masiva, si fueron utilizados. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados, conclusiones y recomendaciones. |  |  |  |  |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA CONSEJERÍA:** |  |  |  |  |
| 1. La indagación que realizó a la mujer/pareja acerca de los conocimientos sobre planificación familiar, espaciamiento de los embarazos y características de la actividad sexual. |  |  |  |  |
| 1. El reporte de los cinco pasos aplicados. |  |  |  |  |
| 1. La decisión de la mujer/pareja sobre el método de interés o el método elegido. |  |  |  |  |
| 1. **Para casos de métodos permanentes (AQV),** el registro de la consejería en la H.C. incluye**:** 2. El reporte de la explicación que realizó a la mujer/pareja acerca de las características del método 3. La explicación a la mujer/pareja del periodo de reflexión de por lo menos 72 horas para confirmar su decisión, así como puede desistir de esta opción y elegir otra. 4. El formato original, del Consentimiento informado y solicitud de intervención para AQV firmado por la paciente, luego de la lectura, análisis y verificación de cada uno de los puntos del mismo. 5. El reporte de la entrega a la mujer/pareja de copia del Consentimiento informado y solicitud de intervención para AQV y de un folleto con la información sobre la intervención y los cuidados pre y post operatorios. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA EVALUACIÓN CLÍNICA GENERAL:** |  |  |  |  |
| 1. La verificación de que la mujer/pareja recibió la consejería en salud sexual y reproductiva. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de los exámenes de laboratorio y estudios por imágenes solicitados. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de la evaluación clínica relacionándolos con el método anticonceptivo elegido por la mujer/pareja. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de la evaluación clínica considerando el método anticonceptivo elegido por la mujer/pareja, valorando los factores de riesgo que su uso implica. |  |  |  |  |
| 1. **Para casos de AQV,** el reporte de los resultados de la evaluación pre quirúrgica tomando en cuenta la evaluación clínica, la evaluación física, de laboratorio y los estudios por imágenes. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA PRESCRIPCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES Y PERMANENTES:** |  |  |  |  |
| 1. La confirmación del método anticonceptivo elegido por la mujer/pareja. |  |  |  |  |
| 1. Las recomendaciones a la mujer/pareja acerca del método anticonceptivo elegido según sus características. |  |  |  |  |
| 1. La prescripción del método anticonceptivo elegido. |  |  |  |  |
| 1. **Además para casos de AQV,** la verificación de la firma del Consentimiento informado y solicitud de intervención para AQV. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA APLICACIÓN, EJECUCIÓN O ENTREGA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:** |  |  |  |  |
| 1. Las recomendaciones del método anticonceptivo de abstinencia verificando que la ha sido elegido por la mujer/pareja y según las características del método. |  |  |  |  |
| 1. Las recomendaciones del método anticonceptivo MELA verificando que ha sido elegido por la mujer/pareja y según las características del método. |  |  |  |  |
| 1. La entrega del método anticonceptivo de barrera verificando que ha sido elegido por la mujer/pareja y según las características del método. |  |  |  |  |
| 1. La entrega del método anticonceptivo hormonal combinado verificando que la sido elegido por la mujer/pareja y según las características del método. |  |  |  |  |
| 1. La entrega del método anticonceptivo hormonal solo progestágenos verificando que la sido elegido por la mujer/pareja y según las características del método. |  |  |  |  |
| 1. La aplicación del dispositivo intrauterino (DIU) verificando que la sido elegido por la mujer/pareja y según las características del método. |  |  |  |  |
| 1. La aplicación del implante subdérmico según técnica, y verificando que ha sido elegido por la mujer/pareja y según las características del método. |  |  |  |  |
| 1. **La ejecución de la AQV**, previo Consentimiento informado y solicitud de intervención para AQV, considerando: 2. La Técnica aplicada e incisión con el sustento respectivo. 3. Las recomendaciones y cuidados que debe tener en cuenta la mujer post intervención. |  |  |  |  |
| 1. La entrega de la AOE verificando que ha sido elegida por la mujer/pareja y según las características del método. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 2** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Realizar intervenciones dirigidas a la promoción de la salud y prevención del cáncer de cérvix. y de mama, **de acuerdo a las Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva vigentes.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 2.1 Realizar acciones de promoción de la salud y prevención del cáncer de mama de la mujer. |
| 2.2 Realizar acciones de promoción de la salud y prevención del cáncer de cérvix. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN LA REALIZACION DE INTERVENCIONES DIRIGIDAS A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CERVIX Y DE MAMA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la realización de intervenciones dirigidas a la promoción de la salud y prevención del cáncer de cérvix y de mama, en dos oportunidades.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX:** |  |  |  |  |
| 1. Desarrolla las actividades de promoción de la salud incluyendo información educativa relacionada con la prevención del cáncer de cérvix. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la identificación de factores de riesgo del cáncer de cérvix considerando la pobreza, promiscuidad sexual, inicio temprano de relaciones sexuales e infecciones por papiloma virus. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de atender a la usuaria. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen ginecológico tomando en cuenta la observación de presencia de lesiones a nivel del cérvix. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la toma de Papanicolaou (PAP), la extensión y la fijación de la secreción~~.~~ |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen colposcópico y la toma de biopsia. |  |  |  |  |
| 1. Informa a la usuaria los resultados del examen incluyendo la verificación de la comprensión de: los resultados de su evaluación, las medidas preventivas sobre ITS y los hábitos que reducen los riesgos. |  |  |  |  |
| 1. De ser necesaria, realiza la referencia de la mujer a la instancia pertinente. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la H.C. |  |  |  |  |
| **DURANTE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA:** |  |  |  |  |
| 1. Desarrolla las actividades de promoción de la salud incluyendo información educativa relacionada con la prevención del cáncer de mama. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la identificación de factores de riesgo del cáncer de mama incluyendo los factores hereditarios, endócrinos, gestaciones, radioterapia, tumores malignos, cáncer de mama previo, edad, obesidad y hábitos nocivos. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de atender a la usuaria. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen de mamas, previa autorización de la mujer y orientándola para la realización del auto examen. |  |  |  |  |
| 1. Informa a la usuaria incluyendo la verificación de la comprensión de: los resultados de su evaluación y los hábitos que reducen los riesgos. |  |  |  |  |
| 1. De ser necesaria, realiza la referencia de la mujer a la instancia pertinente. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la H.C. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR LOS PRODUCTOS ELABORADOS POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **H.C. CON EL REGISTRO DEL EXAMEN DE MAMAS Y EXAMEN GINECOLÓGICO PARA PREVENCIÓN DEL CÁNCER** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise los siguientes documentos elaborados por el Médico residente:**

* **Dos H.C. con exámenes de mamas para prevención del cáncer.**
* **Dos H.C. con exámenes ginecológico para prevención del cáncer de cérvix.**

1. Aplique la lista de cotejo a cada producto.
2. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
3. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
4. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
5. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
6. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
7. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL EXAMEN DE MAMA A LA MUJER:** |  |  |  |  |
| 1. La orientación/consejería realizada con respecto a la prevención del cáncer de mama. |  |  |  |  |
| 1. La identificación de los factores de riesgo del cáncer de mama en la mujer atendida |  |  |  |  |
| 1. El reporte del examen de mamas, explicitando la obtención de la autorización de la mujer |  |  |  |  |
| 1. La orientación realizada con relación al auto examen. |  |  |  |  |
| 1. La solicitud de los estudios complementarios y procedimientos invasivos realizados. |  |  |  |  |
| 1. El reporte de los hallazgos del examen en general, incluyendo el análisis de los factores de riesgo y resultados de mamografía, ecografía, y biopsia de lesión sospechosa |  |  |  |  |
| 1. La referencia de la mujer a la instancia pertinente si corresponde. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL EXAMEN GINECOLÓGICO A LA MUJER:** |  |  |  |  |
| 1. La orientación/consejería realizada con respecto a la prevención del cáncer de cérvix. |  |  |  |  |
| 1. La identificación de los factores de riesgo del cáncer cérvix. |  |  |  |  |
| 1. El reporte del examen ginecológico tomando en cuenta la observación de presencia de lesiones a nivel del cérvix. |  |  |  |  |
| 1. El reporte de la toma de Papanicolaou (PAP), la extensión y la fijación de la secreción. |  |  |  |  |
| 1. El reporte del examen colposcópico y la toma de biopsia dirigida. |  |  |  |  |
| 1. La información a la usuaria sobre las medidas preventivas sobre ITS y hábitos que reducen los riesgos. |  |  |  |  |
| 1. La referencia de la mujer a la instancia pertinente si corresponde. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 3** | |
| **COMPETENCIA.** | 3. Atender a la mujer en la etapa del climaterio y menopausia, **de acuerdo a las Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva vigentes.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 3.1 Realizar acciones de promoción de la salud de la mujer, en la etapa del climaterio y menopausia |
| 3.2 Realizar la evaluación clínica y detectar factores de riesgo, en la mujer en la etapa de climaterio y menopausia |
| 3.3 Aplicar la terapia pertinente a las mujeres en la etapa de climaterio y menopausia. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE  DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención a dos mujeres en la etapa de climaterio y menopausia**.
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 1. Realiza actividades de promoción de la salud tales como: hábitos para reducir efectos de osteoporosis y ateroesclerosis, ingesta adecuada de alimentos, ejercicios y supresión de hábitos nocivos. |  |  |  |  |
| 1. Orienta a la mujer considerando los cambios que experimentará en este periodo. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación considerando los factores de riesgo: diabetes, dislipidemia, hipertensión arterial, multiparidad y nutrición |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de atender a la usuaria |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación integral considerando el descarte de neoplasias como la de cérvix, mama, ovarios y otros. |  |  |  |  |
| 1. Identifica la intensidad del síndrome climatérico aplicando la Escala de Greene. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes auxiliares requeridos, incluyendo el perfil hormonal. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe la terapia considerando los resultados de la evaluación clínica, resultados de los exámenes auxiliares y enfermedades concomitantes |  |  |  |  |
| 1. Aplica la terapia hormonal de reemplazo de manera personalizada |  |  |  |  |
| 1. Prescribe la terapia incluyendo apoyo nutricional y actividad física |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la H.C. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR LOS PRODUCTOS ELABORADOS POR EL MÉDICO RESIDENTE**  **H.C. CON EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise los siguientes documentos elaborados por el Médico residente**:

* **Dos H.C. con el registro de la evaluación y terapia de la mujer en el climaterio.**

1. Aplique la lista de cotejo a cada producto.
2. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
3. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
4. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
5. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
6. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
7. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA EVALUACIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO:** |  |  |  |  |
| 1. Las actividades dirigidas a la orientación/consejería realizada a la mujer considerando los cambios que experimentará en este periodo. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de la evaluación integral considerando los factores de riesgo como diabetes, dislipidemia, hipertensión arterial, multiparidad y nutrición |  |  |  |  |
| 1. El descarte de neoplasias como la de cérvix, mama, ovarios y otros |  |  |  |  |
| 1. La intensidad del síndrome climatérico aplicando la Escala de Greene. |  |  |  |  |
| 1. La solicitud de los exámenes auxiliares incluyendo el perfil hormonal |  |  |  |  |
| 1. Las recomendaciones ofrecidas a la mujer con respecto a: hábitos para reducir efectos de osteoporosis y ateroesclerosis, ingesta adecuada de alimentos, actividad física y supresión de hábitos nocivos. |  |  |  |  |
| 1. Las recomendaciones u orientaciones ofrecidas a la mujer considerando los cambios que experimentará en este periodo. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA TERAPIA A LA MUJER EN EL CLIMATERIO:** |  |  |  |  |
| 1. La prescripción de la terapia considerando: resultados de la evaluación clínica, resultados de los exámenes auxiliares y enfermedades concomitantes |  |  |  |  |
| 1. La terapia hormonal de reemplazo aplicada |  |  |  |  |
| 1. La prescripción de la terapia incluyendo el apoyo nutricional y actividad física |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 4** | |
| **COMPETENCIA.** | 4. Atender a la mujer con problemas menstruales relacionados con el sangrado anormal **de acuerdo a las Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva vigentes.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 4.1 Evaluar a la mujer con problemas menstruales. |
| 4.2 Tratar a la mujer con problemas menstruales. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER CON PROBLEMAS MENSTRUALES RELACIONADOS CON EL SANGRADO ANORMAL** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención a dos mujeres con problemas menstruales relacionados con el sangrado anormal**.
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE LA EVALUACIÓN A LA MUJER CON PROBLEMAS MENSTRUALES RELACIONADOS CON EL SANGRADO ANORMAL** |  |  |  |  |
| 1. Saluda amablemente a la usuaria llamándola por su nombre e identificándose. |  |  |  |  |
| 1. Define el dato de fecha de última menstruación (FUR), |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación general y ginecológica completa considerando: factores de riesgo, edad, síntomas asociados, relaciones sexuales y descartando fiebre, palidez, hipovolemia y embarazo. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de atender a la usuaria. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen físico incluyendo evaluación del abdomen, examen con espéculo y tacto vaginal.. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes auxiliares: exámenes de laboratorio de evaluación general, perfil de coagulación, hormonales, estudios por imágenes y biopsia endometrial. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico considerando los resultados de la evaluación clínica general y ginecológica, y los estudios de laboratorio e imágenes y biopsia endometrial. |  |  |  |  |
| 1. Informa a la usuaria incluyendo el resultado de la evaluación, plan de tratamiento y próxima consulta. |  |  |  |  |
| 1. Registra la evaluación en la historia clínica. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO A LA MUJER CON PROBLEMAS MENSTRUALES RELACIONADOS CON EL SANGRADO ANORMAL** |  |  |  |  |
| 1. Realiza las indicaciones generales. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe el tratamiento considerando el diagnóstico relacionado con el problema menstrual. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la terapia hormonal, el AMEU o el legrado uterino y remite las muestras para estudio anátomopatológico. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el manejo hemodinámico de la hipovolemia. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la historia clínica. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR LOS PRODUCTOS ELABORADOS POR EL MÉDICO RESIDENTE**  **H.C. CON EL REGISTRO DE LA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO A LA MUJER CON PROBLEMAS MENSTRUALES RELACIONADOS CON EL SANGRADO ANORMAL** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise los siguientes documentos elaborados por el Médico residente:**

* **Dos H.C. con el registro de la evaluación y tratamiento a la mujer con problemas menstruales relacionados con el sangrado anormal.**

1. Aplique la lista de cotejo a cada producto.
2. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
3. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
4. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
5. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
6. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
7. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2.** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA EVALUACIÓN A LA MUJER CON PROBLEMAS MENSTRUALES RELACIONADOS CON EL SANGRADO ANORMAL:** |  |  |  |  |
| 1. La fecha de última menstruación (FUR), |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de la evaluación general y ginecológica completa considerando: factores de riesgo, edad, síntomas asociados, relaciones sexuales y descartando fiebre, palidez, hipovolemia y embarazo. |  |  |  |  |
| 1. El reporte del examen físico incluyendo: evaluación del abdomen, examen con espéculo y tacto vaginal. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de exámenes auxiliares: exámenes de laboratorio, de evaluación general, perfil de coagulación, hormonales, de imágenes y biopsia endometrial. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, considerando los resultados de la evaluación clínica general y ginecológica, y los estudios de laboratorio e imágenes y biopsia endometrial. |  |  |  |  |
| 1. Las orientaciones ofrecidas a la usuaria incluyendo el resultado de la evaluación, plan de tratamiento y próxima consulta. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL REGISTRO DEL TRATAMIENTO A LA MUJER CON PROBLEMAS MENSTRUALES RELACIONADOS CON EL SANGRADO ANORMAL:** |  |  |  |  |
| 1. El reporte de las indicaciones generales. |  |  |  |  |
| 1. El tratamiento prescrito considerando el diagnóstico relacionado con el problema menstrual. |  |  |  |  |
| 1. La terapia hormonal indicada y el AMEU o el legrado uterino realizado. |  |  |  |  |
| 1. El reporte del envío de las muestras para estudio anátomopatológico. |  |  |  |  |
| 1. El manejo hemodinámico de la hipovolemia, si corresponde |  |  |  |  |
| 1. El reporte de la referencia o contrarreferencia según corresponda- |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 5** | |
| **COMPETENCIA.** | 5. Atender a la mujer con hemorragia uterina disfuncional (HUD) **de acuerdo a las Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva vigente.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | * 1. Evaluar a la mujer, con hemorragia uterina disfuncional (HUD). |
| * 1. Tratar a la mujer, con hemorragia uterina disfuncional (HUD. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER CON HUD** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención a dos mujeres con HUD.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE LA EVALUACIÓN A LA MUJER CON HUD:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda amablemente a la usuaria llamándola por su nombre e identificándose. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación general y ginecológica completa, considerando: tipo de sangrado, factores de riesgo y uso de anticonceptivos hormonales. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de atender a la usuaria. |  |  |  |  |
| 1. Realiza examen físico general y ginecológico. |  |  |  |  |
| 1. Solicita exámenes auxiliares incluyendo: de laboratorio, hormonales (FSH, LH, TSH, T3, T4, PRL, Estradiol, Progesterona), de imágenes y biopsia endometrial. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico de descarte de causa orgánica considerando el examen clínico y estudios auxiliares. |  |  |  |  |
| 1. Registra la evaluación en la H.C. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO A LA MUJER CON HUD:** |  |  |  |  |
| 1. Indica el tratamiento de acuerdo al diagnóstico y tipo de sangrado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el tratamiento de los factores asociados.. |  |  |  |  |
| 1. Incluye el tratamiento la terapia hormonal cuando el caso lo requiere. |  |  |  |  |
| 1. Registra el tratamiento en la H.C. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia según corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR LOS PRODUCTOS ELABORADOS POR EL MÉDICO RESIDENTE**  **H.C. CON EL REGISTRO DE LA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO A LA MUJER CON HUD** | | | | | |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise los siguientes documentos elaborados por el Médico residente:**

* **Dos H.C. con el registro de la evaluación y tratamiento a la mujer con HUD.**

1. Aplique la lista de cotejo a cada producto.
2. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
3. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
4. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
5. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
6. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
7. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA EVALUACIÓN A LA MUJER CON HUD:** |  |  |  |  |
| 1. El reporte de la evaluación general completa. |  |  |  |  |
| 1. El reporte de la evaluación ginecológica completa, considerando: Tipo de sangrado, factores de riesgo y uso de anticonceptivos hormonales. |  |  |  |  |
| 1. El reporte de examen físico. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de los exámenes auxiliares incluyendo: de laboratorio, hormonales (FSH, LH, TSH, T3, T4, PRL, Estradiol, Progesterona), de imágenes y biopsia endometrial. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico del descarte de causa orgánica considerando el examen clínico y estudios auxiliares. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL TRATAMIENTO A LA MUJER CON HUD:** |  |  |  |  |
| 1. El tratamiento de acuerdo al diagnóstico y tipo de sangrado. |  |  |  |  |
| 1. El tratamiento de los factores asociados. |  |  |  |  |
| 1. La terapia hormonal cuando el caso lo requiere. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia según corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 6** | |
| **COMPETENCIA.** | 6. Atender a la mujer afectada por la Violencia Basada en Género (VBG), **de acuerdo a las Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva vigentes.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 6.1 Evaluar a la mujer afectada por la violencia basada en género. |
| 6.2 Tratar a la mujer afectada por la violencia basada en género. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER AFECTADA POR LA VBG** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención a dos mujeres afectadas por cada tipo de VBG: Violencia física, psicológica, económica y sexual.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE LA EVALUACIÓN A LA MUJER AFECTADA POR LA VBG:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda amablemente a la usuaria llamándola por su nombre e identificándose. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la entrevista a la usuaria en un ambiente privado y exclusivo. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la identificación del caso de VBG, tomando en cuenta la forma de acceso de la usuaria al servicio. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de atender a la usuaria. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación clínica de la mujer de manera integral, identificando las lesiones físicas y problemas emocionales, y sociales, según sea el caso. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico de acuerdo a los resultados de la evaluación clínica. |  |  |  |  |
| 1. Toma las muestras necesarias para la identificación del agresor (**en los casos de violencia sexual**). |  |  |  |  |
| 1. Realiza la solicitud de los exámenes de laboratorio pertinentes, incluyendo: pruebas para descarte de ITS y test de embarazo. |  |  |  |  |
| 1. Orienta para la denuncia pertinente. |  |  |  |  |
| 1. Recomienda el retorno de la usuaria para seguimiento. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Registra la evaluación en la historia clínica. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO A LA MUJER AFECTADA POR LA VBG:** |  |  |  |  |
| 1. Prescribe el tratamiento según el diagnóstico de la VBG. |  |  |  |  |
| 1. Incluye en la terapia el apoyo emocional, la consejería y orientaciones para elevar la autoestima. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la orientación e indicación de AOE en los casos pertinentes. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la indicación de protección contra infecciones de transmisión sexual (ITSs). |  |  |  |  |
| 1. Realiza la indicación de la profilaxis contra VIH. |  |  |  |  |
| 1. Incluye en las alternativas planteadas y en el plan de emergencia, a sus hijos según sea el caso. |  |  |  |  |
| 1. Alienta a la usuaria para su retorno al servicio. |  |  |  |  |
| 1. Informa a la usuaria acerca de la instituciones de apoyo a la mujer (DEMUNA e instituciones de protección de la mujer). |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia de la usuaria cuando el caso lo amerita. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la historia clínica. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR LOS PRODUCTOS ELABORADOS POR EL MÉDICO RESIDENTE**  **H.C. CON EL REGISTRO DE LA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO A LA MUJER AFECTADA POR LA VBG** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise los siguientes documentos elaborados por el Médico residente:**

* **Dos HC con el registro de la evaluación tratamiento y a la mujer afectada por la VBG por cada tipo de VBG: Violencia física, psicológica, económica y sexual.**

1. Aplique la lista de cotejo a cada producto.
2. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
3. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
4. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
5. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
6. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
7. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA EVALUACIÓN A LA MUJER AFECTADA POR LA VBG:** |  |  |  |  |
| 1. La identificación del caso de VBG tomando en cuenta la forma de acceso de la usuaria al servicio. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de la evaluación clínica de la mujer de manera integral, identificando las lesiones físicas y problemas emocionales, y sociales según sea el caso. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico de acuerdo a los resultados de la evaluación clínica. |  |  |  |  |
| 1. La toma las muestras necesarias para la Identificación del agresor (**en los casos de violencia sexual**). |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de los exámenes de laboratorio pertinentes, incluyendo test de embarazo. |  |  |  |  |
| 1. La orientación acerca de la denuncia que debe realizar. |  |  |  |  |
| 1. La orientación realizada para el retorno de la usuaria al establecimiento de salud. |  |  |  |  |
| 1. La referencia de la usuaria según corresponda. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL TRATAMIENTO A LA MUJER AFECTADA POR LA VBG:** |  |  |  |  |
| 1. El tratamiento prescrito según el diagnóstico de la VBG. |  |  |  |  |
| 1. La terapia el apoyo emocional, la consejería y acciones para elevar la autoestima. |  |  |  |  |
| 1. La orientación e indicación de AOE en los casos pertinentes. |  |  |  |  |
| 1. La terapia contra infecciones de transmisión sexual, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. La indicación de profilaxis contra VIH. |  |  |  |  |
| 1. La inclusión a los hijos de la usuaria, en las alternativas planteadas y en el plan de emergencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. La recomendación a la usuaria para su retorno al servicio. |  |  |  |  |
| 1. La información a la usuaria acerca de las instituciones de apoyo a la mujer (DEMUNA e instituciones de protección de la mujer). |  |  |  |  |
| 1. La referencia de la usuaria según corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 7** | |
| **COMPETENCIA.** | 7. Atender a la mujer gestante**, de acuerdo a las Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva vigentes.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 7.1 Evaluar a la mujer gestante. |
| 7.2 Orientar y dar tratamiento a la gestante, coherente con los problemas identificados. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN LA ATENCIÓN A LA GESTANTE.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la evaluación, orientación y tratamiento a dos gestantes**.
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 1. Saluda amablemente a la usuaria identificándose y llamándola por su nombre. |  |  |  |  |
| 1. Pregunta a la gestante sobre los signos y síntomas de alarma. |  |  |  |  |
| 1. Pregunta por los datos de filiación. |  |  |  |  |
| 1. Pregunta por peso habitual, antecedentes personales, familiares, obstétricos y patológicos. |  |  |  |  |
| 1. Pregunta por hábitos nocivos y explica su repercusión en el embarazo. |  |  |  |  |
| 1. Pregunta por la fecha de última menstruación (FUR), usa el gestograma para cálculo de edad gestacional y especifica la fecha probable del parto. |  |  |  |  |
| 1. Evalúa actividad física (laboral) y relaciones sexuales. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el control de funciones vitales. |  |  |  |  |
| 1. Verifica el peso y talla de la gestante. |  |  |  |  |
| 1. Explica los procedimientos que va realizar en el examen físico y ayuda a la gestante a situarse en la camilla. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes de examinar a la gestante. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen físico de cabeza y cuello. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen físico pulmonar. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen físico cardiovascular. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen físico de mama. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen abdominal. |  |  |  |  |
| 1. Realiza examen obstétrico: mide la altura uterina con cinta obstétrica, realiza maniobra de Leopold, ausculta latidos fetales y evalúa movimientos fetales. |  |  |  |  |
| 1. Explica a la usuaria que debe realizar un examen ginecológico, que consiste en la evaluación pélvica (pelvimetría) y/o especuloscopía de ser necesario y lo realiza. |  |  |  |  |
| 1. Explica a la usuaria cómo se va a realizar el PAP y lo realiza. |  |  |  |  |
| 1. Realiza examen de miembros inferiores: determina la presencia de edemas y evalúa reflejos osteotendinosos (ROT). |  |  |  |  |
| 1. Lava sus manos después de examinar a la gestante. |  |  |  |  |
| 1. Explica a la gestante cómo se encuentra su gestación, ganancia de peso, aumento de la altura uterina y presión arterial. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes auxiliares pertinentes de acuerdo a la evaluación. |  |  |  |  |
| 1. Informa a la gestante cuál es su diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Grafica el incremento de peso, la altura uterina por edad gestacional en el carné perinatal y en la historia perinatal. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el plan de parto, previa explicación de su importancia. |  |  |  |  |
| 1. Aplica la ficha de tamizaje de violencia familiar previa explicación de su importancia. |  |  |  |  |
| 1. Receta a la gestante según los hallazgos encontrados en la evaluación clínica. |  |  |  |  |
| 1. Indica alimentación balanceada, suplemento de hierro, ácido fólico, calcio y vacuna antitetánica si corresponde. |  |  |  |  |
| 1. Escucha con atención y da respuesta a las preguntas o inquietudes de la gestante. |  |  |  |  |
| 1. Usa algún material escrito o con figuras para apoyar las indicaciones o información dada. |  |  |  |  |
| 1. Hace preguntas para asegurarse que la gestante entiende las indicaciones más importantes. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en el HIS. |  |  |  |  |
| 1. Registra en la HC los hallazgos y provee a la paciente el carné perinatal con los datos de la atención. |  |  |  |  |
| 1. Señala, en acuerdo con la gestante, la fecha de la próxima cita. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR LOS PRODUCTOS ELABORADOS POR EL MÉDICO RESIDENTE**  **HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - FICHAS DE TAMIZAJE y PLAN DE PARTO** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise los siguientes documentos elaborados por el Médico residente:**
   * **Dos HC Perinatales que incluyan el plan de parto y la ficha de tamizaje**.
2. Aplique la lista de cotejo a cada producto.
3. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA EVALUACIÓN, ORIENTACIÓN Y TRATAMIENTO A LA GESTANTE:** |  |  |  |  |
| 1. La filiación. |  |  |  |  |
| 1. Los antecedentes. |  |  |  |  |
| 1. El peso habitual (peso que la gestante tenía antes de iniciar la gestación, de preferencia en los tres meses previos a la gestación). |  |  |  |  |
| 1. La fecha de la última regla FUR. |  |  |  |  |
| 1. La fecha probable del parto. FPP. |  |  |  |  |
| 1. El peso actual de la paciente. |  |  |  |  |
| 1. La talla de la paciente. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de los análisis solicitados (RPR, Hb). |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de prueba de ELISA VIH, previa consejería y autorización de la gestante. |  |  |  |  |
| 1. El examen clínico, odontológico, del cérvix y de la pelvis. |  |  |  |  |
| 1. El examen de mamas. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados del PAP. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de glucosa y orina. |  |  |  |  |
| 1. Las pruebas especiales opcionales (colposcopía, BK en esputo, TORCH). |  |  |  |  |
| 1. Los hallazgos de la evaluación clínica (pulso, presión, temperatura, altura uterina, presentación, latidos y movimientos fetales). |  |  |  |  |
| 1. La consejería brindada. |  |  |  |  |
| 1. La próxima cita. |  |  |  |  |
| 1. El /la responsable del control. |  |  |  |  |
| 1. Las patologías maternas (CIE 10). |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de la DIRESA, establecimiento, fecha y servicio. |  |  |  |  |
| 1. El nombre y apellido de la gestante, edad, sexo y dirección. |  |  |  |  |
| 1. Las respuestas a las preguntas de maltrato físico, psicológico y sexual. |  |  |  |  |
| 1. Los hallazgos físicos de la evaluación clínica. |  |  |  |  |
| 1. Los hallazgos psicológicos de la evaluación clínica. |  |  |  |  |
| 1. Los hallazgos sexuales de la evaluación clínica. |  |  |  |  |
| 1. Los hallazgos de negligencia de la evaluación clínica en pacientes referidas. |  |  |  |  |
| 1. La firma y sello del evaluador. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia de la gestante, según corresponda. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL PLAN DE PARTO:** |  |  |  |  |
| * 1. Los datos de la gestante, dirección, FUR, FPP, hematocrito y grupo sanguíneo. |  |  |  |  |
| * 1. Los datos del establecimiento, red, micro red y teléfono. |  |  |  |  |
| * 1. Los datos correspondientes a la primera consulta. |  |  |  |  |
| * 1. Los datos correspondientes a la segunda consulta. |  |  |  |  |
| * 1. Los datos correspondientes a la tercera consulta. |  |  |  |  |
| * 1. La firma de la gestante, pareja y médico evaluador en cada una de las citas. |  |  |  |  |
| * 1. Los materiales necesarios de acuerdo a la vía del parto de la paciente. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 8** | |
| **COMPETENCIA.** | 8. Atender a la mujer en el parto y en el puerperio inmediato normal, **de acuerdo a las Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva vigentes.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 8.1 Realizar la atención a la mujer en el parto normal. |
| 8.2 Realizar la atención a la mujer en el puerperio inmediato normal. |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN LA ATENCIÓN DEL PARTO Y EL PUERPERIO INMEDIATO NORMAL** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención a dos mujeres en parto y el puerperio inmediato normal**.
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 1. Saluda amablemente, llamando a la gestante por su nombre y pregunta el motivo de consulta. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el control de las funciones vitales, examen físico general, evalúa cicatrices en abdomen. |  |  |  |  |
| 1. Descarta signos de emergencia obstétrica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación obstétrica (maniobras de Leopold, LCF, movimientos fetales, AU, dinámica uterina, tacto vaginal) e inspecciona la zona perineal. |  |  |  |  |
| 1. Identifica los síntomas y signos de alarma, confirma y registra el periodo de trabajo de parto de la gestante. |  |  |  |  |
| 1. Explica amablemente al acompañante el momento del proceso en el que se encuentra la gestante y le da las orientaciones para que colabore. |  |  |  |  |
| 1. Brinda las comodidades para la atención del parto, respetando las costumbres del lugar. Promueve la participación del acompañante. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de laboratorio pertinentes, en caso de complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. Realiza maniobras de limpieza de manos y utiliza barreras de protección de bioseguridad. |  |  |  |  |
| 1. Monitorea periódicamente y registra en el partograma la evolución de la dinámica uterina y perfil fetal. |  |  |  |  |
| 1. Identifica y valora las características del líquido amniótico. |  |  |  |  |
| 1. Verifica la posición más apropiada para la parturienta. |  |  |  |  |
| 1. Prepara los medicamentos e instrumental que va utilizar o lo indica al personal de apoyo. |  |  |  |  |
| 1. Controla la dinámica uterina, progreso de la presentación y frecuencia cardíaca fetal: Partograma con curva de alerta. |  |  |  |  |
| 1. Identifica el periodo expulsivo, refuerza el modo de respirar, pujar y jadear. |  |  |  |  |
| 1. Realiza asepsia y antisepsia de la región vulvoperineal y coloca campos estériles. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la extracción del recién nacido (RN). |  |  |  |  |
| 1. Protege el periné, realiza la episiotomía cuando corresponda y evita la salida brusca del polo cefálico. |  |  |  |  |
| 1. Coloca al RN en el abdomen de la madre o en la mesa de mayo, realiza el clampaje del cordón e informa el sexo del RN y lo entrega al pediatra. |  |  |  |  |
| 1. Realiza manejo activo del alumbramiento: Aplica 10 UI Oxitocina IM, Tracción controlada del cordón umbilical, Masaje uterino externo a la salida de la placenta. |  |  |  |  |
| 1. Revisa el canal de parto, verificando la existencia de desgarros. |  |  |  |  |
| 1. Evalúa las características de la placenta. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la reparación de desgarros o de la episiotomía, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Registra en el partograma y en la Historia perinatal los datos del nacimiento y del RN. |  |  |  |  |
| 1. Realiza identificación palmatoscópica del RN y huella digital de la madre. |  |  |  |  |
| 1. Identifica factores asociados, si presenta hemorragia postparto. |  |  |  |  |
| 1. Controla la presión arterial y pulso, evalua la cantidad de sangrado, altura uterina y contracción uterina. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los controles de funciones vitales, tono uterino y sangrado vaginal. |  |  |  |  |
| 1. En hospitalización, impulsa la deambulación precoz y la consejería en lactancia materna, planificación familiar y signos de alerta de la madre y del RN. |  |  |  |  |
| 1. Indica la alimentación completa, inmediatamente después del parto. |  |  |  |  |
| 1. Al alta, informa sobre los cuidados, higiene, vida sexual, signos de alarma, da orientación/ consejería y suministra anticoncepción. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLÍNICA CON REPORTE DE ATENCIÓN DEL PARTO Y EL PUERPERIO INMEDIATO NORMAL** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise los siguientes documentos elaborados por el Médico residente:**
   * **Dos HC con reportes de atención del parto y puerperio.**
2. Aplique la lista de cotejo a cada producto.
3. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA MATERNO PERINATAL REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de filiación. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis, antecedentes personales, familiares y obstétricos, examen clínico general y gineco-obstétrico. |  |  |  |  |
| 1. Los datos de ingreso a sala de partos: Fecha y hora, temperatura, funciones vitales, edad gestacional, presentación y ponderado fetal, pelvimetría, integridad de membranas y líquido amniótico. |  |  |  |  |
| 1. La medicación en el parto. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de exámenes auxiliares solicitados. |  |  |  |  |
| 1. La terminación del parto: fecha y hora, terminación, duración, muerte intrauterina, episiotomía, desgarros, alumbramiento, placenta. |  |  |  |  |
| 1. Las medidas de bioseguridad ejecutadas. |  |  |  |  |
| 1. Fecha de egreso de la madre. |  |  |  |  |
| 1. Las condiciones e indicaciones al alta y la epicrisis. |  |  |  |  |
| 1. La historia clínica materno perinatal registra firma y sello del médico responsable. |  |  |  |  |
| 1. El partograma con la evolución de los diferentes periodos del parto, LCF, movimientos fetales. |  |  |  |  |
| 1. La evolución de la altura uterina, volumen de loquios, estado de hidratación, signos vitales en forma periódica. |  |  |  |  |
| 1. La medicación durante el puerperio. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No.9** | |
| **COMPETENCIA.** | 9. Atender a la puérpera en periodo mediato y tardío normal, **de acuerdo a las Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva vigentes.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 9.1 Realizar la atención a la mujer en el puerperio mediato normal. |
| 9.2 Realizar la atención a la mujer en el puerperio tardío normal. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN LA ATENCIÓN A LA MUJER EN EL PUERPERIO MEDIATO Y TARDÍO NORMAL** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención a la mujer en el puerperio mediato y tardío normal.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial con la puérpera buscando establecer empatía. |  |  |  |  |
| 1. Pregunta sobre los signos y síntomas de alarma : |  | | | |
| 1. Fiebre. |  |  |  |  |
| 1. Sangrado vaginal. |  |  |  |  |
| 1. Dolor perineal. |  |  |  |  |
| 1. Dolor en herida operatoria. |  |  |  |  |
| 1. Congestión mamaria. |  |  |  |  |
| 1. Revisa datos del parto e indaga por datos adicionales en relación a la atención del parto y puerperio mediato: |  | | | |
| 1. Complicaciones en la atención del parto. |  |  |  |  |
| 1. Motivo de la cesárea, si corresponde. |  |  |  |  |
| 1. Momento de entrega del recién nacido. |  |  |  |  |
| 1. Consejería en planificación familiar, lactancia materna, inmunizaciones. |  |  |  |  |
| 1. Indicaciones al alta. |  |  |  |  |
| 4. Realiza el control de las funciones vitales. |  |  |  |  |
| 5. Pesa a la puérpera. |  |  |  |  |
| 6. Explica los procedimientos que va realizar en el examen físico. |  |  |  |  |
| 7. Se lava las manos antes de examinar a la puérpera. |  |  |  |  |
| 8. Realiza el examen físico general y evalúa herida operatoria de cesárea, si la hubiera. |  |  |  |  |
| 9. Realiza el examen físico de las mamas. |  |  |  |  |
| 10. Mide la altura uterina con cinta obstétrica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación del periné, evalúa evolución de las suturas de episiotomía o desgarros si los hubiera. |  |  |  |  |
| 1. En caso de ser necesario explica a la paciente que debe realizar un examen ginecológico y/o especuloscopía. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen de los miembros inferiores en busca de signos de trombosis. En pre eclámpticas, la evolución de los edemas. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos después de examinar a la puérpera. |  |  |  |  |
| 1. Ejecuta la consejería post parto para la opción de algún método anticonceptivo. |  |  |  |  |
| 1. Brinda información sobre lactancia materna, inmunizaciones del recién nacido, ITS-VIH, deambulación precoz, nutrición y signos de alarma. |  |  |  |  |
| 1. Verifica el llenado de la ficha de tamizaje de violencia familiar, si corresponde e indaga si hay cambios. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes auxiliares pertinentes, de acuerdo a la evaluación. |  |  |  |  |
| 1. Indica a la puérpera cuál es su diagnóstico y la fecha de su próximo control. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe a la puérpera, según los hallazgos encontrados en la evaluación. |  |  |  |  |
| 1. Registra en la historia clínica los hallazgos de la evaluación del puerperio y el tratamiento indicado. |  |  |  |  |
| 1. Escucha con atención y da respuesta a las preguntas o inquietudes de la puérpera. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE: HISTORIA CLÍNICA CON REPORTE DE LA ATENCIÓN A LA MUJER EN EL PUERPERIO MEDIATO Y TARDÍO NORMAL** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise los siguientes documentos elaborados por el Médico residente:**

* **Dos HC con reporte de atención a la mujer en el puerperio mediato y tardío normal.**

1. Aplique la lista de cotejo a cada producto.
2. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
3. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
4. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
5. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
6. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
7. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| 1. Todos los datos de filiación. |  |  |  |  |
| 1. Todos los datos del parto y sus complicaciones, si las hubiere. |  |  |  |  |
| 1. El peso de la paciente. |  |  |  |  |
| 1. Los signos vitales de la paciente. |  |  |  |  |
| 1. El examen físico general y de la herida operatoria, si la hubiere. |  |  |  |  |
| 1. El examen físico de las mamas. |  |  |  |  |
| 1. La altura uterina. |  |  |  |  |
| 1. La evaluación del periné y de las suturas. |  |  |  |  |
| 1. La presencia o no de edemas o de trombosis venosa. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, con CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones y exámenes solicitados. |  |  |  |  |
| 1. La consejería post parto (incluye PF), |  |  |  |  |
| 1. La fecha de la próxima cita. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 10** | |
| **COMPETENCIA.** | 10. Atender a la mujer con hemorragia genital durante el embarazo, parto y puerperio, **de acuerdo a las Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas vigentes.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 10.1 Realizar la atención a la mujer con hemorragia en la primera mitad del embarazo. |
| 10.2 Realizar la atención a la mujer con hemorragia en la segunda mitad del embarazo. |
| 10.3 Realizar la atención a la mujer con hemorragia intra parto. |
| 10.4 Realizar la atención a la mujer con hemorragia post parto. |
| 10.5 Realizar la atención a la mujer con shock hipovolémico obstétrico. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |
|  | | |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN LA ATENCIÓN A LA MUJER CON HEMORRAGIA GENITAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.** | | |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención a la mujer con hemorragia: en** **la primera y segunda mitad de embarazo, intra parto, post parto y shock hipovolémico (dos observaciones por cada patología).**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial buscando establecer empatía. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de atender a la usuaria. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe las medidas generales de la hemorragia genital priorizando la permeabilidad de la vía aérea y de la vía endovenosa (cloruro de sodio u otras soluciones) de acuerdo al caso. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el control y monitoreo de las funciones vitales. |  |  |  |  |
| 1. Controla y monitorea los latidos fetales (en el caso de gestantes). |  |  |  |  |
| 1. Pregunta sobre los signos y síntomas de alarma: fiebre, sangrado vaginal, dolor abdominal (según corresponda). |  |  |  |  |
| 1. Evalúa la severidad de la hemorragia según los parámetros del Colegio Americano de Cirujanos. |  |  |  |  |
| 1. Monitorea el sangrado genital. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen obstétrico según los estándares establecidos por el MINSA, incluyendo especuloscopía y tacto vaginal. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes auxiliares pertinentes de acuerdo a la evaluación (de patología clínica y de imágenes). |  |  |  |  |
| 1. Determina la causa de la hemorragia. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico de la hemorragia con CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe la terapéutica de acuerdo al tipo y severidad de la hemorragia y para el caso de shock hipovolémico. |  |  |  |  |
| 1. Ejecuta procedimientos terapéuticos relacionados con la causa de la hemorragia, según sea el caso. |  |  |  |  |
| 1. Controla la evolución de la usuaria. |  |  |  |  |
| 1. Identifica o verifica la ausencia de complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la orientación y consejería en planificación familiar, antes del alta. |  |  |  |  |
| 1. Solicita interconsultas o la referencia oportuna, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Explica el estado de salud a la usuaria y su familia y programa la cita para el próximo control. |  |  |  |  |
| 1. Registra en la HC toda la atención realizada en emergencia u hospitalización, según corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLÍNICA CON EL REPORTE DE LA ATENCIÓN A LA MUJER CON HEMORRAGIA GENITAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise los siguientes documentos elaborados por el Médico residente:**

* **Dos HC con reporte de atención a la mujer con hemorragia genital en la primera mitad y segunda mitad de embarazo.**
* **Dos HC con reporte de atención a la mujer con hemorragia genital en intraparto.**
* **Dos HC con reporte de atención a la mujer con hemorragia genital en postparto.**
* **Dos HC con reporte de atención a la mujer con shock hipovolémico.**

1. Aplique la lista de cotejo a cada producto.
2. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
3. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
4. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
5. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
6. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
7. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| 1. Todos los datos de filiación. |  |  |  |  |
| 1. El peso de la paciente. |  |  |  |  |
| 1. Los signos vitales de la paciente. |  |  |  |  |
| 1. El examen físico general, obstétrico y de herida operatoria, si la hubiere. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones y exámenes solicitados. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico con CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales aplicadas. |  |  |  |  |
| 1. La terapéutica específica prescrita. |  |  |  |  |
| 1. La evolución de la paciente. |  |  |  |  |
| 1. Los signos de alarma identificados o complicaciones, si los hubiere, y su manejo. |  |  |  |  |
| 1. Estado de salud de la paciente al momento del alta. |  |  |  |  |
| 1. La próxima cita o datos de la referencia, según corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 11** | |
| **COMPETENCIA.** | 11. Atender a la mujer con trastornos hipertensivos durante el embarazo, **de acuerdo a las Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas vigentes** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 11.1 Realizar la atención a la mujer con preeclampsia |
| 11.2 Realizar la atención a la mujer con eclampsia/síndrome Hellp |
| 11.3 Realizar la atención a la mujer con hipertensión transitoria de la gestación |
| 11.4 Realizar la atención a la mujer con hipertensión crónica, durante el embarazo. |
| 11.5 Realizar la atención a la mujer con hipertensión crónica, y preeclampsia sobreagregada |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. Observe al Médico residente durante la atención a dos mujeres con cada tipo de trastorno hipertensivo durante el embarazo: **Pre eclampsia, eclampsia/ Síndrome HELLP, hipertensión transitoria de la gestación, hipertensión crónica, durante el embarazo, hipertensión crónica, y preeclampsia sobreagregada.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE LA ATENCIÓN A LA GESTANTE CON PREECLAMPSIA:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda a la usuaria y se identifica. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de la atención. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación clínica (anamnesis y examen físico) y el control fetal, de acuerdo al tipo de preeclampsia, tomando en cuenta los signos de alarma y las posibles complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes auxiliares priorizando el examen de orina, química sanguínea y los interpreta según parámetros establecidos, identificando los criterios de severidad.. |  |  |  |  |
| 1. Solicita exámenes auxiliares para el control fetal, incluyendo el test no estresante, la ecografía con perfil biofísico y la flujometría doppler. |  |  |  |  |
| 1. Obtiene la impresión diagnóstica tomando en cuenta la evaluación clínica de la mujer, el control fetal, la presencia de hipertensión, proteinuria y los resultados de los exámenes auxiliares de control fetal. |  |  |  |  |
| 1. Instala las medidas generales incluyendo el control de funciones vitales con énfasis en la presión arterial, el volumen urinario, el estado general y mental y, el control del cuadro hipertensivo. |  |  |  |  |
| 1. Indica la hospitalización si el caso lo requiere. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe el tratamiento farmacológico y no farmacológico de acuerdo al tipo de preeclampsia. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la H.C. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER GESTANTE CON ECLAMPSIA/SÍNDROME HELLP:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda a la usuaria y se identifica. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de la atención. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación clínica de la mujer (anamnesis y examen físico) tomando en cuenta PVC, diuresis horaria estricta, crisis convulsiva, otros signos de alarma y posibles complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. Solicita e interpreta exámenes auxiliares, priorizando plaquetas, TGO. TGP, LDH, función renal (creatinina, ácido úrico y sedimento de orina) y perfil de coagulación, según parámetros establecidos, identificando la severidad. |  |  |  |  |
| 1. Solicita exámenes auxiliares para el control fetal incluyendo: test no estresante, ecografía con perfil biofísico y flujometría doppler. |  |  |  |  |
| 1. Obtiene la impresión diagnóstica tomando en cuenta la evaluación clínica y los resultados de los exámenes auxiliares. |  |  |  |  |
| 1. Solicita el consentimiento informado, antes de las intervenciones. |  |  |  |  |
| 1. Asegura la permeabilidad de la vía aérea, control de la ventilación-oxigenación, permeabilidad de vía endovenosa y monitorización hemodinámica estricta. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe el tratamiento incluyendo antihipertensivos, control de las convulsiones y estabilización de la paciente. |  |  |  |  |
| 1. Detecta complicaciones de la eclampsia oportunamente, en base a la clínica y estudios complementarios. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas a las especialidades que corresponda, según severidad del cuadro clínico. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la culminación electiva del embarazo, si el caso lo requiere. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el alta. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER GESTANTE CON HIPERTENSIÓN TRANSITORIA DE LA GESTACIÓN** |  |  |  |  |
| 1. Saluda a la usuaria y se identifica. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de la atención. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación clínica completa. |  |  |  |  |
| 1. Solicita e interpreta los exámenes auxiliares según parámetros establecidos, identificando los criterios de severidad y el estado general de la paciente. |  |  |  |  |
| 1. Obtiene la impresión diagnóstica tomando en cuenta la evaluación clínica y los resultados de los estudios complementarios. |  |  |  |  |
| 1. Instala las medidas generales, correspondientes a la hipertensión transitoria de la gestación. |  |  |  |  |
| 1. Incluye en el manejo la evaluación de signos de alarma, monitoreo de la presión arterial, peso, exámenes de laboratorio y evaluación del bienestar fetal. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER GESTANTE CON HIPERTENSIÓN CRÓNICA, DURANTE EL EMBARAZO:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda a la usuaria y se identifica. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de la atención. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación clínica completa (anamnesis y examen físico). |  |  |  |  |
| 1. Solicita e interpreta los exámenes auxiliares según parámetros establecidos, identificando los criterios de severidad y el estado general de la paciente. |  |  |  |  |
| 1. Solicita exámenes auxiliares para el control fetal incluyendo: test no estresante, ecografía con perfil biofísico y flujometría doppler. |  |  |  |  |
| 1. Obtiene la impresión diagnóstica tomando en cuenta la evaluación clínica y los resultados de los estudios complementarios. |  |  |  |  |
| 1. Instala las medidas generales correspondientes a la hipertensión crónica, durante la gestación. |  |  |  |  |
| 1. Incluye en el manejo la evaluación de signos de alarma, monitoreo de la presión arterial, peso, exámenes de laboratorio y evaluación del bienestar fetal. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia, si el caso lo amerita. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER GESTANTE CON HIPERTENSIÓN CRÓNICA, Y PREECLAMPSIA SOBREAGREGADA:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda a la usuaria y se identifica. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de la atención. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación clínica completa (anamnesis y examen físico). |  |  |  |  |
| 1. Solicita e interpreta los exámenes auxiliares según parámetros establecidos, identificando los criterios de severidad y el estado general de la paciente. |  |  |  |  |
| 1. Solicita exámenes auxiliares para el control fetal incluyendo: test no estresante, ecografía con perfil biofísico y flujometría doppler. |  |  |  |  |
| 1. Obtiene la impresión diagnóstica tomando en cuenta la evaluación clínica y los resultados de los estudios complementarios. |  |  |  |  |
| 1. Instala las medidas generales correspondientes a la hipertensión crónica, y preeclampsia sobreagregada. |  |  |  |  |
| 1. Incluye en el manejo: la evaluación de signos de alarma, monitoreo de la presión arterial, peso, exámenes de laboratorio y evaluación del bienestar fetal. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas a las especialidades que corresponda y según la severidad del cuadro clínico. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR LOS PRODUCTOS ELABORADOS POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **H.C. CON EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN A LA MUJER CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise los siguientes documentos elaborados por el Médico residente:**

* **Dos HC con reporte de atención a la mujer con cada tipo de pre eclampsia**
* **Dos HC con reporte de atención a la mujer con eclampsia/Síndrome HELLP**
* **Dos HC con reporte de atención a gestantes con hipertensión transitoria**
* **Dos HC con reporte de a gestantes con hipertensión crónica, y preeclampsia sobreagregada.**

1. Aplique la lista de cotejo a cada producto.
2. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
3. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
4. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
5. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
6. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
7. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| 1. El reporte de la evaluación clínica: anamnesis y examen físico de la mujer y el control fetal, de acuerdo al tipo de trastorno hipertensivo. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares solicitados para la evaluación de la paciente y la interpretación de los mismos identificando los criterios de severidad. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares solicitados para el control fetal /pruebas de bienestar fetal, ECO, perfil biofísico y monitoreo fetal y flujometría Doppler. |  |  |  |  |
| 1. La obtención de la impresión diagnóstica tomando en cuenta la evaluación clínica de la mujer, el control fetal y los resultados de los exámenes auxiliares del control fetal. |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales instaladas según el trastorno hipertensivo. |  |  |  |  |
| 1. La hospitalización si el caso lo requiere. |  |  |  |  |
| 1. El consentimiento informado, si el caso lo amerita. |  |  |  |  |
| 1. El tratamiento farmacológico y no farmacológico prescrito de acuerdo al tipo de trastorno hipertensivo. |  |  |  |  |
| 1. La referencia según corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 12** | |
| **COMPETENCIA.** | 12. Atender a la mujer con infección o sepsis obstétrica, de acuerdo a las Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas vigentes |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 12.1 Realizar la atención a la mujer con aborto séptico. |
| 12.2 Realizar la atención a la mujer gestante con pielonefritis. |
| 12.3 Realizar la atención a la mujer con Rotura Prematura de Membranas (RPM) /corioamnionitis. |
| 12.4 Realizar la atención a la mujer con endometritis puerperal. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER CON INFECCIÓN Y SEPSIS OBSTÉTRICA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención a dos mujeres con cada tipo de infección o sepsis obstétrica: Aborto séptico, pielonefritis, RPM/ Corioamnionitis y endometritis puerperal.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER CON ABORTO SÉPTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda a la usuaria y se identifica. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de la atención. |  |  |  |  |
| 1. Aplica las medidas generales de atención a la mujer con aborto séptico priorizando: la detección de signos de Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica y factores asociados, la colocación de vía endovenosa segura y el inicio del tratamiento antibiótico.. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación clínica completa: anamnesis y examen físico. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes auxiliares. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico del tipo de aborto séptico identificando su etiología, con base en los resultados de la evaluación clínica y los exámenes auxiliares. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el manejo de la mujer con aborto séptico de acuerdo al tipo de aborto. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el tratamiento médico quirúrgico de acuerdo con el tipo de aborto. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas a las especialidades que corresponda según severidad del cuadro clínico. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la H.C. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER GESTANTE CON PIELONEFRITIS:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda a la usuaria y se identifica. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de la atención. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación clínica: anamnesis y examen físico, enfatizando el examen regional e incluyendo la puño percusión lumbar genitourinario. |  |  |  |  |
| 1. Solicita exámenes auxiliares incluyendo el análisis de orina, urocultivo, estudio ecográfico y TAC si el caso lo requiere. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico de acuerdo a la evaluación clínica, los exámenes auxiliares y los estudios complementarios. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe el tratamiento médico acorde con los hallazgos clínicos y resultados de los estudios complementarios. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la H.C. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER CON RPM / CORIOAMNIONITIS:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda a la usuaria y se identifica. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de la atención. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las medidas generales priorizando: la detección de factores asociados, la aplicación de vía EV segura, el inicio del tratamiento antibiótico y el monitoreo materno fetal. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación gineco obstétrica incluyendo el Test Fern y la maniobra de valsalva. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes auxiliares. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico de la RPM/ corioamnionitis identificando su etiología, de acuerdo a la evaluación gineco obstétrica y resultados de los exámenes auxiliares. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el manejo de la mujer gestante es según sea el caso: RPM o corioamnionitis. |  |  |  |  |
| 1. Incluye en la atención la evaluación de signos de alarma y de complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la H.C. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER CON ENDOMETRITIS PUERPERAL:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda a la usuaria y se identifica. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de la atención. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación clínica completa: anamnesis y examen físico. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación gineco obstétrica incluyendo el Test Fern y la maniobra de valsalva. |  |  |  |  |
| 1. Solicita exámenes auxiliares. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las medidas generales priorizando: la detección de factores de riesgo, la evaluación general y el inicio del tratamiento antibiótico. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico de la endometritis puerperal, identificando su etiología. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el manejo de la paciente de acuerdo a la evaluación clínica y a los resultados de la ecografía obstétrica y pruebas auxiliares de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación de signos de alarma y de complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la H.C. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR LOS PRODUCTOS ELABORADOS POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **H.C. CON EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN A LA MUJER CON INFECCIÓN O SEPSIS OBSTÉTRICA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise los siguientes documentos elaborados por el Médico residente:**

* **Dos HC con reporte de atención a gestantes con aborto séptico**
* **Dos HC con reporte de atención a gestantes con pielonefritis**
* **Dos HC con reporte de atención a gestantes con RPM / Corioamnionitis**
* **Dos HC con reporte de a gestantes con endometritis puerperal.**

1. Aplique la lista de cotejo a cada producto.
2. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
3. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
4. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
5. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
6. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
7. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| 1. El reporte de la evaluación clínica de la mujer (criterios de Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica y criterios de shock séptico) y el control fetal, cuando corresponda, de acuerdo al tipo de infección y sepsis obstétrica. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares solicitados y la interpretación de los mismos identificando los criterios de severidad. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares solicitados para el control fetal cuando corresponda, (pruebas de bienestar fetal, ECO, perfil biofísico y monitoreo fetal). |  |  |  |  |
| 1. La obtención de la impresión diagnóstica tomando en cuenta la evaluación clínica de la mujer, el control fetal cuando corresponda y los resultados de los exámenes auxiliares. |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales instaladas según el tipo de infección o sepsis obstétrica. |  |  |  |  |
| 1. L a hospitalización si el caso lo requiere. |  |  |  |  |
| 1. El consentimiento informado, si el caso lo amerita. |  |  |  |  |
| 1. El tratamiento farmacológico y no farmacológico prescrito de acuerdo al tipo de infección o sepsis obstétrica. |  |  |  |  |
| 1. La referencia según corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 13** | |
| **COMPETENCIA.** | 13. Atender a la mujer con alteraciones del trabajo de parto**, de acuerdo a las Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas vigentes.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 13.1 Realizar la atención a la mujer con trabajo de parto disfuncional. |
| 13.2 Realizar la atención a la mujer con parto podálico. |
| 13.3 Realizar la atención a la mujer con retención de placenta. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE LA ATENCIÓN  A LA MUJER** **CON ALTERACIONES DEL TRABAJO DE PARTO** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención a dos mujeres, con cada una de las** **alteraciones del trabajo de parto: Parto disfuncional, parto podálico y retención de placenta.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER CON TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación general y obstétrica completa considerando los factores de riesgo. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes auxiliares incluyendo imágenes y monitoreo fetal electrónico intraparto. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico considerando los resultados de la evaluación clínica y los exámenes auxiliares. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el manejo considerando la terapéutica y vigilando los efectos colaterales. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la atención incluyendo la detección de signos de alarma. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia oportuna según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER CON TRABAJO DE PARTO PODÁLICO:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación general y obstétrica completa considerando los factores de riesgo. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes auxiliares privilegiando los de imágenes. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico diferencial con las maniobras de Leopold, descartando otras presentaciones. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico considerando los factores de riesgo, los resultados de la evaluación clínica y el examen ecográfico. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la atención de parto por vía vaginal o cesárea según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la detección de signos de alarma. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia oportuna según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON RETENCIÓN PLACENTARIA:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación general y obstétrica completa, considerando los factores de riesgo. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnostico considerando los resultados de la evaluación clínica |  |  |  |  |
| 1. Elige el tratamiento dependiendo de los signos de retención. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la extracción manual de placenta, tomando en cuenta el consentimiento informado y de acuerdo a la norma. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la detección de signos de alarma |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia oportuna según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN A LA MUJER** **CON ALTERACIONES DEL TRABAJO DE PARTO** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise los siguientes documentos elaborados por el Médico residente:**

* **Dos HC con reporte de atención a la gestante con parto disfuncional**
* **Dos HC con reporte de atención a la gestante con parto podálico**
* **Dos HC con reporte de atención a la gestante con retención de placenta**

1. Aplique la lista de cotejo a cada producto.
2. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
3. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
4. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
5. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
6. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
7. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| 1. El reporte de la evaluación clínica. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares solicitados, ecografía y la interpretación de los mismos, identificando los criterios de severidad. |  |  |  |  |
| 1. Los hallazgos del monitoreo fetal intraparto cuando corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico tomando en cuenta la evaluación clínica de la mujer, el monitoreo intraparto y los resultados de los exámenes ecográficos. |  |  |  |  |
| 1. El consentimiento informado, para los procedimientos realizados. |  |  |  |  |
| 1. La prescripción del tratamiento respectivo según los diagnósticos realizados. |  |  |  |  |
| 1. El monitoreo del tratamiento prescrito. |  |  |  |  |
| 1. La evolución de la paciente. |  |  |  |  |
| 1. La identificación y manejo de complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. La detección de signos de alarma. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia oportuna según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la HC.. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 14** | |
| **COMPETENCIA.** | 14. Atender a la mujer con necesidad de cesárea, **de acuerdo a las Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 14.1 Indicar la cesárea en la mujer gestante, en los casos pertinentes. |
| 14.2 Realizar la cesárea a la mujer. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN LA ATENCION A LA MUJER CON NECESIDAD DE CESÁREA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante** **la atención a dos mujeres con necesidad de cesárea.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE LA INDICACIÓN DE LA CESÁREA:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación del estado general de la gestante. |  |  |  |  |
| 1. Evalúa las condiciones obstétricas de la gestante y el estado del producto de la gestación. |  |  |  |  |
| 1. Opta por cesárea electiva o de emergencia, teniendo en cuenta los resultados de la evaluación de las condiciones de la gestante y del feto; y aplicando las indicaciones absolutas y relativas para una cesárea. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes auxiliares pre operatorios para determinar el riesgo quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. Solicita el consentimiento informado, antes de la cesárea. |  |  |  |  |
| 1. Solicita la autorización para el acto quirúrgico, antes de la intervención. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA CESÁREA:** |  |  |  |  |
| 1. Verifica el cumplimiento de los requisitos de cesárea electiva o de emergencia. |  |  |  |  |
| 1. Verifica el cumplimiento de la preparación pre quirúrgica. |  |  |  |  |
| 1. Verifica la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después del procedimiento. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la cesárea cumpliendo las normas de Bioseguridad. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe antibiótico profilaxis. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la atención en el post operatorio inmediato. |  |  |  |  |
| 1. Redacta el Reporte operatorio completo. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el seguimiento. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa el alta. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN A LA GESTANTE CON NECESIDAD DE CESÁREA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise los siguientes documentos elaborados por el Médico residente:**

* **Dos HC con reporte de atención a la gestante con necesidad de cesárea.**

1. Aplique la lista de cotejo a cada producto.
2. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
3. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
4. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
5. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
6. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
7. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de filiación. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis, antecedentes personales, familiares y obstétricos, examen clínico general y gineco-obstétrico. |  |  |  |  |
| 1. El estado general de la gestante, sus condiciones obstétricas y el estado del producto de la gestación. |  |  |  |  |
| 1. La elección del tipo de cesárea: electiva o de emergencia, de acuerdo a los resultados de la evaluación y de las condiciones de la gestante y del feto. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones absolutas y relativas para una cesárea. |  |  |  |  |
| 1. La solicitud e interpretación de los exámenes auxiliares pre operatorios para determinar el riesgo quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. El consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. La autorización para el acto quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. La verificación del cumplimiento de los requisitos de cesárea electiva o de emergencia. |  |  |  |  |
| 1. La verificación del cumplimiento de la preparación pre quirúrgica. |  |  |  |  |
| 1. La verificación de la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura. |  |  |  |  |
| 1. La verificación del cumplimiento de las normas de Bioseguridad. |  |  |  |  |
| 1. La prescripción de antibiótico profilaxis. |  |  |  |  |
| 1. La atención en el post operatorio inmediato. |  |  |  |  |
| 1. El Reporte operatorio completo. |  |  |  |  |
| 1. La epicrisis y las condiciones e indicaciones al alta. |  |  |  |  |
| 1. La referencia según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. La historia clínica materno perinatal registra firma y sello del médico responsable. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 15** | |
| **COMPETENCIA.** | 15. Atender a la mujer con infecciones ginecológicas e infecciones de transmisión sexual, de acuerdo a las Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva vigentes |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 15.1 Evaluar a la mujer con infección ginecológica. |
| 15.2 Evaluar a la mujer con infecciones de transmisión sexual |
| 15.3 Orientar y dar tratamiento coherente, a la mujer con infecciones ginecológicas o enfermedades de transmisión sexual |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER**  **CON INFECCIONES GINECOLÓGICAS E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la** **atención a dos mujeres con infección ginecológica y dos mujeres con infección de transmisión sexual.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE LA EVALUACIÓN DE LA MUJER CON INFECCIÓN GINECOLÓGICA:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación clínica considerando los factores de riesgo asociados a infección ginecológica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación clínica considerando la sintomatología de las infecciones ginecológicas. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen ginecológico, incluyendo la toma de muestras. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes auxiliares de acuerdo al tipo de infección. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico del tipo de infección ginecológica tomando en cuenta la evaluación clínica y los resultados de los exámenes de laboratorio. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA EVALUACIÓN DE LA MUJER CON INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación clínica considerando los factores de riesgo a ITS. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación clínica considerando la sintomatología de las ITS. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los estudios auxiliares de acuerdo al tipo de ITS. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico del tipo de ITS considerando la evaluación clínica y resultados de exámenes auxiliares. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa el reporte obligatorio de enfermedades trasmisibles. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO A LA MUJER CON INFECCIONES GINECOLÓGICAS O INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:** |  |  |  |  |
| 1. Indica las medidas generales para la prevención de infecciones ginecológicas o de ITS. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe el tratamiento específico de acuerdo al tipo de infecciones ginecológicas o ITS, involucrando a los contactos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la consejería, incluyendo a la pareja (s) sexual. |  |  |  |  |
| 1. Evalúa el riesgo de la actividad sexual. |  |  |  |  |
| 1. Informa a la mujer los resultados del examen, tratamiento, probables reacciones adversas y su próxima consulta. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN A LA MUJER CON INFECCIONES GINECOLÓGICAS E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise los siguientes documentos elaborados por el Médico residente:**

* **Dos HC con reporte de atención a la mujer con infecciones ginecológicas**
* **Dos HC con reporte de atención a la mujer con infecciones de transmisión sexual.**

1. Aplique la lista de cotejo a cada producto.
2. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
3. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
4. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
5. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
6. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
7. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA EVALUACIÓN DE LA MUJER CON INFECCIÓN GINECOLÓGICA:** |  |  |  |  |
| 1. La evaluación clínica considerando los factores de riesgo asociados a infección ginecológica. |  |  |  |  |
| 1. La evaluación clínica, considerando, la sintomatología de las infecciones ginecológicas. |  |  |  |  |
| 1. El examen ginecológico, incluyendo la toma de muestras |  |  |  |  |
| 1. La solicitud de los exámenes auxiliares de acuerdo al tipo de infección. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico del tipo de infección ginecológica tomando en cuenta la evaluación clínica y los resultados de los exámenes de laboratorio |  |  |  |  |
| 1. La referencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA EVALUACIÓN DE LA MUJER CON INFECCIÓN DE TRASMISIÓN SEXUAL:** |  |  |  |  |
| 1. La evaluación clínica considerando los factores de riesgo a ITS |  |  |  |  |
| 1. La evaluación clínica considerando la sintomatología de las ITS |  |  |  |  |
| 1. La solicitud de los estudios auxiliares de acuerdo al tipo de ITS. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico del tipo de ITS considerando la evaluación clínica y resultados de exámenes auxiliares |  |  |  |  |
| 1. La referencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El reporte obligatorio de enfermedades trasmisibles. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL TRATAMIENTO A LA MUJER CON INFECCIÓN GINECOLÓGICA O INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL:** |  |  |  |  |
| 1. La indicación de las medidas generales para la prevención de infecciones ginecológicas o de ITS. |  |  |  |  |
| 1. La prescripción del tratamiento específico de acuerdo al tipo de infecciones ginecológicas o infecciones de ITS involucra a los contactos |  |  |  |  |
| 1. Realiza la consejería de acuerdo a la norma técnica, incluyendo a la pareja (s) sexual. |  |  |  |  |
| 1. La evaluación del riesgo de actividad sexual. |  |  |  |  |
| 1. El informe a la mujer los resultados del examen, tratamiento, probables reacciones adversas y su próxima consulta. |  |  |  |  |
| 1. La referencia, según corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 16** | |
| **COMPETENCIA.** | 16. Atender a la mujer gestante con VIH o sífilis, **de acuerdo a la Norma Técnica de Salud para la profilaxis de la transmisión madre-niño del VIH y la Sífilis Congénita.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 16.1 Evaluar a la mujer gestante con VIH o sífilis. |
| 16.2 Orientar a la mujer gestante con VIH para prevenir la transmisión vertical del VIH al producto.. |
| 16.3 Orientar a la mujer gestante con sífilis para su tratamiento y tratamiento al producto con sífilis congénita. |
| 16.4 Atender el parto a la mujer gestante con VIH o sífilis. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE, DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER GESTANTE CON VIH O SÍFILIS.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente** **durante la atención a la mujer gestante con VIH o sífilis.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA EVALUACIÓN A LA MUJER GESTANTE CON VIH O SÍFILIS:** |  |  |  |  |
| 1. La evaluación general y obstétrica. |  |  |  |  |
| Los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico del VIH o sífilis, considerando la evaluación clínica y los resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Las pruebas de seguimiento y monitoreo, incluyendo CD4 y carga viral para VIH y RPR para sífilis. |  |  |  |  |
| 1. La referencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA ORIENTACIÓN A LA MUJER GESTANTE CON VIH PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH AL PRODUCTO:** |  |  |  |  |
| 1. La consejería a la gestante, de acuerdo a la norma técnica de adherencia, con énfasis del agente de soporte personal. |  |  |  |  |
| 1. La consejería de soporte, durante el seguimiento de la infección, el control pre natal y después del nacimiento del niño. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA ORIENTACIÓN A LA MUJER GESTANTE CON SÍFILIS, PARA SU TRATAMIENTO Y TRATAMIENTO AL PRODUCTO CON SÍFILIS CONGÉNITA:** |  |  |  |  |
| 1. La consejería a la gestante, de acuerdo a la norma técnica de adherencia, con énfasis del agente de soporte personal. |  |  |  |  |
| 1. La consejería de soporte durante el seguimiento de la infección, el control pre natal y después del nacimiento del niño. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA ATENCIÓN DEL PARTO A LA MUJER GESTANTE CON VIH:** |  |  |  |  |
| 1. El manejo del parto de acuerdo al escenario de la profilaxis de la gestante infectada con VIH. |  |  |  |  |
| 1. El manejo de disposiciones específicas para la atención de la cesárea, de acuerdo al escenario de la profilaxis de la gestante infectada con VIH |  |  |  |  |
| 1. El manejo del recién nacido, de acuerdo al escenario de la profilaxis de la gestante infectada con VIH. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN A LA GESTANTE CON VIH O SÍFILIS.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise los siguientes documentos elaborados por el Médico residente:**

* **Dos HC con reporte de atención a la gestante con VIH o sífilis.**

1. Aplique la lista de cotejo a cada producto.
2. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
3. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
4. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
5. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
6. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
7. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE LA EVALUACIÓN A LA MUJER GESTANTE CON VIH O SÍFILIS:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación general y obstétrica con respeto y trato digno frente al estigma y la discriminación. |  |  |  |  |
| Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico |  |  |  |  |
| 1. Efectúa el diagnóstico del VIH o sífilis, considerando la evaluación clínica y los resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico |  |  |  |  |
| 1. Solicita las pruebas de seguimiento y monitoreo, incluyendo CD4 y carga viral para VIH y RPR para sífilis. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia, según corresponda |  |  |  |  |
| **DURANTE LA ORIENTACIÓN A LA MUJER GESTANTE CON VIH, PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN VERTICAL AL PRODUCTO:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la consejería a la gestante, de acuerdo a la norma técnica de adherencia, con énfasis del agente de soporte personal. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la consejería de soporte, durante el seguimiento de la infección, el control pre natal y después del nacimiento del niño. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA ORIENTACIÓN A LA MUJER GESTANTE CON SÍFILIS PARA SU TRATAMIENTO Y TRATAMIENTO AL PRODUCTO:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la consejería a la gestante, de acuerdo a la norma técnica de adherencia, con énfasis del agente de soporte personal. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la consejería de soporte durante el seguimiento de la infección, el control pre natal y después del nacimiento del niño. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO A LA MUJER GESTANTE CON VIH:** |  |  |  |  |
| 1. Maneja el parto de acuerdo al escenario de la profilaxis de la gestante infectada con VIH. |  |  |  |  |
| 1. Maneja disposiciones específicas para la atención de la cesárea, de acuerdo al escenario de la profilaxis de la gestante infectada con VIH. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el manejo del recién nacido, de acuerdo al escenario de la profilaxis de la gestante infectada con VIH. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 17** | |
| **COMPETENCIA.** | 17. Atender a la mujer con lesiones benignas, pre malignas y malignas ginecológicas y de mama, **de acuerdo a las Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva vigentes.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 17.1 Evaluar a la mujer con lesiones benignas, pre malignas y malignas, ginecológicas y de mama. |
| 17.2 Orientar y dar tratamiento quirúrgico a la mujer con lesiones benignas, pre malignas y malignas ginecológicas y de mama. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE: ATENCIÓN A LA MUJER CON LESIONES BENIGNAS, PRE MALIGNAS Y MALIGNAS, GINECOLÓGICAS Y DE MAMA.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención a dos mujeres con lesiones benignas, dos con lesiones pre malignas y dos con lesiones malignas, ginecológicas y de mama.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 1. **DURANTE LA EVALUACIÓN:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda amablemente a la usuaria identificándose y llamándola por su nombre. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después del procedimiento. |  |  |  |  |
| 1. Pregunta sobre los signos y síntomas de alarma. |  |  |  |  |
| 1. Pregunta por los datos de filiación. |  |  |  |  |
| 1. Pregunta por antecedentes personales, familiares, obstétricos y patológicos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el control de funciones vitales. |  |  |  |  |
| 1. Explica los procedimientos que va realizar en el examen físico y ayuda a la paciente a situarse en la camilla. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de examinar a la paciente. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen físico y ginecológico y de mama y examina las áreas de extensión de la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos de diagnóstico, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes auxiliares pertinentes e interconsultas, de acuerdo a la evaluación. |  |  |  |  |
| 1. Evalúa los resultados de los exámenes auxiliares y de las interconsultas realizadas. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Prescribe según el diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Explica los tratamientos factibles y con la paciente elije el tratamiento. |  |  |  |  |
| 1. Obtiene el consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Verifica la aplicación de la lista de cirugía segura en Sala de Operaciones. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el tratamiento Quirúrgico correspondiente con el cirujano titular. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después del procedimiento. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el post operatorio y trata las complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN A LA MUJER CON LESIONES BENIGNAS, PRE MALIGNAS Y MALIGNAS GINECOLÓGICAS Y DE MAMA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise los siguientes documentos elaborados por el Médico residente:**

* **Dos HC con reporte de atención a la mujer con lesiones benignas ginecológicas y de mama**
* **Dos HC con reporte de atención a la mujer con lesiones pre malignas ginecológicas y de mama**
* **Dos HC con reporte de atención a la mujer con lesiones malignas ginecológicas y de mama**

1. Aplique la lista de cotejo a cada producto.
2. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
3. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
4. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
5. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
6. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
7. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA EVALUACIÓN:** |  |  |  |  |
| 1. El examen físico y ginecológico y de mama. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes e interconsultas solicitadas y sus resultados. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos de diagnóstico realizados y sus resultados. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. La prescripción, según el diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. El consentimiento informado. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. El control de la lista de cotejo pre operatoria, el día anterior a la cirugía. |  |  |  |  |
| 1. La verificación de la aplicación de la lista de cirugía segura en Sala de Operaciones. |  |  |  |  |
| 1. El tratamiento quirúrgico correspondiente. |  |  |  |  |
| 1. El reporte operatorio. |  |  |  |  |
| 1. El post operatorio y tratamiento de las complicaciones. |  |  |  |  |
| 1. La evaluación post operatoria ambulatoria, las Curaciones, movilización y la extracción de drenes, consignando fecha y hora. |  |  |  |  |
| 1. El Informe del resultado final de la patología y orientación de las interconsulta. |  |  |  |  |
| 1. El registro en la HC. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 18** | |
| **COMPETENCIA.** | 18. Atender a la mujer /pareja con problemas de fertilidad, **de acuerdo a las Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva vigentes..** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 18.1 Evaluar a la mujer/pareja con problemas de fertilidad. |
| 18.2 Orientar y dar el tratamiento a la mujer/pareja infértil. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE,**  **DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER O A LA PAREJA CON PROBLEMAS DE FERTILIDAD** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la** **atención a dos mujeres / parejas con problemas de fertilidad.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 1. Saluda a la mujer /pareja y se identifica. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de la atención. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la entrevista identificando los signos y síntomas en relación al problema de fertilidad de la mujer/pareja y su entorno. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación integral a la mujer/pareja, considerando los factores que afectan su fertilidad. |  |  |  |  |
| 1. Solicita exámenes de apoyo al diagnóstico para ambos miembros de la pareja. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico de la infertilidad del varón en base a: la evaluación general, fertilidad, enfermedades y factores con posibles efectos adversos sobre la fertilidad, función sexual y eyaculatoria, examen físico general, examen urogenital y análisis del semen. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico de la infertilidad de la mujer en base a: enfermedades previas, factores adversos sobre la fertilidad, historia menstrual, historia de actividad sexual, examen físico, examen pélvico, determinación de la temperatura basal, examen de moco cervical, la biopsia de endometrio, test de Sims Hubner y exámenes complementarios. |  |  |  |  |
| 1. Solicita interconsultas a las especialidades que corresponda, de acuerdo a las causas identificadas. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el tratamiento de acuerdo a los factores encontrados y tomando en cuenta el consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la orientación/consejería acerca del tratamiento, tomando en cuenta los factores que determinan la infertilidad. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la historia clínica. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN A LA MUJER**  **O A LA PAREJA CON PROBLEMAS DE FERTILIDAD** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise los siguientes documentos elaborados por el Médico residente:**

* **Dos HC con registro de atención a la mujer o a la pareja con problemas de fertilidad.**

1. Aplique la lista de cotejo a cada producto.
2. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
3. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
4. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
5. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
6. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
7. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| 1. La entrevista identificando los signos y síntomas en relación al problema de fertilidad de la mujer/pareja y su entorno. |  |  |  |  |
| 1. La evaluación integral a la mujer/pareja, considerando los factores que afectan su fertilidad. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes de apoyo al diagnóstico para ambos miembros de la pareja. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico de la infertilidad del varón en base a: la evaluación general, fertilidad, enfermedades y factores con posibles efectos adversos sobre la fertilidad, función sexual y eyaculatoria, examen físico general, examen urogenital y análisis del semen. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico de la infertilidad de la mujer en base a: enfermedades previas, factores adversos sobre la fertilidad, historia menstrual, historia de actividad sexual, examen físico, examen pélvico, determinación de la temperatura basal, examen de moco cervical, la biopsia de endometrio, test de Sims Hubner y exámenes complementarios. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas a las especialidades que corresponda, de acuerdo a las causas identificadas. |  |  |  |  |
| 1. El tratamiento de acuerdo a los factores encontrados y tomando en cuenta el consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. La orientación/consejería acerca del tratamiento, tomando en cuenta los factores que determinan la infertilidad. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 19** | |
| **COMPETENCIA.** | 19. Atender a la mujer/pareja con disfunciones sexuales, **de acuerdo a las Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva vigentes.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 19.1 Evaluar a la mujer/pareja con disfunciones sexuales. |
| 19.2 Orientar y dar el tratamiento a la mujer/pareja con disfunciones sexuales. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE, DURANTE LA ATENCIÓN**  **A LA MUJER/PAREJA CON DISFUNCIONES SEXUALES** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante** **la atención a dos mujeres o a dos parejas con disfunciones sexuales.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 1. Saluda a la mujer /pareja y se identifica. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de la atención. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la entrevista identificando los signos y síntomas en relación a la disfunción sexual de la mujer/pareja y al entorno familiar y social. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación integral a la mujer/pareja, considerando los factores que afectan la respuesta sexual. |  |  |  |  |
| 1. Solicita exámenes auxiliares, incluyendo el perfil hormonal de ambos miembros de la pareja. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico de la disfunción sexual de la mujer/pareja, tomando en cuenta la evaluación realizada. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas a las especialidades que corresponda, de acuerdo a las causas identificadas. |  |  |  |  |
| 1. Brinda el tratamiento según el tipo de disfunción sexual de la mujer/pareja y los factores que están determinando la respuesta sexual. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la orientación y consejería a la mujer/pareja acerca del tratamiento de la disfunción sexual, tomando en cuenta los factores que determinan la respuesta sexual. |  |  |  |  |
| 1. La atención es registrada en la Historia Clínica. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN A LA MUJER/PAREJA** **CON DISFUNCIONES SEXUALES** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise los siguientes documentos elaborados por el Médico residente:**

* **Dos HC con registro de atención a la mujer/pareja con disfunciones sexuales**

1. Aplique la lista de cotejo a cada producto.
2. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
3. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
4. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
5. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
6. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
7. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| 1. La entrevista identificando los signos y síntomas en relación a la mujer/pareja y al entorno familiar y social. |  |  |  |  |
| 1. La evaluación integral a la mujer/pareja, considerando los factores que afectan la respuesta sexual. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares, incluyendo el perfil hormonal de ambos miembros de la pareja. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico de la disfunción sexual de la mujer/pareja, tomando en cuenta la evaluación realizada. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas a las especialidades, de acuerdo a las causas identificadas. |  |  |  |  |
| 1. El tratamiento según el tipo de disfunción sexual de la mujer/pareja y los factores que están determinando la respuesta sexual. |  |  |  |  |
| 1. La orientación y consejería a la mujer/pareja acerca del tratamiento de la disfunción sexual, tomando en cuenta los factores que determinan la respuesta sexual. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 20** | |
| **COMPETENCIA.** | 20. Atender a la mujer con patologías médicas o quirúrgicas, **en coordinación con otros especialistas y de acuerdo a la normatividad vigente** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 20.1 Evaluar a la mujer con patología médica, en coordinación con otros especialistas. |
| 20.2 Orientar, derivar o dar tratamiento a la mujer con patología médica, en coordinación con otros profesionales. |
| 20.3 Evaluar a la mujer con abdomen agudo. |
| 20.4 Orientar, derivar o dar tratamiento a la mujer con abdomen agudo. |
| 20.5 Evaluar a la mujer con dolor pélvico. |
| 20.6 Orientar, derivar o dar tratamiento a la mujer con dolor pélvico. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER**  **CON PATOLOGÍAS MÉDICAS O QUIRÚRGICAS, EN COORDINACIÓN CON OTROS ESPECIALISTAS** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención a la mujer con patologías médicas o quirúrgicas:**

* **Dos mujeres con patología médica en coordinación con otros especialistas,**
* **Dos mujeres con abdomen agudo,**
* **Dos mujeres con dolor pélvico**

1. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
2. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
3. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER CON PATOLOGÍAS MÉDICAS, EN COORDINACIÓN CON OTROS ESPECIALISTAS:** |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de atender a la usuaria. |  |  |  |  |
| 1. Saluda amablemente a la usuaria llamándola por su nombre e identificándose. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación clínica integral considerando los factores de riesgo. |  |  |  |  |
| 1. Solicita e interpreta los exámenes de ayuda diagnóstica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico considerando los resultados de la evaluación clínica, los exámenes de ayuda diagnóstica y de acuerdo a las alteraciones propias de la patología médica. |  |  |  |  |
| 1. Ofrece información a la usuaria incluyendo el resultado del examen, plan de tratamiento y próxima consulta. |  |  |  |  |
| 1. Realiza interconsulta con otras especialidades según necesidad. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe el tratamiento clínico de acuerdo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro de la atención en la historia clínica. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER CON ABDOMEN AGUDO:** |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de atender a la usuaria. |  |  |  |  |
| 1. Saluda amablemente a la usuaria llamándola por su nombre e identificándose. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación clínica integral considerando los factores de riesgo. |  |  |  |  |
| 1. Solicita e interpreta los exámenes de ayuda diagnóstica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico considerando los resultados de la evaluación clínica, los exámenes de ayuda diagnóstica y de acuerdo a las alteraciones propias del abdomen agudo. |  |  |  |  |
| 1. Ofrece información a la usuaria incluyendo el resultado del examen, plan de tratamiento y próxima consulta. |  |  |  |  |
| 1. Realiza interconsulta con otras especialidades según necesidad. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe el tratamiento clínico o quirúrgico de acuerdo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro de la atención en la historia clínica. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER CON DOLOR PÉLVICO:** |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de atender a la usuaria. |  |  |  |  |
| 1. Saluda amablemente a la usuaria llamándola por su nombre e identificándose. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación clínica integral considerando los factores de riesgo. |  |  |  |  |
| 1. Solicita e interpreta los exámenes de ayuda diagnóstica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico considerando los resultados de la evaluación clínica, los exámenes de ayuda diagnóstica y de acuerdo a las alteraciones propias del dolor pélvico. |  |  |  |  |
| 1. Ofrece información a la usuaria incluyendo el resultado del examen, plan de tratamiento y próxima consulta. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las indicaciones generales. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe el tratamiento clínico o quirúrgico de acuerdo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro de la atención en la historia clínica. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN A LA MUJER** **CON**  **PATOLOGÍAS MÉDICAS O QUIRÚRGICAS, EN COORDINACIÓN CON OTROS ESPECIALISTAS** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise los siguientes documentos elaborados por el Médico residente:**

* **Dos HC con registro de atención a la mujer con patología médica**
* **Dos HC con registro de atención a la mujer con abdomen agudo**
* **Dos HC con registro de atención a la mujer con dolor pélvico**

1. Aplique la lista de cotejo a cada producto.
2. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
3. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
4. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
5. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
6. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
7. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| 1. La evaluación clínica integral considerando los factores de riesgo. |  |  |  |  |
| 1. La solicitud e interpretación de los exámenes de ayuda diagnóstica. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico considerando los resultados de la evaluación clínica, los exámenes de ayuda diagnóstica y de acuerdo a las alteraciones propias del dolor pélvico. |  |  |  |  |
| 1. La información a la usuaria incluyendo el resultado del examen, plan de tratamiento y próxima consulta. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones generales. |  |  |  |  |
| 1. El tratamiento clínico o quirúrgico de acuerdo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. La referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 21** | |
| **COMPETENCIA.** | 21. Atender a la gestante con alteraciones de la duración del embarazo y desarrollo fetal, **de acuerdo a la normatividad vigente** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 21.1 Evaluar a la gestante con alteraciones de la duración del embarazo y desarrollo fetal. |
| 21.2 Orientar y dar tratamiento a la gestante con alteraciones de la duración del embarazo y desarrollo fetal. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE**  **DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER GESTANTE CON ALTERACIONES DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y DESARROLLO FETAL.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante** **la atención a dos gestantes, con alteraciones de la duración del embarazo y desarrollo fetal.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE LA EVALUACIÓN DE LA GESTANTE CON ALTERACIONES DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y DESARROLLO FETAL:** |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de atenderla. |  |  |  |  |
| 1. Saluda amablemente a la paciente llamándola por su nombre e identificándose. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la historia clínica y examen físico general y obstétrico. |  |  |  |  |
| 1. Evalúa la violencia basada en género. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los estudios complementarios de laboratorio y de imágenes maternos y fetales (perfil biofísico y flujometría Doppler, test de Clement y estudio del líquido amniótico) y evalúa los resultados. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la impresión diagnóstica tomando en cuenta la evaluación clínica, los factores de riesgo y los resultados de los estudios complementarios. |  |  |  |  |
| 1. Propone el plan de parto. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA ORIENTACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA MUJER CON ALTERACIONES DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y DESARROLLO FETAL:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la orientación a la gestante de acuerdo a la alteración de la duración del embarazo y desarrollo fetal. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe el tratamiento pre y pos término, de acuerdo a la duración del embarazo, evaluación clínica, exámenes complementarios y diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la inducción del parto, según la duración del embarazo. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe y realiza el tratamiento quirúrgico si la inducción es fallida, previa obtención del consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el seguimiento de acuerdo a la duración del embarazo y tratamiento prescrito. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa el registro en la historia clínica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia de la gestante según corresponda.. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN A LA MUJER** **GESTANTE CON ALTERACIONES DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y DESARROLLO FETAL.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise los siguientes documentos elaborados por el Médico residente:**

* **Dos HC con registro de atención a la gestante con alteraciones de la duración del embarazo y desarrollo fetal.**

1. Aplique la lista de cotejo a cada producto.
2. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
3. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
4. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
5. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
6. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
7. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| 1. La filiación completa. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis, antecedentes familiares, personales y gineco obstétricos, examen clínico general y obstétrico. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes complementarios maternos. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes complementarios fetales: ECO: perfil biofísico y flujometría Doppler, test de Clement y estudio del líquido amniótico. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico materno fetal. |  |  |  |  |
| 1. La terapia indicada: No farmacológica y farmacológica. |  |  |  |  |
| 1. La interconsulta al servicio de Neonatología cuando corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El seguimiento según duración del embarazo. |  |  |  |  |
| 1. La orientación, consejería y alta. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 22** | |
| **COMPETENCIA.** | 22. Atender a la mujer con alteración del piso pélvico, **de acuerdo a normas vigentes.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 22.1 Evaluar a la mujer con alteración del piso pélvico. |
| 22.2 Orientar y dar tratamiento a la mujer con alteración del piso pélvico. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE LA ATENCIÓN A LA MUJER**  **CON ALTERACIÓN DEL PISO PÉLVICO** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención a dos mujeres con alteración del piso pélvico.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE LA EVALUACIÓN DE LA MUJER CON ALTERACIÓN DEL PISO PÉLVICO:** |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de atender a la usuaria. |  |  |  |  |
| 1. Saluda amablemente a la paciente, llamándola por su nombre e identificándose. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación clínica de la mujer con alteración del piso pélvico en forma integral, considerando los factores de riesgo. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación de la violencia basada en género. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la impresión diagnóstica tomando en cuenta la evaluación clínica y de acuerdo a la alteración del piso pélvico. |  |  |  |  |
| 1. Solicita e interpreta los exámenes de ayuda diagnóstica. |  |  |  |  |
| 1. Diagnóstica el tipo de alteración del piso pélvico. |  |  |  |  |
| 1. Solicita las interconsultas con otras especialidades para diagnóstico o tratamiento, según necesidad. |  |  |  |  |
| 1. Propone el plan médico o quirúrgico, según diagnóstico de la alteración del piso pélvico. |  |  |  |  |
| 1. Obtiene el consentimiento informado si corresponde. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación pre operatoria. |  |  |  |  |
| 1. Refiere a la paciente según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Registra la evaluación en la historia clínica. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA ORIENTACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA MUJER CON ALTERACIÓN DEL PISO PÉLVICO:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la orientación/consejería de acuerdo al diagnóstico de la alteración del piso pélvico. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe el tratamiento médico o quirúrgico, según diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el tratamiento prescrito de acuerdo a la evaluación clínica, exámenes de ayuda diagnóstica y al diagnóstico definitivo, utilizando el procedimiento adecuado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el seguimiento o la referencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención en la historia clínica. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN A LA MUJER**  **CON ALTERACIÓN DEL PISO PÉLVICO** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise los siguientes documentos elaborados por el Médico residente:**

* **Dos HC con registro de atención a la mujer con alteración del piso pélvico.**

1. Aplique la lista de cotejo a cada producto.
2. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
3. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
4. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
5. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
6. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
7. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| 1. La filiación completa. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis, antecedentes familiares, personales y gineco obstétricos, examen clínico general y ginecológico. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes complementarios de laboratorio y de imágenes, de evaluación general y preoperatorios. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico según hallazgos clínicos y estudios complementarios. |  |  |  |  |
| 1. La terapia indicada, considerando los resultados de la evaluación clínica y estudios complementarios. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas. |  |  |  |  |
| 1. El consentimiento informado si corresponde. |  |  |  |  |
| 1. La evaluación pre operatoria. |  |  |  |  |
| 1. El reporte anestésico y operatorio. |  |  |  |  |
| 1. El seguimiento médico y posquirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. La orientación, consejería y alta. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 23** | |
| **COMPETENCIA.** | 23. Atender a la mujer con trastornos endocrinológicos**, de acuerdo a normas vigentes.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 23.1 Evaluar a la mujer con trastornos endocrinológicos. |
| 23.2 Orientar y dar tratamiento a la mujer con trastornos endocrinológicos. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE, DURANTE LA ATENCIÓN**  **A LA MUJER CON TRASTORNOS ENDOCRINOLÓGICOS** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante** **la atención a dos mujeres con trastornos endocrinológicos.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE LA EVALUACIÓN DE LA MUJER CON TRASTORNOS ENDOCRINOLÓGICOS:** |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de atender a la paciente. |  |  |  |  |
| 1. Saluda amablemente a la paciente llamándola por su nombre e identificándose. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación clínica de la mujer con trastornos endocrinológicos en forma integral, considerando los factores de riesgo. |  |  |  |  |
| 1. Solicita e interpreta los exámenes de ayuda diagnóstica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico del tipo de trastorno endocrinológico. |  |  |  |  |
| 1. Realiza interconsultas con otras especialidades para diagnóstico o tratamiento según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Obtiene el consentimiento informado si corresponde. |  |  |  |  |
| 1. Refiere a la paciente según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Registra la evaluación en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA ORIENTACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA MUJER CON TRASTORNOS ENDOCRINOLÓGICOS:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la orientación/consejería de acuerdo al diagnóstico del trastorno endocrinológico. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe el tratamiento de acuerdo a la evaluación clínica, exámenes de ayuda diagnóstica, al diagnóstico y al consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el tratamiento del trastorno endocrinológico. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa el seguimiento o refiere a la paciente, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro del tratamiento en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN A LA MUJER** **CON**  **TRASTORNOS ENDOCRINOLÓGICOS** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise los siguientes documentos elaborados por el Médico residente:**

* **Dos HC con registro de atención a la mujer con trastornos endocrinológicos**.

1. Aplique la lista de cotejo a cada producto.
2. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
3. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
4. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
5. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
6. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
7. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA EVALUACIÓN DE LA MUJER CON TRASTORNOS ENDOCRINOLÓGICOS:** |  |  |  |  |
| 1. La evaluación clínica de la mujer con trastornos endocrinológicos en forma integral, considerando los factores de riesgo. |  |  |  |  |
| 1. La solicitud e interpretación de los exámenes de ayuda diagnóstica. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico del tipo de trastorno endocrinológico. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas con otras especialidades para diagnóstico o tratamiento según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El consentimiento informado si corresponde. |  |  |  |  |
| 1. La referencia si corresponde. |  |  |  |  |
| **Con respecto a la orientación y tratamiento de la mujer con trastornos endocrinológicos.** |  |  |  |  |
| 1. La orientación/consejería de acuerdo al diagnóstico del trastorno endocrinológico. |  |  |  |  |
| 1. El tratamiento realizado de acuerdo a la evaluación clínica, exámenes de ayuda diagnóstica, al diagnóstico y al consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. El seguimiento o referencia, según corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |