

FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE DISPOSITIVOS HOSPITALARIOS DE UDM DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

[Programa Formativo](#)

[Requisitos acreditación](#)

La cumplimentación de este formulario debe realizarse en el formato Word

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO HOSPITALARIO: | | |
| Localidad: | Provincia: | |
| Adscrito a: <i>(Indicar denominación de la Unidad Docente)</i> | | |
| Entidad titular del dispositivo: | | |
| 2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO: | | |
| Especialidad | Duración estancia formativa | Capacidad docente (turnos/año) |
| Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a) | | |
| Medicina Obstetricia y Ginecología | | |
| 3. RESPONSABLE / COORDINADOR DE LA DOCENCIA en este dispositivo: <i>(Nombre, Apellidos y Especialidad)</i> | | |
| Don/Doña: | Especialidad: | |
| Don/Doña: | Especialidad: | |
| Don/Doña: | Especialidad: | |
| 4. COBERTURA POBLACIONAL: | | |
| 5. RECURSOS HUMANOS: | | Indicar número de profesionales |
| Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a) | | |
| Especialistas en Obstetricia y Ginecología | | |
| Otros profesionales: | | |
| Enfermeros/as de Cuidados Generales | | |
| Otros <i>(indicar)</i> : | | |
| 6. ÁREAS ASISTENCIALES | | |
| Embarazo, parto y puerperio normal | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Embarazo, parto y puerperio patológico | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |



| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Diagnóstico prenatal | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Contracepción | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Mama y su patología | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Reproducción y endocrinología ginecológica | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Suelo pélvico | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Menopausia | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Neonatología | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Ginecología general <i>(específico para la formación de especialistas en Obstetricia y Ginecología)</i> | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Ginecología oncológica <i>(específico para la formación de especialistas en Obstetricia y Ginecología)</i> | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 7. ÁREA FÍSICA: | Indicar número | |
| CONSULTAS EXTERNAS: | Sesiones / semana consulta Gestación de riesgo | |
| | Sesiones / semana consulta Ginecología oncológica | |
| | Sesiones / semana consulta Endocrinología ginecológica y reproducción | |
| | Sesiones / semana consulta Contracepción | |
| | Sesiones / semana consulta Patología mamaria | |
| | Sesiones / semana consulta Ginecología general | |
| | Sesiones / semana consulta Suelo pélvico | |
| HOSPITALIZACIÓN: | Camas de obstetricia | |
| | Salas de parto | |
| | Salas de parto | |
| | Salas integradas (parto y parto) | |
| | Camas de ginecología | |
| QUIRÓFANOS: | Quirófanos de urgencia obstétrica | |
| | Quirófanos de ginecología | |
| | Sesiones/semana quirófano | |
| Urgencias obstétrico ginecológicas | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Unidad de fisiopatología fetal | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Unidad de neonatos | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Cuidados intermedios neonatales | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| UVI neonatal | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Aulas de desarrollo de habilidades | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Aulas: | Sala Reuniones | |
| SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Núm.: | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Núm.: | |
| Otros recursos del área física <i>(indicar):</i> | | |
| Biblioteca: (elegir del desplegable) | Fuentes documentales en soporte papel | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| | Acceso a base de datos | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| | Acceso a texto completo de revistas nacionales e internacionales de interés | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 8. RECURSOS MATERIALES: | | |
| Archivo de Historias Clínicas | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Registro informatizado de casos y actividad asistencial | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |



| | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|-----|----------------------|-----|
| Disponibilidad de medios audiovisuales | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | |
| Material de simulación | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | |
| Otros recursos materiales <i>(indicar)</i> : | | | | | | |
| 9. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES: | | | | | | |
| Protocolos o guías de actuación | | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | |
| Otros programas <i>(indicar)</i> : | | | | | | |
| 10. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL durante los dos últimos años, relativos a la población de referencia | | | | | | |
| OBSTETRICIA | | Año | Año | | | |
| GESTACIÓN DE RIESGO | Número de primeras consultas | | | | | |
| | Número de consultas sucesivas | | | | | |
| | Número de sesiones/semanales | | | | | |
| ECOGRAFÍAS | Número de ecografías de 1 ^{er} trimestre | | | | | |
| | Número de ecografías de 2 ^o trimestre | | | | | |
| | Número de ecografías cribado malformaciones fetales | | | | | |
| | Número de ecografías de 3 ^{er} trimestre | | | | | |
| Número de técnicas invasivas de diagnóstico prenatal | | | | | | |
| Número de PARTOS/AÑO: | | | | | | |
| | | Indicar % | Indicar % | | | |
| Partos eutócicos | | | | | | |
| Partos de baja intervención (parto natural) | | | | | | |
| Partos múltiples | | | | | | |
| Cesáreas | | | | | | |
| Partos Instrumentales | Con fórceps | | | | | |
| | Con espátula | | | | | |
| | Con ventosa | | | | | |
| GINECOLOGÍA <i>(específicos para la formación de especialistas en Obstetricia y Ginecología)</i> | | | | | | |
| CONSULTAS DE GINECOLOGÍA <i>(últimos dos años)</i> | Nº primeras consultas | | Nº consultas sucesivas | | Nº sesiones / semana | |
| | Año | Año | Año | Año | Año | Año |
| Ginecología oncológica | | | | | | |
| Endocrinología ginecológica y reproducción | | | | | | |
| Contracepción | | | | | | |
| Patología mamaria | | | | | | |
| Ginecología general | | | | | | |
| Suelo pélvico | | | | | | |
| Menopausia | | | | | | |
| Histeroscopias | | | | | Año | Año |
| | Histeroscopias diagnósticas | | | | | |
| | Histeroscopias terapéuticas | | | | | |



| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------|-----------------------------|
| Nº DE INGRESOS/AÑO | | | | |
| Nº DE SESIONES / QUIRÓFANO / SEMANALES | | | | |
| TIPO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS | Año | | Año | |
| | Núm. | % CMA | Núm. | % CMA |
| Histerectomías vaginales | | | | |
| Histerectomías abdominales | | | | |
| Corrección de la incontinencia urinaria | | | | |
| Cáncer de ovario | | | | |
| Cáncer de endometrio | | | | |
| Cáncer de mama | | | | |
| Cáncer de cuello uterino | | | | |
| Técnicas quirúrgicas de contracepción | | | | |
| Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería | | | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 11. SESIONES CLÍNICAS: (En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse <u>Calendario</u> en documentación adjunta) | | | | |
| Sesiones clínicas conjuntas | | | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Sesiones clínicas específicas | Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a) | | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| | Especialistas en Obstetricia y Ginecología | | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 12. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA de todos los profesionales (durante los dos últimos años): | | | | |
| Formación continuada (*) | | | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Ponencias y comunicaciones presentadas (*) | | | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Proyectos de investigación (*) | | | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Publicaciones (*) | | | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Otros (*) (Seminarios, Conferencias, elaboración de Protocolos, etc.) | | | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 13. INDICADORES DE CALIDAD (durante los dos últimos años): | | | | |
| | | Año | Año | |
| OBSTÉTRICOS: | | | | |
| Estancia media | | | | |
| Tasa de mortalidad perinatal precoz de recién nacido > 500 gr. | | | | |
| Tasa de mortalidad materna | | | | |
| Índice de infección nosocomial puerperal | | | | |
| Porcentaje de reingreso por complicaciones de causa obstétrica | | | | |
| Modos de inicio del trabajo de parto: | | | | |
| Porcentaje de parto espontáneo | | | | |
| Porcentaje de parto inducido | | | | |
| Porcentaje de episiotomías | | | | |
| Porcentaje de desgarros de tercer y cuarto grado | | | | |
| Causas de cesáreas: (indicar porcentaje de cada una de ellas) | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Causas de partos instrumentales: (indicar porcentaje de cada uno de ellos) | | | | |

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Porcentaje de inducción de madurez pulmonar en la amenaza de parto pretérmino | | |
| Porcentaje de profilaxis antibiótica en rotura prematura de membrana en gestación pretérmino | | |
| Porcentaje de control de bienestar fetal seriado en gestantes con diagnóstico de crecimiento intrauterino retrasado – CIR | | |
| Grupos Diagnósticos Relacionados (GDRs) ^(**) | | |
| GINECOLÓGICOS: | Año | Año |
| Estancia media | | |
| Porcentaje de infección nosocomial | | |
| Porcentaje de estudio preoperatorio | | |
| Porcentaje de reingresos por complicaciones de causa ginecológica | | |
| Porcentaje de realización de consentimiento informado en técnicas invasivas | | |
| Porcentaje de realización de estudio de extensión en cirugía neoplásica | | |
| Porcentaje de cirugía conservadora en la neoplasia mamaria | | |
| Porcentaje de pauta de analgesia postquirúrgica | | |
| Grupos Diagnósticos Relacionados (GDRs) ^(**) | | |
| QUEJAS Y RECLAMACIONES: | | |
| Quejas y reclamaciones recibidas en la Unidad asistencial de Obstetricia y Ginecología respecto al total del Centro (<i>indicar porcentaje</i>), en los dos últimos años, y medidas adoptadas. | | |
| | Año | Año |
| Quejas y reclamaciones recibidas (<i>indicar porcentaje</i>) | | |
| Medidas adoptadas: | | |

Los datos de este formulario han sido recogidos en fecha _____ de (elegir mes) _____ de 20_____

(Entidad titular del dispositivo)

Fdo:

(*) En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse en documentación adjunta.

(**) Adjuntar los 20 GDRs más frecuentes de los dos últimos años.