

PARA TÍTULOS PROFESIONALES DE ESPECIALISTAS (CUARTO NIVEL)

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **MERCY CHESNEYRA TENORIO OREJUELA C.I. 0801929647** autora del trabajo de graduación intitulado: **“ACTUALIZACIÓN Y REAJUSTE DEL SISTEMA DE MONITORIZACIÓN EN LA INDICACIÓN OPORTUNA DE CESÁREA EMPLEANDO ESTÁNDARES E INDICADORES DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES EN LA UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD SUR ENTRE ABRIL 2015 Y JUNIO 2016”**, previa a la obtención del título profesional de **ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**, en la Facultad de **Medicina**:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 13 de enero del 2017



**Dra. Mercy Chesneyra Tenorio Orejuela**  
**CI. 0801929647**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**



**ACTUALIZACIÓN Y REAJUSTE DEL SISTEMA DE MONITORIZACIÓN EN  
LA INDICACIÓN OPORTUNA DE CESÁREA EMPLEANDO ESTÁNDARES E  
INDICADORES DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES  
EN LA UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD SUR ENTRE ABRIL 2015 Y  
JUNIO 2016.**

**DISERTACION PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**Autor:**

DRA. TENORIO OREJUELA MERCY CHESNEYRA

**Director:**

Dr. Fernando Villacrés

**Directo Metodológico:**

Dr. Wilfrido León

Quito, 2016

## **DEDICATORIA**

A mi madre y a cada una de las pacientes que han servido como instrumento de sabiduría y fortaleza permitiéndome culminar mi caminata como médico especialista en la carrera de Ginecología y Obstetricia.

A los docentes Doctores que con su apoyo, conocimientos condescendieron a concluir mi carrera universitaria.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por permitir vivir este momento, guiarme en este camino, dándome virtudes como paciencia, amor, fortaleza, valentía, sabiduría, conocimiento, enseñándome el valor de la vida sobre la tierra.

A mis Padres y Hermanos quienes con su comprensión, cariño, apoyo y motivación han hecho posible mi superación profesional.

A las autoridades, personal docente de la Pontifica Universidad Católica del Ecuador Facultad de Medicina, Doctor Fernando Villacrés, Doctor Wilfrido León que me guiaron con sus conocimientos y me ayudaron durante la investigación de esta Tesis de Grado.

A los médicos tratantes de la Unidad Metropolitana de Salud Sur Dr. Francisco Torres por la oportunidad y facilidad brindada durante el transcurso de este estudio.

A todos ustedes mil gracias.

## TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	PÁGINA
<b>Páginas Preliminares:</b>	
Página del título.....	1
Página de Dedicatoria.....	2
Página de Agradecimientos.....	3
Tabla de Contenido.....	4
Lista de Figuras.....	7
Lista de Tabla.....	8
Lista de Gráficos.....	9
Resumen.....	11
Abstract.....	13
<b>Cuerpo Principal:</b>	
Capítulo I. Introducción.....	15
1.1. Objetivos.....	18
1.1.1. Objetivo General.....	18
1.1.2. Objetivos Específicos.....	18
1.2. Hipótesis.....	18
Capítulo II. Revisión Bibliográfica.....	19
2.1. Origen e Historia de la Normativa.....	17
2.2. Importancia de la Normativa Materno Infantil.....	20
2.3 Unidad Municipal de Salud Sur.....	26
2.4. Estándares de Calidad en la Unidad Metropolitana de Salud Sur.....	28
2.5. Estándares e Indicadores utilizados para medir la atención del parto	

MSP del Ecuador .....	31
2.6. Definiciones.....	36
Capítulo III. Material y Métodos .....	39
3.1. Diseño de la investigación.....	39
3.2. Nivel de la Investigación.....	39
3.3. Población y muestra.....	39
3.4. Universo .....	39
3.5 Universo temporal (población objetivo).....	39
3.6. Criterios de Inclusión.....	40
3.7. Criterios de Exclusión.....	40
3.8. Variables del Estudio.....	41
3.9. Operacionalización de las variables.....	41
3.10. Metodología.....	44
3.10.1. Procedimiento de la Recolección de Información.....	44
3.10.2. Fuente de información.....	45
3.10.3. Instrumento.....	45
3.10.4. Registro de la información en el instrumento Estandarización.....	46
3.10.5. Archivo de la información.....	48
3.10.6. Plan de análisis de datos.....	48
3.10.7. Viabilidad.....	49
3.10.8. Factibilidad.....	49
3.10.9. Normas Éticas.....	49
Capítulo IV. Resultados.....	52
Capítulo V. Discusión.....	61

Capítulo VI. Conclusiones.....	64
Recomendaciones.....	65
<b>Páginas Complementarias:</b>	
Bibliografía.....	66
Apéndice.....	71

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA</b>	<b>PÁGINA</b>
Figura 1. Unidad Metropolitana de Salud Sur	27
Figura 2. Estadística de la Unidad Metropolitana de Salud Sur, año 2015	28

## LISTA DE TABLAS

<b>TABLA</b>	<b>PÁGINA</b>
Tabla 1. Distribución porcentual del registro del cumplimiento de la normativa en las Historias Clínicas de las pacientes con indicación oportuna e indicación prolongada de cesárea en el periodo comprendido entre abril del 2015 y junio del 2016. Unidad Metropolitana de Salud Sur	60

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO</b>	<b>PÁGINA</b>
Gráfico 1. Distribución porcentual del cumplimiento del estándar 3A (% de partos atendidos en las Unidades de Salud con partograma, graficando correctamente la curva de alerta y la curva de dilatación cervical real de la paciente, registrando el descenso de la presentación, la tensión arterial, la actividad uterina -frecuencia y duración- y la frecuencia cardíaca fetal) en el período comprendido entre abril del 2015 y junio del 2016. Unidad Metropolitana de Salud Sur	52
Gráfico 2. Distribución porcentual del cumplimiento del estándar 3B (% de partos atendidos en las Unidades de Salud en los que se tomó decisiones frente a desviaciones de la curva de dilatación cervical del partograma) en el período comprendido entre abril del 2015 y junio del 2016. Unidad Metropolitana de Salud Sur	53
Gráfico 3. Distribución porcentual de la presencia de patología obstétrica en el periodo comprendido entre abril del 2015 y junio del 2016. Unidad Metropolitana de Salud Sur	54
Gráfico 4. Distribución porcentual del registro de la indicación oportuna de	55

cesárea en el periodo comprendido entre abril del 2015 y junio del 2016.

Unidad Metropolitana de Salud Sur

Gráfico 5. Distribución porcentual de las complicaciones obstétricas en el periodo comprendido entre abril del 2015 y junio del 2016. Unidad Metropolitana de Salud Sur. 56

Gráfico 6. Distribución porcentual del registro de la presencia de complicaciones obstétricas en el periodo comprendido entre abril del 2015 y junio del 2016. Unidad Metropolitana de Salud Sur 57

Gráfico 7. Distribución porcentual de la presencia de complicaciones obstétricas o neonatales en las pacientes con indicación oportuna e indicación prolongada de cesárea en el periodo comprendido entre abril del 2015 y junio del 2016. Unidad Metropolitana de Salud Sur. 58

Gráfico 8. Distribución porcentual del motivo de la indicación de cesárea en el periodo comprendido entre abril del 2015 y junio del 2016. Unidad Metropolitana de Salud Sur. 59

## RESUMEN

El Ministerio de Salud Pública toma como prioridad la salud materna neonatal poniendo en conocimiento normas y protocolos a seguir y cumplir en la atención materno - neonatal. Con el **objetivo** de determinar si el sistema de monitorización en la indicación oportuna de cesárea cumple con los estándares e indicadores, y si la ausencia de estos se relaciona con la presencia de complicaciones obstétricas y neonatales en la Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito, se realizó un **estudio** observacional analítico de cohorte transversal, en una **muestra** de 33 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Las variables medidas incluyeron monitorización intraparto, patologías obstétricas, motivo de la cesárea y complicaciones obstétricas o neonatales. Como **resultado** principal se encontró que la indicación oportuna de cesárea estuvo presente en el 59% de las Historias Clínicas y ausente, o prolongada (mayor a 30 minutos) en el 41%. Las complicaciones obstétricas y neonatales se encontraban presentes en el 39% de las Historias Clínicas de pacientes con indicación prolongada de cesárea, y en el 61% de las historias con indicación oportuna de cesárea. En la **discusión** se expone que la indicación oportuna de cesárea se encuentra por debajo de las expectativas de Ministerio de Salud Pública (70%). **Conclusiones:** El sistema de monitorización en la indicación oportuna de cesárea no cumple con los estándares e indicadores en el 41% de las Historias Clínicas, y su ausencia se relaciona con la presencia de complicaciones obstétricas y neonatales en el 39% de los casos. Se **recomienda** realizar una reunión con el equipo de salud para lograr mejorar el porcentaje de cumplimiento de la monitorización en la indicación oportuna de cesárea en

la Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito, así como realizar monitorizaciones continuas con el objetivo de vigilar el cumplimiento de la misma.

**Palabras clave:** cesárea, normativa

## **ABSTRACT**

The Ministry of Public Health takes as a priority maternal neonatal health by bringing standards and protocols into practice. The Ministry of Public Health takes as its priority the maternal and neonatal health by bringing to the attention the standards and protocols to be followed and to comply with maternal and neonatal care. In order to determine if the monitoring system in the timely indication of cesarean section meets the standards and indicators, and if the absence of these is related to the presence of obstetric and neonatal complications in the Metropolitan Health Unit of South of Quito, Performed an observational, cross-sectional, observational study in a sample of 33 clinical records that met the inclusion and exclusion criteria. Measured variables included intrapartum monitoring, obstetric pathologies, cesarean motif and obstetric or neonatal complications. As a main result we found that the timely indication of cesarean section was present in 59% of the Clinical Histories and absent, or prolonged (greater than 30 minutes) in 41%. Obstetric and neonatal complications were present in 39% of the Clinical Histories of patients with prolonged cesarean indication, and in 61% of the histories with a timely indication of cesarean section. The Discussion states that the timely indication of cesarean section is below the expectations of the Ministry of Public Health (70%). Conclusions: The monitoring system in the timely indication of cesarean does not meet the standards and indicators in 41% of the Clinical Histories, and its absence is related to the presence of obstetric and neonatal complications in 39% of the cases. It is recommended that a meeting be held with the health team in order to improve the percentage of compliance with the monitoring of the timely indication of cesarean

section in the Metropolitan Health Unit of Quito, as well as to carry out continuous monitoring with the objective of monitoring compliance with the To follow and comply with maternal-neonatal care.

Key words: cesarean section, normative

# **CAPÍTULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

La gestión de calidad en salud ha sido definida como un conjunto de acciones sistematizadas y continuas destinadas a prevenir y/o resolver oportunamente, problemas o situaciones que impidan otorgar el mayor beneficio posible o que aumenten los riesgos de las usuarias (Ministerio de Salud, 2013).

A nivel mundial, la salud reproductiva y en concreto, todos los aspectos relacionados con los cuidados de salud durante el embarazo, parto y posparto, son temas de especial relevancia, tanto para la propia mujer, su hijo, su familia, la comunidad, así como para los servicios sanitarios y la sociedad en general (Coronel, 2012).

En las últimas décadas, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ha acumulado una importante experiencia en el conocimiento de los determinantes sociales y culturales de la salud materna y neonatal, en la aplicación de estrategias de promoción, prevención y tratamiento de las emergencias obstétricas y neonatales con personal calificado, así como en la mejora de la calidad de atención con enfoque intercultural. Con la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia implementado nuevos mecanismos de asignación y gestión local de recursos financieros, así como importantes procesos de participación y veedurías ciudadanas que permiten asegurar que tenemos el conocimiento estratégico y la voluntad política para cambiar radicalmente esta inequidad e injusticia social (Ministerio de Salud Pública, 2008).

El Ministerio de Salud Pública en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional está implementando cambios estructurales, que se enmarcan en el proceso de cambios en el área de salud que el gobierno actual viene impulsando desde el año 2007. La Constitución Ecuatoriana aprobada en el 2008, recogió las aspiraciones y propuestas de los sectores democráticos del país, que se plasmaron en un conjunto de principios y mandatos que reconocen los derechos fundamentales de la población, una nueva institucionalidad que garantice esos derechos, un ordenamiento social que fortalezca el convivir democrático y la plena participación de la ciudadanía. La mirada social y multidimensional del proceso salud enfermedad definido en el marco legal vigente, redimensiona e imprime necesariamente nuevos desafíos al sector salud para superar el histórico abandono al que estuvo sujeto (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Se buscan mecanismos que al implementarlos permitan mejorar la calidad de la atención en temas que impactan positivamente en la disminución de la muerte materna y neonatal, con un sistema que contribuya al mejoramiento de la salud de los habitantes del país a través de mecanismos de regulación externa de la calidad de atención y mecanismos internos de monitoreo y mejoramiento continuo de la calidad de los servicios lo que es deseable en todas las instituciones que hacen atención perinatal (Ministerio de Salud Pública, 2008).

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha realizado publicaciones para el reporte y análisis de indicadores de calidad en los diferentes niveles del sistema con la finalidad

de reducir las muertes maternas y neonatales permitiendo mejoras en la calidad de atención materno neonatal. (Ministerio de Salud Pública, 2008).

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar (MAIS), menciona como objetivo estratégico la implementación de un sistema de control de los servicios de calidad teniendo como principios la eficiencia y eficacia permitiendo garantizar la calidad en atención a los usuarios (Coronel, 2012).

La Salud Materna, es el bienestar físico, emocional y social vinculado al embarazo, el parto y post parto. Sin embargo, el parto vaginal no es la única manera de recibir un neonato, ya que desde tiempos muy antiguos se usó el parto por cesárea, esta técnica quirúrgica que en su origen sirvió únicamente para salvar la vida de productos cuyas madres se encontraban moribundas y en el influyen muchos factores que pueden afectar o beneficiar a un recién nacido y que ejerce acción directa en el bienestar físico, emocional, económico, social y cultural, no solo de la madre, sino también de la familia, se ha considerado una cirugía relativamente segura con muchos beneficios para la madre y el feto, siempre y cuando se cumplan las guías o protocolos, así como las normas a seguir. (Coronel, 2012)

En los estudios que se realizaron en el país se logró demostrar que la falta de un modelo a seguir da resultados no favorables, razón por la que es objeto de análisis hasta el momento.

## **1.1. OBJETIVOS**

### **1.1.1. Objetivo general**

Determinar si el sistema de monitorización en la indicación oportuna de cesárea cumple con los estándares e indicadores, y si la ausencia de estos se relacionó con la presencia de complicaciones obstétricas y neonatales en la Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito.

### **1.1.2. Objetivos específicos**

- Determinar el porcentaje de cumplimiento de la monitorización intraparto de acuerdo a estándares e indicadores.
- Determinar si existió una indicación oportuna de cesárea en las pacientes seleccionadas para el estudio.
- Observar si el cumplimiento de la monitorización o su ausencia se relacionaron con complicaciones obstétricas y neonatales.

## **1.2. HIPÓTESIS**

El sistema de monitorización en la indicación oportuna de cesárea de la Unidad Metropolitana De Salud Sur cumple con los estándares e indicadores señalados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, por lo tanto, no se relaciona con las complicaciones obstétricas y neonatales que se presentan en la institución.

## **CAPÍTULO II**

### **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

#### **2.1. ORIGEN E HISTORIA DE LA NORMATIVA**

Desde 1998, la Dirección Nacional de Desarrollo de Servicios de Salud realizó e implementó un modelo de gestión para mejorar los servicios de salud en 17 hospitales cantonales del país, un año después, la Subsecretaría General de Salud y la Unidad de Garantía de Calidad, desarrollaron una investigación para mejorar el manejo del sistema de documentación hospitalaria. En el año 2001, la Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud y la Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, a través de una investigación demostraron que al aplicar un modelo de gestión y el cumplimiento de estándares clínicos mejoraría la calidad de atención en salud de las instituciones, publicándose años más tarde este Manual técnico, operativo, administrativo y financiero del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, con acuerdo ministerial # 537, en donde se incluye el capítulo del sistema de mejoramiento continuo de la calidad, con estándares para ser medidos por las Unidades Operativas (Ministerio de Salud Pública, 2008).

En los años siguientes, el MSP difunde este manual a otras áreas de salud del país, con la formación y capacitación de equipos de mejoramiento bajo la conducción de facilitadores provinciales, además actualiza el set de estándares, mediante la acogida de análisis y sugerencias nacionales, provinciales y locales que se dieron durante esos tres años siguientes (Ministerio de Salud Pública, 2008).

Desde el 2002 el Ministerio de Salud Pública del Ecuador arrancó con una iniciativa para mejorar la calidad de la atención con la implementación de estándares de calidad de la atención materna para disminuir muerte materna (Ministerio de Salud Pública, 2015).

En el 2006, por medio de un acuerdo Ministerial N° 0284, se aprobó y autorizó la publicación del Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos, el cual permite evaluar la calidad de la atención materno - infantil en las instituciones de salud (Ministerio de Salud Pública, 2008).

En el 2008 esta propuesta pasó a ser un programa y política oficial del País con el lanzamiento del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonata cuyo objetivo específico es organizar las redes de Cuidados Obstétricos y Neonatales esenciales, empleando evidencia científica para mejorar la calidad y ampliar la cobertura de la atención materna y neonatal (Coronel, 2012).

## **2.2. IMPORTANCIA DE LA NORMATIVA MATERNO INFANTIL**

La mortalidad materna y neonatal son indicadores sensibles que traducen el grado de desarrollo y garantía de los derechos en la sociedad. Cuando una mujer muere se compromete el desarrollo de los hijos y la familia, especialmente de los más pequeños ya que tienen mayor probabilidad de morir, de presentar malnutrición y de tener a futuro una educación adecuada. Al morir un recién nacido compromete el futuro de la sociedad al ser considerado una tragedia que afecta al paciente, su familia y al personal de salud y pone en manifiesto la calidad de atención que se dio a la gestante (Ministerio de Salud Pública, 2008).

El Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno actual, asume el compromiso de mejorar la calidad y esperanza de vida de la población y de reducir la muerte materna en un 30 % y la mortalidad neonatal en un 35 %, en sintonía con diversos acuerdos y metas regionales de los cuales somos signatarios (Ministerio de Salud Pública, 2008).

El MSP reconoce que para lograr mejorar la atención no basta con tener una norma nacional actualizada, sino que es necesario asegurar su aplicación efectiva y sostenida (Ministerio de Salud Pública, 2008).

La implementación de un sistema de autoevaluación en Servicios de Obstetricia, Ginecología y Neonatología, constituye una herramienta de gestión que permitirá realizar un diagnóstico de la situación, analizar y determinar cómo se realiza la atención respecto a parámetros definidos y en caso necesario, orientará cuales son los aspectos a mejorar. Esta herramienta, puede ser utilizada para evaluar el mismo indicador en dos períodos de tiempo distintos, para comparar resultados de años consecutivos y ver la evolución de la asistencia clínica y la implementación de estrategias de mejora. Además se pueden comparar los resultados de un período, con los estándares, permitiendo valorar la calidad de la atención, con respecto a estos (Ministerio de Salud Pública, 2013).

El Ministerio de Salud Pública en ejercicio de las atribuciones legales concedidas por los artículos 176 y 179 de la constitución política de la república del Ecuador y el artículo del régimen jurídico y administrativo de la función ejecutiva acuerda. En el artículo 2.- Aprobar y autorizar la publicación de plan de reducción acelerada y de la muerte

materna y neonatal y los capítulos normativos de la norma y protocolos de salud sexual y reproductiva que los sustentan como son las normas y protocolos de atención materna – neonatal, manual de estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de atención materno-neonatal y la guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado. Citado por Distrito Metropolitano de Quito por la Ministra de Salud Carolina Chang Campos en agosto 2008 (Ministerio de Salud Pública 2008).

La meta que surgió de las normativas es mejorar la salud materna y reducir en un 75 % la tasa de mortalidad hasta el año 2015 con lo que se alcanzará un paso gigante en la salud reproductiva (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Siendo la salud sexual y reproductiva importante para las personas, para la sociedad y el país La Organización Mundial de la Salud indica que la tasa de nacimientos por cesárea en un país debe estar en un rango entre el 5 y el 15% del total de nacimientos, si el porcentaje está por debajo de 5% indica inaccesibilidad a la cirugía; mientras que, una tasa mayor del 15% indica un abuso del procedimiento (OMS, 2009).

A nivel mundial la cesárea es realizada en un alto porcentaje de embarazadas; en Europa se reporta una incidencia de 21%, en Estados Unidos 26 %, en Australia 23% y en Latinoamérica (Chile, Argentina, Brasil, Paraguay y México) rebasa el 50% (Ministerio de Salud Pública, 2009).

En el País datos publicados por el INEC en relación a los partos por cesárea se ha visto un incrementaron en los últimos 8 años, alrededor del 60% representando el 8.83% de

las diez primeras causas de ingreso hospitalaria, frente al 14.52 % de partos únicos espontáneos (Portilla, 2015).

En el Ecuador, en el año 2014 el índice de cesáreas solo del MSP fue de 41.2% (Ministerio de Salud Pública, 2008) y en América Latina el porcentaje de cesáreas se sitúa alrededor del 38% (Portilla, 2015).

Asumiendo que las complicaciones obstétricas y neonatales son un gran compromiso para el sistema de salud, la gran parte de enfermedades son prevenibles mediante la investigación, reajuste, ejecución de elementos como programas de salud que acceden mejoraras en la calidad de atención de salud consintiendo un bombazo efectivo en el descenso de fallecimientos materno –neonatal. El Ministerio de Salud Pública mediante el sistema de vigilancia tiene por objeto el cumplimiento de las normas en atención materno fetal en las diferentes instituciones de salud evitando así complicaciones obstétricas neonatales (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Por lo que, se debe tener controles técnicos para la evacuación de un hospital que mantiene tasas altas de atenciones obstétricas como es el caso de la Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito que desde hace años cuenta con un sistema de atención en salud para los usuarios, contando con servicios de consulta externa en ginecología-obstetricia, emergencia, centro obstétrico, quirúrgico, cuidados intensivos neonatales, hospitalización materno fetal. Atención que desde el 18 de agosto del 2014 fue suspendida, tras un informe técnico presentado por la Agencia Metropolitana de Control y el Cuerpo de Bomberos de Quito luego de que el edificio de atención

localizado en Chiriyacu sufriera daños debido a los sismos registrados en esas fechas (Agencia DPA, 2015).

Dando lugar a la reubicación y reorganización del personal operativo de la Unidad en otras instalaciones, comenzando a trabajar después de cinco meses en otra Unidad, perjudicando la realización del seguimiento y control de los estándares e indicadores para medir la calidad de atención materno-fetal para evitar las complicaciones obstétricas, neonatales, y asesorar una valoración adecuada del riesgo obstétrico evitando el incremento de cesárea indebidas. En un estudio realizado en el año 2012 - 2013 en la Unidad Metropolitana de Salud Sur, se encuentra un aumento en los porcentajes de cumplimiento de estándares e indicadores relacionados con una indicación oportuna de cesárea que cuantitativamente mejora de forma significativa los resultados obstétricos y neonatales y a pesar de mantener los estándares de calidad actualizados aparentemente no se ha podido reducir los números de cesárea (aunque no fue la intención del estudio), teniendo en cuenta que esta Unidad de Salud es un Hospital docente, donde constantemente se realizan cambios de personal, en este caso postgradistas, que se supone están siendo preparados para el manejo actual de las normativas nacionales y que son los que constantemente están atendiendo a las gestante que llegan a la unidad de salud, no se ha observado por parte de las autoridades las capacitaciones pertinentes para mantener los estándares de calidad. Esto da a pensar que existe falta de coordinación por parte las autoridades municipales en bienestar del futuro profesional de especialidad del país el cual está en formación, realizando prácticas docentes que deben de ser actualizadas con justificación médica y científica y al no

conseguir dominar y saber los estándares de calidad que al momento son necesarios para la defensa de las diferentes causas legales a las que se pueden enfrentar o mantienen durante sus años de formación, dando lugar a perjuicios no solamente en su vida personal sino también en su carrera profesional por no tener un respaldo para su seguridad y defensa ante las leyes del país, además el manejo de los códigos de CIE 10 no han logrado ser dominados por el total de profesionales médicos que trabajan en la institución, motivo por el que se mantienen errores estadísticos y de producción mensual de las diferentes patologías atendidas en la casa de salud.

La mortalidad materna es un indicador sensible del desarrollo humano, por eso en el año de 1998 el Ecuador lo declaró mediante acuerdo ministerial No.1804, “prioridad de estado” (Constitución de la República del Ecuador, 2008), Garantizando el derecho a la salud, su promoción, protección, y el acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud conforme a principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia, de acuerdo a lo que dictamina nuestra constitución, en su artículo 42 (Portilla, 2015).

Esta atención establece cuidados y su desarrollo normal del embarazo, por medio del empleo de tecnología apropiada y el reconociendo o la toma de decisiones que podrían beneficiar a la gestante al requerir una intervención para su beneficio relacionado con los cuidados de salud durante el embarazo, parto y postparto (Ministerio de Salud Pública, 2015).

### **2.3. UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD SUR**

La Unidad Metropolitana de Salud Sur es un Hospital Gineco-Obstétrico, Pediátrico, que brinda atención y tiene como objetivo institucional proporcionar servicios médicos y hospitalarios de calidad a la comunidad de Quito (Ministerio de Salud Pública, 2007)

Este es un Hospital docente, trabaja con estudiantes de pre y post grado de diferentes universidades, es un hospital de referencia, se encuentra ubicada en la provincia de Pichincha, al sur de la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano de Quito, Administración Zonal Sur Eloy Alfaro, sector el camal donde presta servicios de consulta externa en las áreas de ginecología-obstetricia, pediatría, medicina interna, odontología, ecografía obstétrica. Y desde enero del 2015 en el sector de la Villaflora, entre las avenidas Pedro Vicente Maldonado y avenida Alonso de Angulo esquina, los servicios de emergencia, hospitalización y cirugía en Ginecología-Obstetricia y neonatología, laboratorio e imagenología, cumple con el sistema de referencia y contrarreferencia establecido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (Agencia DPA, 2015).

Fue fundada en el mes de noviembre de 1959, por la Señora Isabel Ochoa de Moreno esposa del Alcalde de la ciudad de Quito en ese entonces, el objetivo de esta institución era de ayudar en la protección de personas, salvaguardando la salud de la comunidad, a través de los servicio de salud a personas de insuficientes o bajos recursos económicos. En el año de 1966 mediante decreto No. 1367 se inicia la construcción del Patronato Municipal "San José" edificio que comienza a funcionar el 2 de enero de 1967 (Silva, 2012).

Con la finalidad de contribuir con el mejoramiento continuo del nivel de salud, el Municipio de Quito y sus políticas han permitido que se realicen varias innovaciones en la Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito y así brindar una atención de calidad certificada, contribuyendo con el desarrollo administrativo, técnico y científico a favor de la salud de la comunidad (Martínez, 2008).

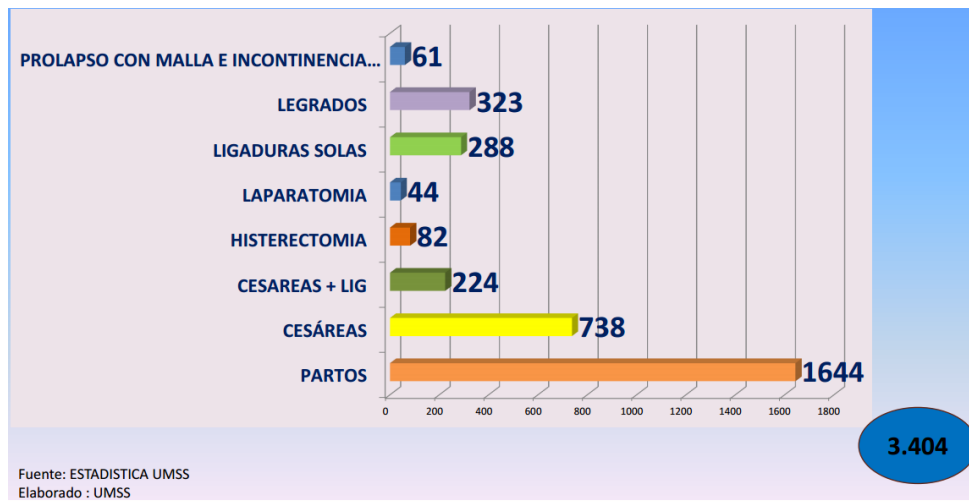
Figura 1: Unidad Metropolitana de Salud Sur



Fuente: Secretaría de Salud de Quito. (2016). Unidad Metropolitana de Salud Sur. Recuperado de [http://www.quito.gob.ec/documents/rendicion\\_cuentas2015/secretaria\\_salud/UMSS/Informe\\_Rendicion\\_de\\_Cuentas2015.pdf](http://www.quito.gob.ec/documents/rendicion_cuentas2015/secretaria_salud/UMSS/Informe_Rendicion_de_Cuentas2015.pdf)

El área de influencia poblacional directa es de 64,477 habitantes y 429,112 habitantes de los siguientes barrios: Chilibulo, San Bartolo, Chimbacalle, La Argelia, Solanda, Lloa y la Magdalena.

Figura 2: Estadística de la Unidad Metropolitana de Salud Sur, año 2015



Fuente: Secretaría de Salud de Quito. (2016). Unidad Metropolitana de Salud Sur. Recuperado de [http://www.quito.gob.ec/documents/rendicion\\_cuentas2015/secretaria\\_salud/UMSS/Informe\\_Rendicion\\_de\\_Cuentas2015.pdf](http://www.quito.gob.ec/documents/rendicion_cuentas2015/secretaria_salud/UMSS/Informe_Rendicion_de_Cuentas2015.pdf)

#### 2.4. Estándares de Calidad en la Unidad Metropolitana de Salud Sur

En el mes de junio del 2003 la Unidad Metropolitana de Salud Sur instaure un sistema de gestión de calidad con el propósito de obtener el certificado ISO 9001:2000 dando inicio a un proceso de capacitaciones al personal, llegando a obtener el certificado en el año de 2007 en el área de Centro Quirúrgico-Obstétrico y un año más tarde en el área de neonatología (Silva, 2012).

Al ser la Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito un Hospital docente, donde se han realizado y se realizan estudios de investigación que tienen la finalidad de ayudar a mejorar la calidad de atención materno neonatal, evitar complicaciones obstétricas, dar un mejor servicio a los usuarios y a la población en general que acuden a la unidad de

salud, a través de los resultados obtenidos por estas investigaciones ya realizadas se ha podido valorar diferentes áreas de la institución y realizar las correcciones pertinentes para obtener buenos resultados a futuro (Martínez, 2008).

Datos estadísticos de la Unidad Metropolitana de Salud Sur señalan que de enero a agosto del 2014 se realizaron 654 cesáreas y 1122 partos, de febrero a diciembre del 2015 se han realizado 962 cesáreas y 1644 partos, de lo que va en este año de enero a abril se han realizado 232 cesáreas y 524 partos.

Por medio del manual del MSP de estándares, indicadores el mismo que sirve como instrumento para medir la calidad en atención materno fetal, en las diferentes unidades de salud de nuestro país, contribuyendo con el progreso en la ciencia, salud y satisfacción de las que acuden a las diferentes unidades de salud (Ministerio de Salud Pública, 2008).

El impacto de las decisiones médicas suele causar pérdidas en cuanto a la calidad y cantidad en la salud, dando lugar a costos elevados en la salud, debido a la estrecha relación que existen entre la salud, el tiempo y calidad de vida, los altos costos en la salud son el resultado de las intenciones de personas que están vinculadas con la salud como el profesional médico, enfermeras, etc. Dando lugar a errores durante el proceso de atención del paciente, estas decisiones médicas conllevan a gastos en recursos personal, tiempo y materiales de la institución y en muchas ocasiones a indemnizaciones a pacientes, si no se corrigen las causas que contribuyen en una institución a las malas decisiones por el personal de salud y a la mala calidad de atención los problemas que se

presenten serán cada vez más frecuentes, impredecibles y más graves lo que causará desprestigio a la institución, desmotivación del personal, demandas por parte del usuario, conllevando a que los recursos disponibles se empleen para resolver problemas, dando lugar a la desatención de otras necesidades de salud de la población, el ejemplo más claro son las cesárea innecesarias (Villanueva, 2016).

Para saber que una institución de salud está cumpliendo con los estándares debemos de medir los indicadores que son una herramienta de análisis cuantitativo de calidad y a través del monitoreo continuo nos garantiza su función eficiente para lo cual debemos definir cuáles serán los estándares e indicadores a evaluar, como partos atendidos con partograma calificado correctamente y en los que se tomaron decisiones frente desviaciones de la curva de dilatación cervical, en los casos de pacientes con complicaciones obstétricas como fueron manejadas, al realizar la recolección de la información para el análisis y retroalimentación que contribuya a la toma de decisiones adecuadas en bien del paciente y la institución (Ministerio de Salud Pública, 2008).

La literatura señala que la cesárea realizada de manera oportuna reduce los peligros de salud materna y neonatal, pero cuando se realiza sin las indicaciones precisas o de manera pertinente, los riesgos superan los beneficios, lo que forma varias complicaciones para la gestante sometida a este procedimiento (Silva, 2012).

Al evaluar y monitorear los estándares e indicadores de calidad en la atención materno neonatal podremos establecer si las causa que llevan al especialista a decidir la terminación del embarazo por vía alta, cesárea se encuentra justificadas, dentro de la

normativa, lo que se refleja y demuestra al seguir y cumplir los parámetros que valoran el manual de estándares e indicadores de calidad materno neonatal (Ministerio de Salud Pública, 2008)

El Ministerio de Salud Pública registra que para lograr mejorar la atención en las unidades de salud no basta con tener una norma actualizada, es también preciso asegurar la aplicación de la misma. Para lo cual se incorporan métodos y herramientas que garantizan su cumplimiento y su conocimiento lo que permite endurecer la capacidad del personal para la aplicación segura de los estándares e indicadores fortaleciendo los diferentes niveles y unidades de salud que muestren deficiencias. (Ministerio de Salud Pública, 2008)

## **2.5. ESTÁNDARES E INDICADORES UTILIZADOS PARA MEDIR LA ATENCIÓN DEL PARTO. MSP DEL ECUADOR**

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha elaborado el Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la atención materno neonatal (Ministerio de Salud Pública, 2008), y cumplir los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, mejorando la calidad de atención que se brinda a la población ecuatoriana a través de sus Servicios de Salud. Se trata de un documento que presenta los estándares, instrumentos e instructivos, basados en la Norma Nacional y en la evidencia científica, diseñados para que los equipos de mejoramiento continuo de la calidad de las unidades operativas recojan la información necesaria y puedan a través de los indicadores evaluar el cumplimiento del estándar y por ende de la norma. Cada instrumento tiene su

respectivo instructivo, en el que se indica cómo obtener los datos, el llenado del formulario y procesamiento del mismo.

Los estándares que se relacionan en la norma de complicaciones obstétricas y neonatales del MSP con la indicación oportuna de cesárea son: (Ministerio de Salud Pública, 2008)

**Estándar 1:** Lista de insumos, equipos y medicamentos esenciales para la atención materna y neonatal

**Estándar 2:** Porcentaje de mujeres embarazadas en cuyo control prenatal (en cualquier semana de gestación) se le realizaron y registraron actividades seleccionadas según la norma

**Estándar 3A:** Porcentaje de partos atendidos en las Unidades de Salud con partograma, graficando correctamente la curva de alerta y la curva de dilatación cervical real de la paciente, registrando el descenso de la presentación, la tensión arterial, la actividad uterina (frecuencia y duración) y la frecuencia cardíaca fetal.

**Estándar 3B:** Porcentaje de partos atendidos en las Unidades de Salud en los que se tomó decisiones frente a desviaciones de la curva de dilatación cervical del partograma.

**Estándar 4:** Porcentaje de partos vaginales atendidos en las Unidades de Salud en los que se administró a la parturienta 10 UI de Oxitocina IM dentro del minuto después del nacimiento del/a RN, como parte del MATEP y se registró en la historia clínica perinatal

**Estándar 5:** Porcentaje de pospartos inmediatos en los que se controló y registró en la historia clínica perinatal en tres controles obligatorios durante las dos primeras horas, las actividades seleccionadas según la norma

**Estándar 6:** Porcentaje de recién nacidos/as en los/as que se realizó y registró en la historia clínica perinatal por lo menos 11 actividades seleccionadas de la Norma

**Estándar 7:** Porcentaje de partos atendidos por personal profesional capacitado (médico u obstetrix)

**Estándar 8:** Porcentaje de pacientes con Preeclampsia, eclampsia y Hemorragias Obstétricas (complicaciones obstétricas) que fueron manejadas de acuerdo a la norma

**Estándar 8 A:** Porcentaje de pacientes con Pre eclampsia y Eclampsia que fueron manejadas de acuerdo a la norma

**Estándar 8 B:** Porcentaje de pacientes con Hemorragias Obstétricas que fueron manejadas de acuerdo a la norma

**Estándar 8 C:** Porcentaje de pacientes con infección / fiebre de causa obstétrica: aborto séptico, corioamnionitis, endometritis, que fueron manejadas de acuerdo a la norma

**Estándar 8 D:** Porcentaje de amenazas de parto pretérmino en los que se administró corticoides y se registró en la HCP.

**Estándar 8 E:** Porcentaje de amenazas de parto pretérmino en los que se administró tocolíticos y se registró en la HCP

**Estándar 8 F:** Porcentaje de embarazadas con RPM que fueron atendidos de acuerdo a la norma.

**Estándar 9 A:** Porcentaje de recién nacidos/as con infección sistémica que fueron manejadas de acuerdo a la Norma.

**Estándar 9 B:** Porcentaje de recién nacidos/as con trastornos respiratorios que fueron manejadas de acuerdo a la Norma

**Estándar 9 C:** Porcentaje de recién nacidos/as con prematuridad / peso bajo que fueron manejadas de acuerdo a la Norma

En cuanto a los estándares e indicadores del proceso de atención del parto se debe contar con los siguientes elementos:

1. Partograma con curva de alerta graficada en el reverso del formulario 051 y la curva de dilatación cervical.

Para calificar a un partograma como correctamente graficado se toman en cuenta las siguientes consideraciones:

- Selección adecuada del patrón de construcción de la curva de alerta. Para ello debe estar trazada una línea vertical en la parte izquierda del formulario del partograma, la cual debe señalar las condiciones de la embarazada y la hora de inicio del partograma.
- Identificación del punto de partida
- Ingreso temprano (menor de 4 a 5 cm de dilatación), el punto donde la curva de dilatación cervical cruza la línea de base del partograma.
- Ingreso tardío (más de 4 a 5 cm de dilatación)
- Curva del progreso de la dilatación cervical desde su ingreso al nacimiento.
- Registro adecuado del descenso de la altura de la presentación fetal en el partograma.

- Registro de control del momento de la evaluación de la dilatación cervical, la tensión arterial, la actividad uterina (frecuencia y duración) y la frecuencia cardíaca fetal.

2. Toma de decisiones frente a la desviación de la curva de dilatación cervical del partograma.

En la Historia Clínica debe registrarse si las decisiones se tomaron en base a la desviación de la curva de dilatación cervical en el partograma.

a) Se evaluó a la paciente en un máximo de 30 minutos del inicio del cambio de la curva por un especialista o profesional capacitado para la toma de decisiones clínicas.

b) Se realizó el manejo terapéutico de acuerdo al diagnóstico de la complicación.

3. Porcentajes de partos vaginales a los que se les administró a la parturienta 10 UI de oxitocina intramuscular dentro el minuto después del nacimiento del/a recién nacido/a como parte del manejo activo del tercer periodo del parto y se registró en la Historia Clínica Perinatal.

4. Atención en el post parto

Registro de la hora, temperatura, pulso, tensión arterial, involución uterina y las características de los loquios en el post parto.

En esta tesis se utilizarán los estándares e indicadores de complicaciones obstétricas que puedan ser relacionados con una indicación oportuna de cesárea, como el estándar 3A donde valora el registro de cada parámetro del trabajo de parto más los signos vitales de la paciente y la frecuencia cardíaca fetal, el estándar 3B. permitiendo valorar la toma de decisión frente a la desviación de la curva de acción registrada en el partograma.

Además se tomará en cuenta el cumplimiento de los estándares relacionados con las patologías obstétricas.

## **2.6 DEFINICIONES**

**Estándar:** Se define como Estándar al nivel de desempeño deseado, previamente definido y factible de alcanzar. Tiene la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad de atención de salud (Ministerio de Salud Pública, 2007).

Los estándares e indicadores de calidad ayudan a determinar los problemas operativos que deben resolverse para satisfacer el nivel acordado de desempeño, además ayuda a revelar cuales de las estructuras, sistemas o equipo de la unidad de salud, necesita atención permitiendo detectar deficiencias de la estructura y del proceso, permitiendo planificar medidas que ayuden a corregir y mejorar la calidad en los servicios de salud (Ministerio de Salud Pública, 2008).

### **Complicaciones Obstétricas**

**Hemorragia de la primera mitad y de la segunda mitad del embarazo:** Toda pérdida de sangre producida por los siguientes casos: embarazo ectópico; mola y aborto; placenta previa; desprendimiento prematuro de la placenta; ruptura uterina, que requiere estabilización del estado hemodinámico (Ministerio de Salud Pública, 2008).

Las complicaciones obstétricas pueden presentarse durante el parto o dentro de las 24 horas después de su terminación. (Ministerio de Salud Pública, 2013).

**Hemorragia parto y postparto:** Pérdida de sangre mayor a 500 ml en el parto y 1000 ml en las cesárea, que requiere tratamiento suministro de líquidos por vía endovenosa o transfusión de sangre en casos como retención de la placenta o restos, hipotonía o atonía uterina, placenta anormalmente adherente, desgarros que pueden ser cervicales o vaginales, inversión uterina (Coronel, 2012).

Para evitar, disminuir la morbilidad y mortalidad materna-neonatal durante la atención del parto se requiere y se sugieren seguir las normativas del Ministerio de Salud Pública las mismas que deben de ser seguidas por personas calificadas lo que contribuye a evitar complicaciones mediante la aplicación de un procedimiento seguro con justificación médica y científica (Ministerio de Salud Pública, 2008).

**Ruptura prematura de membranas:** Es la discontinuidad de las membranas amnióticas que cubren y protegen al feto en ausencia de contracciones uterinas, dando lugar al escurrimiento de líquido amniótico y complicaciones maternas y neonatales, esto puede suceder antes de que empiece el trabajo de parto y puede ocurrir cuando el feto no ha madurado lo que se conoce como pretérmino término que se da antes de las 37 semanas de gestación, o cuando ya ha madurado conocido como a término mayor de las 37 semanas de gestación (Herrera, 2016).

**Edad Gestacional:** La edad Gestacional: Es definida como el tiempo del embarazo que va desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento, se expresa en semanas y días completos (Ministerio de Salud Pública, 2015).

**Embarazo sin riesgo o normal:** Es definido como el estado físico de la mujer que se inicia con la fecundación, terminando con el parto, nacimiento del producto a término, sin complicaciones siendo atendido en un servicio de salud de primer nivel de complejidad (Ministerio de Salud Pública, 2015).

**Embarazo de Riesgo:** Es cuando se tiene la certeza o existe la probabilidad de presentar estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto aumentando los peligros para la salud de la madre y el neonato (Ministerio de Salud Pública, 2015).

**Cesárea:** Es definida como la intervención quirúrgica que permite extraer un feto mediante laparotomía e incisión de la pared uterina, constituyendo un procedimiento obstétrico fundamental para reducir daños al recién nacido y a la madre, siempre y cuando se realice bajo justificación médica, por una contraindicación de un parto por vía vaginal (Ministerio de Salud Pública, 2015).

**Partograma:** Formulario empleado para el registro del trabajo de parto, se le reconoce a nivel internacional como un medio que permite visualizar y evaluar el proceso dinámico del trabajo de parto, toma en cuenta la dilatación cervical y el descenso de la presentación del feto, además opera como un método de alerta para los profesionales obstetras, su adecuado uso permite reducir la morbilidad y mortalidad materno/perinatal mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución normal del trabajo de parto y parto, seguimiento adecuado del trabajo de parto, permitiendo que el profesional médico tome una intervención oportuna para el bienestar del paciente gestante (Lavender, 2013).

## **CAPÍTULO III**

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **3.1. Diseño de la investigación**

El estudio que se realizó es un estudio observacional analítico de corte transversal, por medio del cual se evaluó el cumplimiento de la normativa del MSP para la monitorización en la labor de parto, empleando los estándares indicadores del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2008), como guías en la indicación oportuna de cesárea, relacionando el cumplimiento de la normativa con la presencia o ausencia de complicaciones obstétricas en la Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito.

#### **3.2. Nivel de la Investigación**

Descriptivo

#### **3.3. Población y Muestra**

Historias clínicas de pacientes de 19 a 35 años con embarazo a término de 37 a 42 semanas de gestación que se les realizó cesárea de emergencia en la Unidad Metropolitana de Salud Sur en un periodo entre Abril 2015 a Junio 2016.

#### **3.4. Universo**

#### **3.5. Universo (población objetivo)**

El Departamento de Estadística de la institución señala que durante el año 2015 la cantidad total de partos atendidos por cesárea fue de 738.

El manual de estándares indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materno neonatal del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2008) señala, en la página 46, que si el número de historias es menor o igual a 30, se tomarán todas, en cambio si supera las 30 historias clínicas, se elegirán aleatoriamente hasta completar una muestra de 30.

En esta investigación se tomarán en cuenta 33 historias clínicas más el 10%, con el objetivo de reservar un margen de error.

Las 33 Historias Clínicas en total serán seleccionadas al azar, a través de un sorteo, entre todas aquellas que consten registradas en el Departamento de Estadística de la institución durante el periodo 01 de abril de 2015 al 30 de junio de 2016 y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión de esta investigación.

### **3.6. Criterios de Inclusión**

Embarazo a término (37 a 42 semanas)

Edad Materna de 19 a 35 años

### **3.7. Criterios de Exclusión**

Cesárea anterior

Cirugía Uterina previa

Embarazo Múltiple

Distocia de presentación

Malformación congénita

Tumor que obstruya el canal de parto

Cerclaje

Prolapso de cordón umbilical

Placenta Previa

Placenta acreta, increta y percreta.

Riesgo de transmisión vertical

### **3.8. Variables del Estudio**

Las siguientes variables se tomaron en cuenta: número de historia clínica, monitorización intraparto, curvas de alerta y dilatación cervical, toma de decisiones frente a la desviación de la curva de dilatación cervical del partograma, atención en el post parto, patologías obstétricas motivo de la indicación de cesárea, tiempo entre la indicación de cesárea y la realización de la misma complicaciones obstétricas o neonatales.

### **3.9. Operacionalización de variables del estudio**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION</b>	<b>DIMENSION</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
Historia Clínica	Número de identificación de la paciente registrado como tal por el Departamento de Estadística	Número de historia clínica	Número de historia clínica	Cuantitativa Numérica
Monitorización intraparto	Registro en la Historia Clínica del	Cumple o no la normativa	Si No	Cualitativa Nominal

	cumplimiento de la normativa del MSP para la monitorización en la labor de parto			
Curvas de Alerta y Dilatación Cervical	Registro gráfico del trabajo de parto de acuerdo a la Normativa del MSP.	Graficó correctamente las curvas (alerta y dilatación cervical) en el partograma:	Si No a) Seleccionó adecuadamente el patrón de construcción de la curva de alerta de acuerdo a las condiciones propias de la embarazada. b) Identificó correctamente el punto de partida o punto “cero” de la curva de alerta. c) Graficó adecuadamente la curva de progreso real de la dilatación cervical de la embarazada desde su ingreso hasta el nacimiento. d) Registró el descenso de la presentación en el partograma desde su ingreso al nacimiento e) Controló y registró la tensión arterial, actividad uterina (frecuencia y duración), frecuencia cardiaca fetal.	Cualitativa Nominal
Toma de decisiones frente a la desviación de la curva de dilatación cervical del partograma	Registro en la Historia Clínica de la decisión tomada por el Médico Ginecólogo Tratante, en base a la desviación de la curva de dilatación cervical en el partograma	Se tomó una decisión en base a la desviación de la curva del partograma	Si No a) Se evaluó a la paciente en un máximo de 30 minutos del inicio del cambio de la curva por un especialista o profesional capacitado para la	Cualitativa Nominal

			toma de decisiones clínicas. b) Se realizó el manejo terapéutico de acuerdo al diagnóstico de la complicación	
Patologías Obstétricas	Registro en la Historia Clínica del diagnóstico de enfermedades relacionadas con el embarazo que presente la paciente	Tenía la enfermedades relacionadas con el embarazo	Presente Ausente	Cualitativa Nominal
Indicación oportuna de cesárea	Registro en la Historia Clínica de la indicación de cesárea en un periodo comprendido dentro de los 30 primeros minutos del registro de una desviación en la curva de alerta, por parte del Médico Ginecólogo Obstetra tratante del caso	Registró la indicación de cesárea en el tiempo que señala la normativa	Si No	Cualitativa Nominal
Motivo de la indicación de cesárea	Registro del diagnóstico ofrecido por el Médico Ginecólogo Obstetra tratante, por el cual se le señale la causa por la cual debe realizar una cesárea	Cuál fue el motivo de la indicación de cesárea	Cuál fue el motivo de la indicación de cesárea	Cualitativa Nominal
Tiempo entre la indicación de cesárea y la realización de la misma	Cantidad de minutos transcurridos entre la indicación de cesárea por el médico tratante, y la realización de la misma	Tiempo	30 minutos o menos 31 a 60 61 a 120 minutos Más de 120 minutos	Cuantitativa Numérica
Atención en el post parto	Registro en la Historia Clínica del control post parto de acuerdo a la normativa	Realizó la atención en el post parto de acuerdo a la norma	Si No Se registró la hora, temperatura, pulso, tensión arterial,	Cualitativa Nominal

			involución uterina y las características de los loquios	
Complicaciones obstétricas o neonatales	Registro de la presencia de complicaciones obstétricas o neonatales en la paciente o su producto	Hubo complicaciones obstétricas o neonatales	Presente Ausente	Cualitativa nominal

### **3.10. METODOLOGÍA**

#### **3.10.1. PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Para recabar la información relacionada con la investigación “Actualización y reajuste del Sistema de Monitorización en la indicación oportuna de cesárea empleando estándares e indicadores de complicaciones obstétricas y neonatales en la Unidad Metropolitana de Salud Sur entre Abril 2015 y Junio 2016”, se solicitará la autorización de las autoridades correspondientes de la Pontificia Universidad Católica, así como de la dirección de la Unidad Metropolitana de Salud Sur y el Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia, después de haber dado información detallada y por escrito de la presente investigación.

Se realizará una lista de base en la cual se encuentren anotados todos los números de Historia Clínica de las pacientes que egresaron de la institución con el diagnóstico de parto a través de cesárea en el periodo comprendido entre el 01 de octubre del 2016 al 30 de junio del 2016.

Se revisarán todas las Historias Clínicas, seleccionando aquellas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. De este grupo, se seleccionarán 33 Historias Clínicas al azar.

Se revisará cada Historia Clínica en búsqueda del cumplimiento de los estándares e indicadores del Ministerio de Salud Pública para la atención del parto (MSP, 2008) y si la toma de decisiones se realizó frente a la desviación de la curva de dilatación cervical del partograma, entre ellas, la indicación de cesárea, así como la presencia de patologías obstétricas, el tiempo entre la indicación de cesárea y la realización de la misma, complicaciones obstétricas o neonatales, anotando los datos en un instrumento especialmente diseñado para la presente investigación (anexo 1).

### **3.10.2. Fuentes de información**

a. Historia Clínica

### **3.10.3. Instrumento**

Para la presente investigación se ha diseñado un instrumento (Anexo 1) el cual consta de las siguientes partes:

a. Datos de Identificación: Número de Historia Clínica

b. Monitorización Intraparto: Curva de alerta y dilatación cervical, toma de decisiones frente a la desviación de la curva de dilatación cervical del partograma,

c. Atención en el postparto.

d. Patologías Obstétricas

f. Motivo de la indicación de cesárea

g. Complicaciones obstétricas o neonatales

#### **3.10.4. Registro de la Información en el instrumento. Estandarización**

El registro de la información en el instrumento será realizado únicamente por la participante de la presente investigación, de la siguiente manera:

1. Número de Historia Clínica, será colocado en números enteros, aquel que conste como tal en la Historia Clínica de la paciente.

2. Monitorización intraparto: Se anotará “Sí”, en el caso de que la Historia Clínica refleje el cumplimiento de la normativa del Ministerio de Salud Pública, o “No” en su defecto.

3. Curvas de Alerta y Dilatación Cervical. Se anotará “Sí” o “No” ante la presencia o ausencia de los siguientes parámetros:

a) Selección adecuada del patrón de construcción de la curva de alerta de acuerdo a las condiciones propias de la embarazada.

b) Identificación correcta del punto de partida o punto “cero” de la curva de alerta.

c) Graficación adecuada la curva de progreso real de la dilatación cervical de la embarazada desde su ingreso hasta el nacimiento.

d) Registro del descenso de la presentación en el partograma desde su ingreso al nacimiento

e) Control y registró la tensión arterial, actividad uterina (frecuencia y duración), frecuencia cardiaca fetal.

4. Toma de decisiones frente a la desviación de la curva de dilatación cervical del partograma. Se anotará “Sí” o “No” ante la presencia o ausencia de los siguientes parámetros:

a) Evaluación de la paciente en un máximo de 30 minutos del inicio del cambio de la curva por un especialista o profesional capacitado para la toma de decisiones clínicas.

b) Realización del manejo terapéutico de acuerdo al diagnóstico de la complicación

5. Atención en el post parto. Se anotará “Si” o “No” si se registró la hora, temperatura, pulso, tensión arterial, involución uterina y las características de los loquios.

6. Patologías Obstétricas. Se anotará si estaban presentes o no patologías obstétricas.

7. Motivo de la indicación de cesárea: Se anotará el motivo por el cual se decidió la indicación de cesárea.

8. Tiempo entre la indicación de cesárea y la realización de la misma. Se anotará el tiempo: 30 minutos o menos, 31 a 60 minutos, 61 a 120 minutos, Más de 120 minutos.

9. Complicaciones obstétricas o neonatales. Se anotará si existió la presencia de complicaciones obstétricas en la paciente y si se cumple con el estándar e indicador.

### **3.10.5. Archivo de la información**

Los datos contenidos en el serán introducidos en una hoja electrónica de Microsoft Excel, la cual tendrá la siguiente distribución: Las variables se ingresarán en forma horizontal en cada celda. Las pacientes serán enumeradas a partir de la segunda línea, una a continuación de otra. La introducción de datos se realizará en mayúscula total, sin espacios ni signos de puntuación, admiración o interrogación, excepto la coma para separar decimales, los cuales se digitarán en número no mayor a dos. Cada variable tendrá una única casilla de datos por paciente.

### **3.10.6. Plan de Análisis de Datos**

Para el análisis de los datos se utilizará el programa SPSS versión 18,0 desde el cual se calculará la estadística descriptiva e inferencial. La estadística descriptiva se analizará en número de casos, porcentajes, promedios, rangos y desviación estándar, reportándose en tablas comparativas diseñadas con líneas horizontales ó gráficos. La estadística inferencial se realizará a través de la prueba de chi cuadrado para las variables cualitativas y t de students para las variables cuantitativas. Se tomará como estadísticamente significativo un valor de “p” igual o menor a 0,05 y un nivel de confianza del 95%.

Los resultados se presentan en tablas comparativas, en un documento impreso, que contenga toda la presente investigación, de acuerdo a la normativa establecida por la Universidad Católica, para la entrega de protocolos de tesis, con el objetivo de ser aprobada y aplicada para defender el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia.

### **3.10. 7. Viabilidad**

El presente estudio es viable por tratarse de una investigación pertinente, coherente con los planteamientos y se acerca a la realidad.

### **3.10.9. Factibilidad**

El presente proyecto es factible, porque las pacientes que ingresan para cesárea en la Unidad Metropolitana de Salud Sur son numerosas y existe la predisposición de las autoridades para realizarla.

### **3.10.10. Normas Éticas**

El protocolo cumplirá con los lineamientos de la Declaración de Helsinsky (Anexo), ya que se desarrollará de forma independiente y libre de conflicto de intereses. Se vigilará que el estudio cumpla con los principios éticos de RESPETO al individuo, BENEFICENCIA (sin riesgos y siempre buscando el bienestar del individuo) y JUSTICIA (participación equitativa de todos los sujetos candidatos al estudio de investigación).

Siendo este estudio observacional, analítico, de corte transversal, en el que no se realiza ningún tipo de intervención experimental, que pueda intervenir negativamente en la evolución de las pacientes, sino que más bien, se observará y se registrará el sistema de monitorización de las pacientes durante la evolución obstétrica, con el manejo común que se realiza rutinariamente en la Unidad Metropolitana de Salud Sur, donde se realizará esta investigación.

Se resguardará la intimidad de las personas y la confidencialidad de la información brindada para este estudio, a través de un formulario anónimo para la recolección de datos. La información obtenida durante la investigación se manejará de forma numerada, identificando particularmente cada una a través del número de historia clínica, que para efectos de archivo serán considerados solo con numeración, con lo cual no se afecta en ninguna forma la confidencialidad de las pacientes, más sin embargo, para la veracidad y a efectos de si se deseara comprobar si la información fue correctamente tomada, se tendrá el número de la historia clínica con el número de cada hoja de registro.

El análisis de los resultados mantendrá los datos positivos y negativos que arroje la investigación, manteniendo siempre el respeto, altruismo y responsabilidad en el manejo de los mismos.

Además se contó con la autorización de las autoridades correspondientes de la Pontificia Universidad Católica, así como de la dirección de la Unidad Metropolitana de Salud Sur

y el Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia, después de haber dado información detallada y por escrito para realizar la presente investigación.

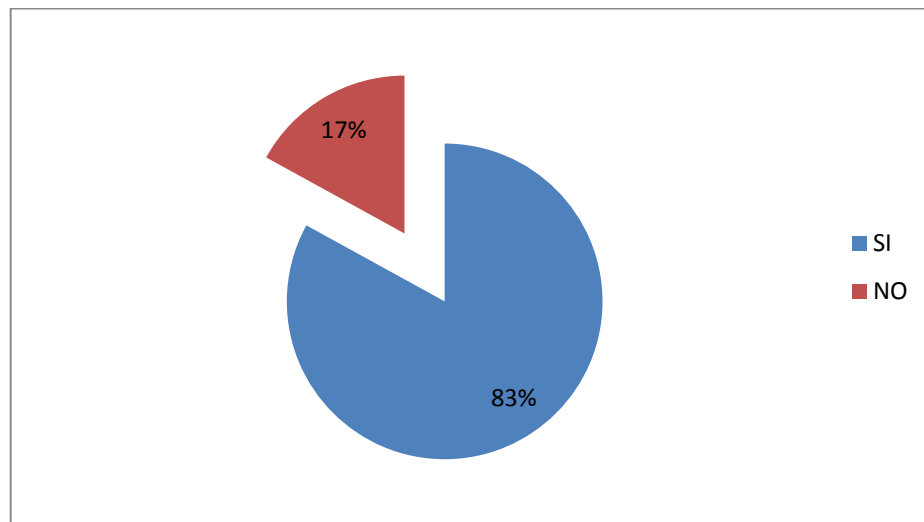
## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

Obtenidos en esta investigación a través del uso de gráficos:

*Gráfico No. 1*

*Distribución porcentual del cumplimiento del estándar 3A (% de partos atendidos en las Unidades de Salud con partograma, graficando correctamente la curva de alerta y la curva de dilatación cervical real de la paciente, registrando el descenso de la presentación, la tensión arterial, la actividad uterina -frecuencia y duración- y la frecuencia cardiaca fetal) en el período comprendido entre abril del 2015 y junio del 2016. Unidad Metropolitana de Salud Sur*



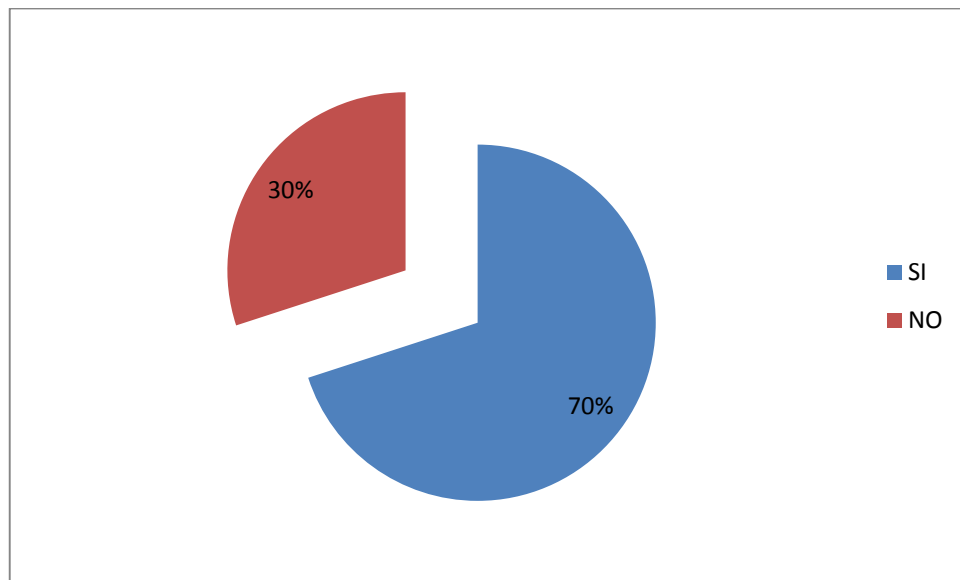
**Fuente:** Historias Clínicas Departamento Estadística UMSS.

**Realizado:** Dra. Mercy Tenorio

El estándar 3A, relacionado con las actividades concernientes a la correcta vigilancia y atención del parto según la norma de atención materna tuvo cumplimiento en 83% de las Historias Clínicas y ausente, incompleto o incorrectamente graficado en el 17%.

Gráfico No. 2

*Distribución porcentual del cumplimiento del estándar 3B (%de partos atendidos en las Unidades de Salud en los que se tomó decisiones frente a desviaciones de la curva de dilatación cervical del partograma) en el período comprendido entre abril del 2015 y junio del 2016. Unidad Metropolitana de Salud Sur*



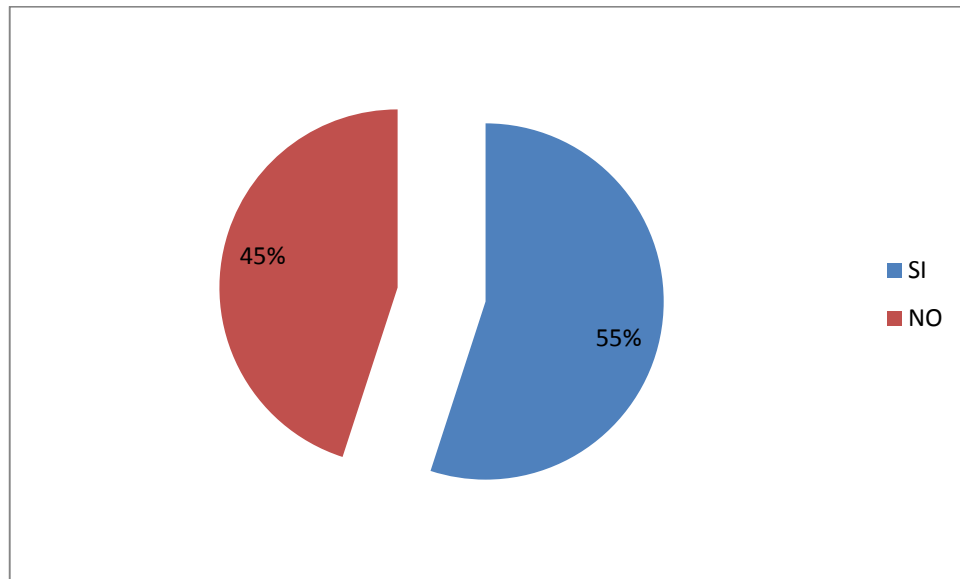
**Fuente:** Historias Clínicas del Departamento de Estadística UMSS.

**Realizado:** Dra. Mercy Tenorio

El Estándar 3B la verificación del registro de toma de decisiones frente a las desviaciones del partograma tuvo un cumplimiento 70% de las Historias Clínicas y ausente, incompleto o incorrecto en el 30%.

*Gráfico No. 3*

*Distribución porcentual de la presencia de patología obstétrica en el periodo comprendido entre abril del 2015 y junio del 2016. Unidad Metropolitana de Salud Sur*

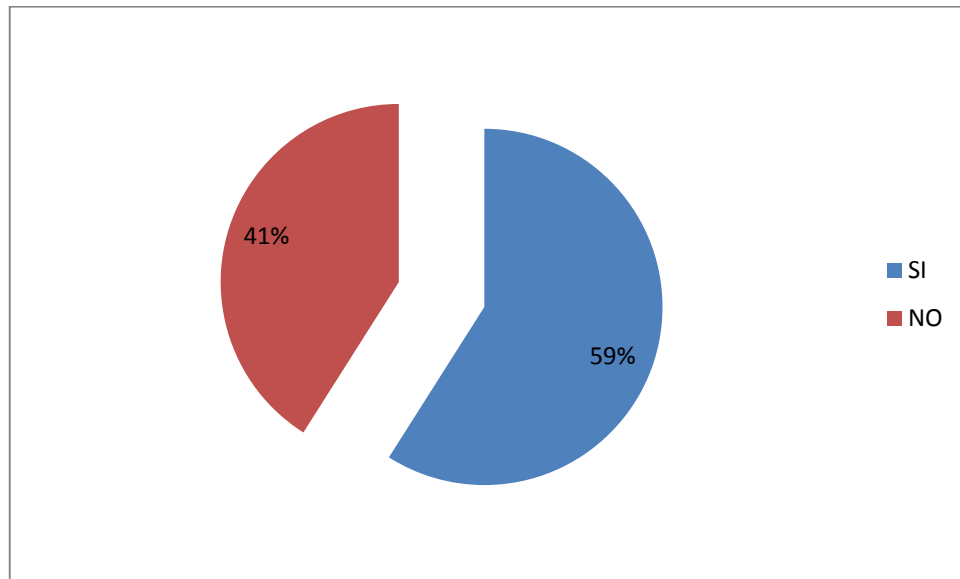


**Fuente:** Historias Clínicas del Departamento de Estadística UMSS.  
**Realizado:** Dra. Mercy Tenorio

La presencia de patología obstétrica se encontró documentada en el 55% de las Historias clínicas y ausente en el 45%.

Gráfico No. 4

*Distribución porcentual del registro de la indicación oportuna de cesárea en el periodo comprendido entre abril del 2015 y junio del 2016. Unidad Metropolitana de Salud Sur*



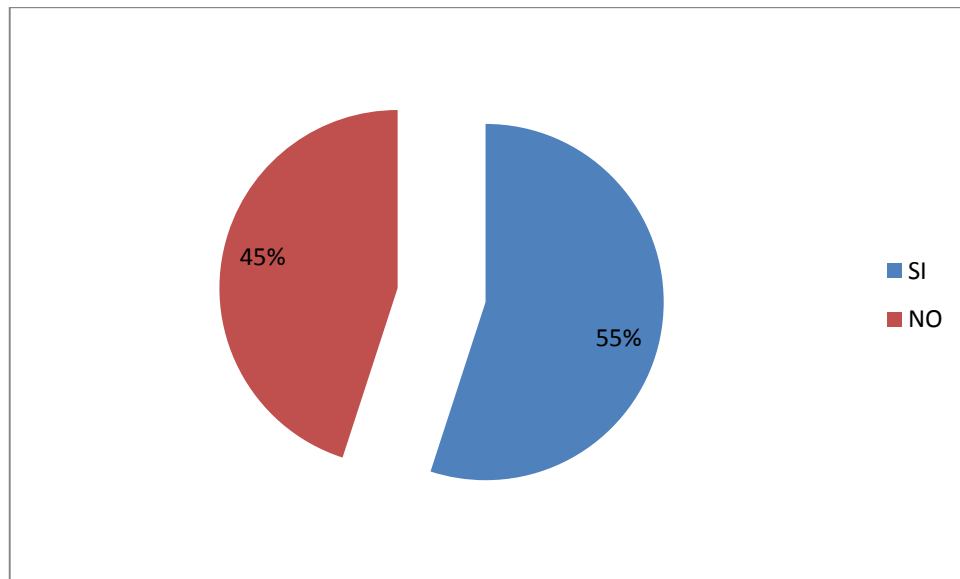
**Fuente:** Historias Clínicas del Departamento de Estadística UMSS.

**Realizado:** Dra. Mercy Tenorio

La indicación oportuna de cesárea se encontró presente en el 59% de las Historias Clínicas y ausente, o prolongada (mayor a 30 minutos) en el 41%.

*Gráfico No. 5*

*Distribución porcentual del registro de la presencia de complicaciones obstétricas en el periodo comprendido entre abril del 2015 y junio del 2016. Unidad Metropolitana de Salud Sur*



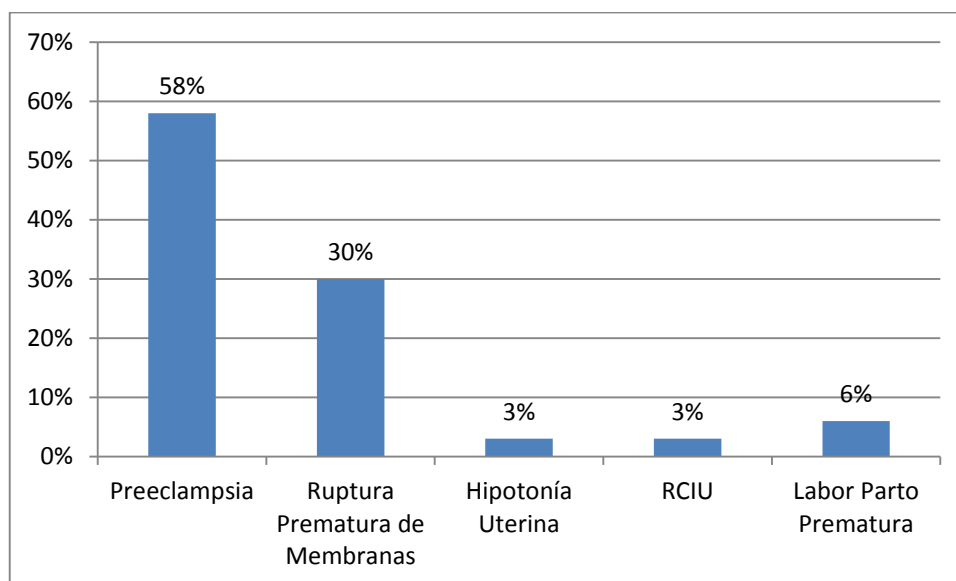
**Fuente:** Historia Clínicas del Departamento de Estadística UMSS.

**Realizado:** Dra. Mercy Tenorio

El registro de complicaciones obstétricas se encontró documentado en el 55% de las Historias Clínicas y ausente o sin complicaciones obstétricas en el 45%.

Gráfico No. 6

*Distribución porcentual de las complicaciones obstétricas en el periodo comprendido entre abril del 2015 y junio del 2016. Unidad Metropolitana de Salud Sur*



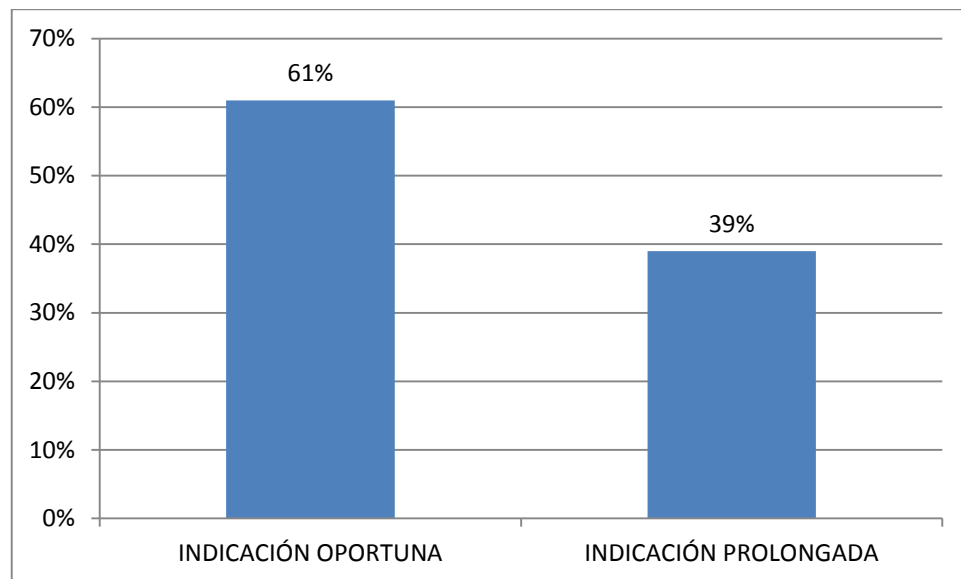
**Fuente:** Historias Clínicas del Departamento de Estadística UMSS.

**Realizado:** Dra. Mercy Tenorio

Las complicaciones obstétricas que se encontraron registradas en las Historias Clínicas fueron debidas a preeclampsia (58%) seguida en frecuencia por ruptura pematuro de membranas (30%), labor de parto pematuro (6%), hipotonía uterina (3% y restricción de crecimiento intraturino (3%).

Gráfico No. 7

*Distribución porcentual de la presencia de complicaciones obstétricas y neonatales en las pacientes con indicación oportuna e indicación prolongada de cesárea en el periodo comprendido entre abril del 2015 y junio del 2016. Unidad Metropolitana de Salud Sur*



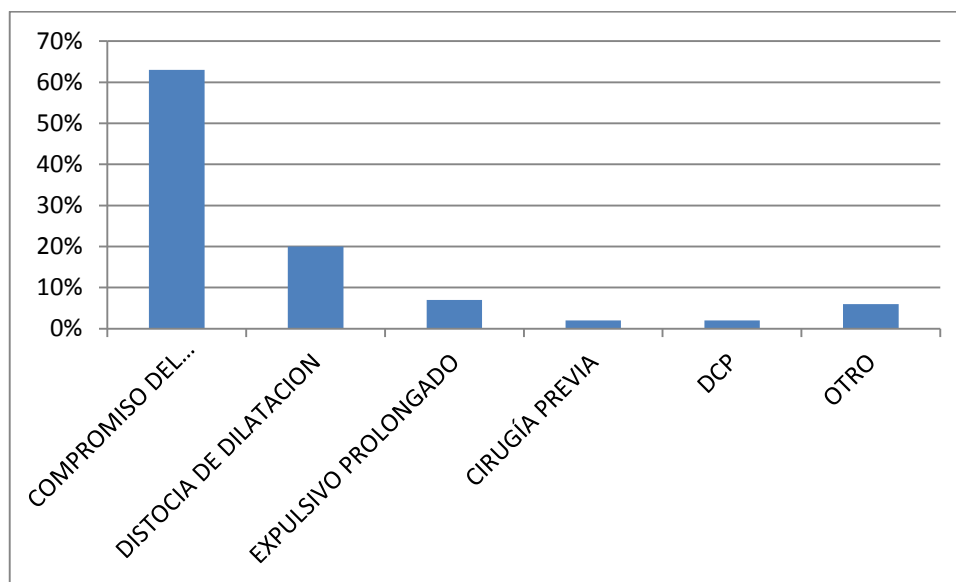
**Fuente:** Historias Clínicas del Departamento de Estadística UMSS.

**Realizado:** Dra. Mercy Tenorio

La presencia de complicaciones obstétricas y neonatales en las pacientes con indicación oportuna de cesárea se encontró en el 61%, mientras que las complicaciones obstétricas en las pacientes con indicación prolongada de cesárea se encontraron en el 39%.

Gráfico No. 8

*Distribución porcentual del motivo de la indicación de cesárea en el periodo comprendido entre abril del 2015 y junio del 2016. Unidad Metropolitana de Salud Sur*



**Fuente:** Historias Clínicas del Departamento de Estadística UMSS.

**Realizado:** Dra. Mercy Tenorio

El motivo de la indicación de cesárea se encontró documentado en las Historias Clínicas como debido al compromiso del bienestar fetal en el 63%, distocia de dilatación en el 20%, expulsivo prolongado en el 7%, cirugía previa en el 2% y en el 6% no se encontró una justificación comprendida en la normativa, para realizar el procedimiento quirúrgico.

*Tabla No. 1*

*Distribución porcentual del registro del cumplimiento de la normativa en las Historias Clínicas de las pacientes con indicación oportuna e indicación prolongada de cesárea en el periodo comprendido entre abril del 2015 y junio del 2016. Unidad Metropolitana de Salud Sur*

INDICACIÓN DE CESÁREA	CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA	
	Cumple	No Cumple
Indicación Oportuna de Cesárea (N=39)	21%	79%
Indicación Prolongada de Cesárea (N=27)	48%	52%
Total	100%	100%

**Fuente:** Historias Clínicas del Departamento de Estadística UMSS.

**Realizado:** Dra. Mercy Tenorio

En las Historias Clínicas del grupo de pacientes con indicación oportuna de cesárea se observó un cumplimiento de la normativa del 21% y un incumplimiento de la misma en el 79%.

En el grupo de pacientes con indicación prolongada de cesárea se encontró el cumplimiento de la normativa en el 48% y un incumplimiento de la misma en el 52%.

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN**

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, es decir sus métodos, procedimientos y tratamientos. Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad (Asociación Médica Mundial, 2013).

Según la norma de atención materna un valor mayor del 80 % es considerado adecuado, en cuanto al término de calidad de atención en salud, como resultado de una ejecución apropiada de los procesos (Ministerio de Salud Pública, 2012).

En esta investigación que tuvo como objetivo determinar si el sistema de monitorización en la indicación oportuna de cesárea cumple con los estándares e indicadores de la norma materno neonatal, teniendo como referencia que las altas tasas de cesárea no necesariamente son un indicador de mejor cuidado perinatal y pueden estar relacionados a riesgos, al valorar el estándar 3A, el cual se relaciona con una correcta vigilancia y atención del parto se encontró un cumplimiento del 83 %, frente al incumplimiento de este estándar del 17 % lo que expresa la existencia de un adecuado llenado y graficado de la curva de alerta y dilatación cervical del partograma en la Unidad Metropolitana de Salud Sur. Mientras que en la valoración del estándar 3B, que está relacionado con la toma de decisiones frente a la curva de dilatación cervical se pudo encontrar en las

Historias Clínicas un cumplimiento del 70%, lo que permite pensar que existe un buen entendimiento de los parámetros que valoran este estándar, lo que puede ayudar al momento de tomar decisiones frente a una complicación.

Se debe de tener en cuenta que el olvido de los factores que condicionan la salud, la historia natural de las enfermedades y el funcionamiento de los servicios de salud, puede generar dudas, inconvenientes que tienden a perjudicar al profesional de salud y el paciente.

A través del seguimiento periódico, la observación e investigación podremos comprender la organización de nuestro sistema sanitario de salud, la efectividad de los procedimientos y el comportamiento de los pacientes, dando lugar a buenos resultados. (Murcia. Comunidad Autónoma. Consejería de Sanidad, 2015).

Se identificó que el 55% de las pacientes que acuden a la UMSS presentan patologías obstétrica siendo la principal patología la hipertensiva como preeclampsia, seguida de rupturas de membranas, hipotonía uterina, labor de parto prematuro. Esto permite señalar que es una Unidad de Salud cuantiosa por la afluencias de sus pacientes que en su mayoría presentan alguna comorbilidad por lo que surge la necesidad de mejorar el monitoreo de la aplicación de los estándares e indicadores de atención materno neonatal lo que permitirá reorganizar en pro de mejoras en la calidad de atención en la instituciones de salud y a la ves permite realizar una intervención oportuna disminuyendo los factores de riesgo prevenibles de morbimortalidad lo que permitirá reformar los aspectos de atención en los servicios de salud (Distrito Metropolitano de Quito, 2012).

Al saber que la discontinuación de un proceso de monitorización en este caso de los estándares e indicadores de complicaciones obstétricas y neonatales puede llegar a transgredir en la calidad de atención relacionada a la cesárea.

El enfoque que da un valor de 59% en la evaluación comparativa del cumplimiento y su aplicación correcta de los estándares e indicadores frente a la determinación de una cesárea por parte del profesional de salud con un tiempo de 30 minutos. Probablemente coinciden estos resultados con el mantenimiento de los estándares durante estos últimos años, teniendo en cuenta los recursos, el personal y la disponibilidad del espacio físico de la institución de estudio. Lo que se ve reflejado al determinar porcentualmente la indicación oportuna de cesárea, frente a la prolongada, dando un valor del 61 % en la oportuna y 39% en la prolongada. De estos valores el 79% no cumple con el llenado correcto y solo el 48% lo realizan en las Historias Clínica con indicación prolongada

De allí la necesidad de analizar los casos y de retroalimentar a los médicos para mejorar la práctica clínica que permitirá disminuir el número de cesáreas en las instituciones de salud, como es el caso de la UMSS, mediante la toma de una decisión oportuna y mejorar el proceso de atención materna.

## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### Conclusiones

1. El sistema de monitorización en la indicación oportuna de cesárea no cumple a satisfacción con los estándares e indicadores de complicaciones obstétricas del MSP en la Unidad Metropolitana de Salud Sur.
2. El porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores no refleja una relación con las complicaciones obstétricas que se presenta en UMSS dado que la mayoría de pacientes que acuden a esta Unidad de Salud presentan alguna comorbilidad.
3. Estadísticamente el cumplimiento de la monitorización intraparto de las pacientes que acuden a la UMSS es bueno, lo que demuestra la necesidad de crecimiento para alcanzar el nivel de cumplimiento de los estándares e indicadores que valorar la monitorización intraparto que requiere y exige el MSP.
4. En la determinación de la existencia de la indicación oportuna de cesárea en base al cumplimiento de los estándares e indicadores de complicaciones obstétricas se observa que al tener un bajo cumplimiento de ellos va a retrasar la toma de una decisión apropiada, permitiendo deliberar que el personal de salud concerniente a ejecutar el cumplimiento de los estándares e indicadores obstétricos y neonatales en la Unidad de Metropolitana de Salud Sur no solamente deben de estar

sensibilizados en su uso y aplicación sino que también les corresponden vigilar su aplicación en cada paciente de la institución.

### **Recomendaciones**

1. Los resultados obtenidos permiten recomendar el uso permanente de un sistema de monitorización de diagnóstico oportuno de cesárea utilizando estándares e indicadores de complicaciones obstétricas y neonatales en la Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito.
2. Se debe mantener esta estrategia de monitorización de estándares e indicadores a largo plazo para intentar reducir el número de cesáreas en la Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito y mantener la adecuada indicación de esta cirugía.
3. Se debe mantener un sistema de capacitación permanente que permita mantener y mejorar los parámetros de atención materna neonatal alcanzados con esta investigación en la Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito siguiendo los parámetros de mejora continua de la calidad del MSP.
4. Se debe implementar un sistema de registro estadístico que incluya la codificación CIE-10 para evitar el error en el registro de diagnósticos de salida de las pacientes y garantizar una correcta interpretación de las atenciones obstétricas y neonatales realizadas.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Ministerio de Salud. (2013). Programa Para Evaluar Servicios De Obstetricia, Ginecología y Neonatología. Recuperado de [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/SERVICIOOGYN\(2\)FINAL.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/SERVICIOOGYN(2)FINAL.pdf)
2. Agencia DPA. (2015). Embarazo en adolescentes un duro reto para Latinoamérica. El Comercio. Recuperado de <http://www.elcomercio.com/tendencias/embarazo-adolescentes-latinoamerica-sexualidad.html>
3. Ministerio de Salud Pública. (2008). Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/ATENCION-TRABAJO-DE-PARTO-EDITOGRAM.pdf>
4. Ministerio de Salud Pública. (2008). Manual De Estándares, Indicadores E Instrumentos Para Medir La Calidad De La Atención Materna-Neonatal. Recuperado de [http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D65.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D65.pdf)
5. Ministerio de Salud Pública. (2012). Manual del Modelo De Atención Integral De Salud. Recuperado de [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)
6. Murcia. Comunidad autónoma. Consejería de sanidad. (2015). Metodología De La Investigación Y Práctica Clínica Basada En La Evidencia. Programa Transversal Y Complementario de Residente PTCR. Recuperado de <http://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2015/04/Metodologia-investigacion-PCBEbevidencia.pdf>

7. Ministerio de Salud Pública. (2008). Componente Normativo Materno Neonatal. Recuperado de <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/A67.PDF>
8. Municipio del Distrito Metropolitano de Quito. (2012). Plan Metropolitano de Desarrollo. Recuperado de [http://www.epmrq.gob.ec/images/lotaip/planes/PLAN\\_METROPOLITANO\\_DE\\_DESARROLLO.pdf](http://www.epmrq.gob.ec/images/lotaip/planes/PLAN_METROPOLITANO_DE_DESARROLLO.pdf)
9. Ministerio de Salud Pública. (2008). Atención del parto por cesárea. Recuperado de [http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Atencion\\_del\\_Partо\\_por\\_cesarea.pdf](http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Atencion_del_Partо_por_cesarea.pdf)
10. Asociación Médica Mundial. (2013). Principios Éticos Para Las Investigaciones Médicas En Seres Humanos. Recuperado de <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
11. Consejo de Organizaciones Internacionales De Las Ciencias Médicas, Organización Mundial De La Salud. (2002). Pautas Éticas Internacionales Para La Investigación Biomédica En Seres Humanos. Recuperado de [http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas\\_eticas\\_internacionales.htm](http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm)
12. Coronel, J. M. (2012). Cumplimiento Y Aplicación De La Norma Y Protocolo Materno Del Ministerio De Salud Pública Para La Atención Del Parto Por Cesárea, De Las Mujeres Atendidas En El Hospital Regional Isidro Ayora De La Ciudad De Loja, En El Período Abril A Octubre 2011 (Tesis de Pregrado). Universidad Nacional de Loja, Ecuador.

13. Ministerio de Salud Pública. (2014). Criterio 17.1. Plan Integral de Mejora En La Calidad. Recuperado de <http://docplayer.es/9878043-Criterio-17-1-plan-integral-de-mejora-de-la-calidad.html>
14. Ministerio de Salud Pública. (2015). Control Prenatal. Guía De Práctica Clínica. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
15. Ministerio de Salud. (2007). Estándares E Indicadores De Calidad En La Atención Materna Y Perinatal En Los Establecimientos Que Cumplen Con Funciones Obstétricas Y Neonatales. Recuperado de [http://www.maxidataconsultores.com/sip2000v2/RM\\_Indicadores\\_FON\\_parte\\_01.pdf](http://www.maxidataconsultores.com/sip2000v2/RM_Indicadores_FON_parte_01.pdf)
16. Martínez, M. J. (2008). Mejoramiento de procesos área administrativa financiera de la Unidad Municipal de Salud Sur Municipio del Distrito Metropolitano de Quito (Tesis de pregrado). Escuela Superior Politécnica del Ejército, Sangolquí, Ecuador.
17. Silva, N.S. (2012). Programa de Mejoramiento de la Calidad en el Área del Centro Quirúrgico-Obstétrico de la Unidad Municipal de Salud Sur Quito 2010-2011. (Tesis de maestría). Universidad Técnica Particular de Loja. Ecuador.
18. Ministerio de Salud Pública. (2014). Evaluación De Tecnologías Sanitarias. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/08/Bolet%C3%ADn-N1-FINAL.pdf>
19. Constitución de la República del Ecuador. (2008). Programa Nacional De Educación Para La Democracia. Recuperado de

<http://www.supercom.gob.ec/documents/Normativa/Constitucion-Politica-Ecuador.pdf>

20. Portilla, M., Pazmiño, J., Orbe, V. (2015). Evaluación De Los Cuidados Obstétricos Y Neonatales De Emergencia En Un Hospital Base Del Sistema Nacional De Salud Del Ecuador. *Revista Médica*, 7(1), 45-47.
21. Moreno, G. (2008). La Definición De Salud De La Organización Mundial De La Salud Y La Interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria De Investigación*, 9(1), 93.
22. Vargas, J. (2015). Promoción De La Salud Mental. *Revista Electrónica Psyconex*, 7(11), 1-10.
23. Savigny, D., Mbuya, K., Reid, G. (2005). Páginas De Salud Pública. *Salud Pública De México*, 47 (supl 1), s84-s92.
24. Donabedian, A. (1981). The Definition Of Quality And Approaches To Its Assessment. 16 (2): 236-237. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1072233/>
25. Organización Mundial de la Salud. (2009). Marco Conceptual De La Clasificación Internacional Para La Seguridad Del Paciente. Versión 1.1. Recuperado de [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
26. Villanueva, L., Cruz, L. (2016). Los Costos De La Mala Calidad De La Atención Obstétrica. *Conamed*, 17(2), 60-66. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3971641>

27. Lavender, T., Hart, A., Smyth, R. (2013). Efecto Del Uso Del Partograma En Los Resultados Para Pacientes Con Trabajo De Parto Espontáneo A Término. Cochrane Database of Systematic Reviews, 7 (CD005461). DOI: 10.1002/14651858.cd005461-pub4.
28. Cruz, E. (2014). Uso De Partograma (Tesis de maestría). Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.
29. Cóppola, F. (2015). Cesáreas En Uruguay. Revista Médica Del Uruguay, 31(1), 07-14.
30. Herrera, D., Gaus, D., Troya, C., Obregón, M., Guevara, A., Romero, S. (2016). Ruptura Prematura De Membranas. Manual Médico Saludes, 1(1), 1-2. Recuperado de <http://saludrural.org/index.php/Manual/article/view/100/183>

# APÉNDICE



## APENDICE 1

### INSTRUMENTO

**Título:** Actualización Y Reajuste Del Sistema De Monitorización En La Indicación Oportuna De Cesárea Empleando Estándares E Indicadores De Complicaciones Obstétricas Y Neonatales En La Unidad Metropolitana De Salud Sur Entre Abril 2015 Y Junio 2016

Número de Historia Clínica

Monitorización Intraparto

Si  No

Curvas de Alerta y Dilatación Cervical

Si  No

a) Seleccionó adecuadamente el patrón de construcción de la curva de alerta de acuerdo a las condiciones propias de la embarazada.

b) Identificó correctamente el punto de partida o punto “cero” de la curva de alerta.

c) Graficó adecuadamente la curva de progreso real de la dilatación cervical de la embarazada desde su ingreso hasta el nacimiento.

d) Registró el descenso de la presentación en el partograma desde su ingreso al nacimiento

e) Controló y registró la tensión arterial, actividad uterina (frecuencia y duración), frecuencia cardiaca fetal.

Toma de decisiones frente a la desviación de la curva de dilatación cervical del partograma

Si  No

a) Se evaluó a la paciente en un máximo de 30 minutos del inicio del cambio de la curva por un especialista o profesional capacitado para la toma de decisiones

clínicas.

b) Se realizó el manejo terapéutico de acuerdo al diagnóstico de la complicación

Atención en el post parto

Si  No

Registró la hora, temperatura, pulso, tensión arterial, involución uterina y las características de los loquios

Patologías Obstétricas

Si  No

Motivo de la indicación de cesárea

Tiempo entre la indicación de cesárea y la realización de la misma

30 minutos o menos  
 31 a 60  
 61 a 120 minutos  
 Más de 120 minutos

Complicaciones obstétricas y neonatales

Presente   
Ausente





2 Se excluyen las historias clínicas perinatales de las pacientes que llegan en periodo expulsivo y las cesáreas programadas.

4. Porcentaje de partos vaginales atendidos en las Unidades de Salud en los que se administró a la parturienta 10 UI. de Oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del/a recién nacido/a, como parte del manejo activo del tercer periodo del parto y se registró en la historia clínica perinatal<sup>8</sup>

ESTÁNDAR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	UNIVERSO/MUESTRA	PERIODICIDAD
En todo parto vaginal como parte del manejo activo del tercer periodo del parto se administrara a la parturienta 10 U.I. de Oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del/a recién nacido/a y se registrara en la historia clínica perinatal	% de partos vaginales atendidos en la Unidad de Salud en los que se administró a la parturienta 10 U.I. de Oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del R.N. y se registró en la historia clínica perinatal	Número de partos vaginales en los que se le administró a la parturienta 10 U.I. de Oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del R.N. y se registró en la historia clínica perinatal ..... X 100 Total de partos vaginales atendidos en la Unidad Operativa	Historia clínica perinatal Formulario 005	Registro de egresos hospitalarios de parto vaginal, hoja INEC. Libro de partos.	Revisión de historias clínicas	Se revisaran todas las HC. Perinatales de las mujeres que dieron a luz en la Unidad Operativa por parto vaginal. Si el número supera las 30 HC, se elegirán aleatoriamente hasta completar una muestra de 30	Mensual

8 Ministerio de Salud Pública, Norma y Protocolo Materno – Neonatal: 2008. El manejo activo del tercer periodo comprende (tracción controlada del cordón, masaje uterino y administración de oclitócicos).

### Instrumento de recolección de datos

No. de Historia Clínica																Total	Porcentaje
	<small>3</small> Cumple con el estándar Marque + si cumple y - si no cumple																



## Guía para la calificación del estándar de la Preeclampsia y Eclampsia

Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN EMERGENCIA/ C. EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL de la Pre-eclampsia - Eclampsia <sup>1</sup> :	Manejo de la paciente HOSPITALIZADA con Preeclampsia, eclampsia:	
1. Edad gestacional Determinar al menos una vez: 2. Tensión Arterial 3. Valoración (presencia o ausencia) de proteinuria (en tira reactiva) 4. Auscultación de la Frecuencia Cardíaca Fetal (si aún no se ha producido el parto) Manejo Terapéutico: 5. Impregnación de Sulfato de magnesio (4 gr. Intravenoso lento o por microgotero) 6. Administración de antihipertensivos (Nifedipina) si TA Diastólica es mayor a 110 mm. Hg. 7. Transferencia inmediata al Nivel II o III (según corresponda) u orden de hospitalización	Realización de exámenes de laboratorio (al ingreso): 8. Coagulación: conteo de plaquetas Determinar en cada turno (TID): 9. Tensión arterial 10. Frecuencia cardíaca o pulso materno 11. Frecuencia respiratoria 12. Valoración de reflejo rotuliano (mientras se administre sulfato de Mg) 13. Control de Ingesta / Excreta	Manejo Terapéutico 14. Valoración por médico especialista o de mayor experiencia en GO. (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso 15. Administración de antihipertensivos (Nifedipina) si TA Diastólica es mayor a 110 mm. Hg. 16. Mantener administración de sulfato de magnesio de mantenimiento (de 1 a 2 gr./h. endovenoso) hasta 24 horas post parto. ( ver Nro 12) 17. Maduración fetal <sup>2</sup> de pulmones con 12 mg IM de Betametasona cada 12 horas por 2 días o Dexametasona 6mg IM c/12h por 4 dosis, si embarazo está entre 26 a 34 semanas ó días. 18. Terminar el embarazo por parto o cesárea independientemente de la edad gestacional, con consentimiento informado, en las primeras 24 horas. Si presenta uno o más signos de complicación deberá terminar el embarazo en las primeras 12 horas: a. Convulsiones (eclampsia) b. TA. Diastólica mayor o igual a 110 mm./Hg. o TA. Sistólica mayor o igual a 160 mm./Hg. mantenidas a pesar de tratamiento hasta por 6 horas c. Oliguria (diuresis menor a 1cc./Kg./h.) d. Proteinuria mayor a 3 gr. / 24 h. ó 3 a 4 + en tirilla. e. Síndrome de Heilp <sup>3</sup>

Manuales de procedimientos básicos de calidad para la atención materna neonatal | Manual de

## Instrumento de recolección de datos.

No. de Materias clínicas													
<b>Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN EMERGENCIA/ C. EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL de la Pre-eclampsia - Eclampsia:</b>												<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
1. Edad gestacional													
Determinar al menos una vez:													
2. Tensión arterial													
3. Valoración (presencia o ausencia) de proteinuria (en tira reactiva)													
4. Auscultación de la Frecuencia Cardíaca Fetal (si aún no se ha producido el parto)													
<b>Manejo Terapéutico:</b>													
5. Impregnación de Sulfato de magnesio (4 gr. Intravenoso lento o por microgotero)													
6. Administración de antihipertensivos (Nifedipina) si TA Diastólica es mayor a 110 mm. Hg.													
7. Transferencia inmediata al Nivel II o III (según corresponda) u orden de hospitalización													
<b>Continuar el llenado del instrumento si la paciente fue hospitalizada</b>													
<b>Manejo de la paciente HOSPITALIZADA con Preeclampsia, eclampsia:</b>													
<b>Realización de exámenes de laboratorio (al ingreso):</b>													
8. Coagulación: conteo de plaquetas													
<b>Determinar en cada turno (TID):</b>													
9. Tensión arterial													
10. Frecuencia cardíaca o pulso materno													
11. Frecuencia respiratoria													
12. Valoración de reflejo rotuliano (mientras se administra Sulfato de Mg)													
13. Control de Ingesta / Excreta													
<b>Manejo Terapéutico</b>													
14. Valoración por médico especialista o de mayor experiencia en GO. (no Interno Rotativo) máximo media hora después del ingreso													
15. Administración de antihipertensivos (Nifedipina) si TA Diastólica es mayor a 110 mm. Hg.													
16. Mantener administración de sulfato de magnesio de mantenimiento (de 1 a 2 gr./h. endovenoso) hasta 24 horas post parto (ver Nro 12)													
17. Maduración fetal <sup>2</sup> de pulmones con 12 mg de Betametasona cada 12 horas por 2 días o Dexametasona 6mg IM c/12h por 4 dosis, si embarazo está entre 26 a 34 semanas ó días.													
18. Terminar el embarazo por parto o cesárea independientemente de la edad gestacional, con consentimiento informado, en las primeras 24 horas. Si presenta uno o más signos de complicación deberá terminar el embarazo en las primeras 12 horas: a. Convulsiones (eclampsia) b. TA. Diastólica mayor o igual a 110 mm./Hg. o TA. Sistólica mayor o igual a 160 mm./Hg. mantenidas a pesar de tratamiento hasta por 6 horas c. Oliguria (diuresis menor a 1cc./Kg./h.) d. Proteinuria mayor a 3 gr. / 24 h. ó 3 a 4 + en tirilla. e. Síndrome de Heilp													
1. Cumple el estándar con las acciones requeridas de acuerdo al nivel de evaluación de la Unidad de Salud. 2. Manos + el estándar o u el no cumple													



### Guía para la calificación del estándar de Ruptura prematura de membranas

Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL / ESPECIALIZADO, de la ruptura prematura de membranas	Manejo de la paciente HOSPITALIZADA con ruptura prematura de membranas
<ol style="list-style-type: none"> <li>Edad Gestacional.</li> <li>Se confirma el diagnóstico mediante examen de especulo vaginal o examen con especulo estéril.</li> </ol> <p>Determinar al menos una vez:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Temperatura</li> <li>Pulso o frecuencia cardiaca</li> <li>Tensión arterial</li> <li>Verificar sangrado genital, flujo de mal olor</li> <li>Vitalidad del producto (frecuencia cardiaca fetal por cualquier método)</li> </ol> <p>Manejo terapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Valoración por médico de mayor experiencia en Ginecoobstetricia (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso.</li> <li>SI EXISTE signos de infección (fiebre, secreción vaginal de mal olor): iniciar antibiótico terapia I.V. de amplio espectro: Ampicilina 2g IV c/6h + Gentamicina 5mg /Kg cada 24h .</li> <li>SI NO EXISTE hay signos de infección  <b>Si no hay trabajo de parto</b> : iniciar eritromicina 250 mg vía oral cada 6 horas por 7 días o hasta el nacimiento  <b>Si Hay Trabajo de Parto</b>: Penicilina 5 millones UI IV inicialmente y luego 2.5 millones c/4h O Ampicilina 2g Iv inicial y luego 1gIV c/4h O Clindamicina 900 mg I.V c/8h hasta el parto.</li> <li>Manejo de inducción de maduración fetal pulmonar, si aplica (Ver estandar 8D)</li> <li>Manejo de parto pretermino, si aplica (ver estandar 8 E)</li> <li>No realizar tacto vaginal hasta que se encuentre en trabajo de parto</li> <li>Referencia inmediata al nivel II o III (según corresponda) u orden de hospitalización</li> </ol>	<p>Determinar al menos en cada turno (TID):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Temperatura</li> <li>Pulso o frecuencia cardiaca</li> <li>Tensión arterial</li> </ol> <p>Manejo terapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Valoración CONJUNTA por médico de mayor experiencia en Pediatría y Ginecoobstetricia. (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso.</li> <li>Continuar manejo de inducción de maduración fetal pulmonar de acuerdo a norma (si aplica) Ver estandar 8D</li> <li>Continuar manejo de parto pretermino (si aplica). Ver estandar 8E</li> <li>Continuar antibiótico terapia I.V. de amplio espectro: Ampicilina 2g IV c/6h + Gentamicina 5mg /Kg cada 24h</li> <li>Terminar el embarazo, según Norma:             <ol style="list-style-type: none"> <li>Parto normal por inducción en caso de gestaciones de 36 o más semanas y si el Índice de Bishop<sup>14</sup> resulta &gt; 4 y existe madurez pulmonar comprobada</li> <li>Coriamionitis o hipoxia fetal , terminar gestación por cualquier vía.</li> </ol> </li> </ol>

### Instrumento de la recolección de datos

№ de Historia Clínica					Fetal	Perineo
<b>Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL/ESPECIALIZADO, de la ruptura prematura de membranas</b>						
<b>Determinar características gestacionales:</b>						
1. Edad Gestacional.						
2. Se confirma el diagnóstico mediante examen vaginal o examen con especulo estéril.						
<b>Determinar al menos una vez:</b>						
3. Temperatura						
4. Pulso o frecuencia cardíaca						
5. Tensión arterial						
6. Verificar sangrado genital, flujo de mal olor						
7. Vitalidad del producto (frecuencia cardíaca fetal por cualquier método)						
<b>Manejo terapéutico:</b>						
8. Valoración por médico de mayor experiencia en Ginecoobstetricia (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso.						
9. Si hay signos de infección (Fiebre, secreción vaginal de mal olor): iniciar antibiótico terapia I.V. de amplio espectro: Ampicilina 2g IV c/6h + Gentamicina 5mg /Kg cada 24h .						
10. Si NO hay signos de infección <b>Si no hay trabajo de parto</b> : iniciar eritromicina 250 mg vía oral cada 6 horas por 7 días o hasta el nacimiento <b>Si Hay Trabajo de Parto</b> : Penicilina 5 millones UI IV inicialmente y luego 2.5 millones c/4h O Ampicilina 2g Iv inicial y luego 1gIV c/4h O Clindamicina 900 mg I.V c/8h hasta el parto.						
11. Manejo de inducción de maduración fetal pulmonar, si aplica (Ver estandar 8D)						
12. Manejo de parto pretermino, si aplica (ver estandar 8 E)						
13. No realizar tacto vaginal hasta que se encuentre en trabajo de parto						
14. Referencia inmediata al nivel II o III (según corresponda) u orden de hospitalización						
<b>Manejo de la paciente HOSPITALIZADA con ruptura prematura de membranas en cada turno (TID):</b>						
<b>Determinar al menos en cada turno (TID):</b>						
15. Temperatura						
16. Pulso o frecuencia cardíaca						
17. Tensión arterial						
<b>Manejo terapéutico:</b>						
18. Valoración por médico de mayor experiencia en Pediatría y Ginecoobstetricia. (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso.						
19. Continuar manejo de inducción fetal de acuerdo a norma (si aplica)						
20. Continuar manejo de parto pretermino (si aplica)						
21. Continuar antibiótico terapia I.V. de amplio espectro: Ampicilina 2g IV c/6h+ Gentamicina 5mg /Kg cada 24h						
22. Terminar el embarazo, según Norma: a) Parto normal por inducción en caso de Gestaciones de 36 o más semanas y si el Índice de Bishop resulta > 4 y existe madurez pulmonar comprobada. b) Coriamionitis e hipoxia fetal , terminar gestación por cualquier vía.						
<b>Complete el estándar con los aspectos seleccionados? Marque + si cumple y - si no cumple</b>						

Guía para la calificación del estándar de prematuridad – peso bajo

Manejo clínico INICIAL EN HOSPITAL BÁSICO (CANTONAL) O EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL, del Recién Nacido con prematuridad – peso bajo	Manejo del RN con prematuridad – peso bajo HOSPITALIZADO en los niveles II y III
<p>Determinar antecedentes gestacionales:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Administración de corticoides antenatales (en caso de Embarazo &lt; 35 semanas)</li> <li>2.- Edad gestacional, ya sea por FUM, ECO, test de Ballard modificado o fórmula Perímetro Cefálico +2</li> </ol> <p>Registrar en la Historia Clínica del RN:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.- Graficación del peso, talla y perímetro cefálico en las curvas de antropometría</li> <li>4.- Horas/días de vida de RN</li> <li>5.- Temperatura axilar</li> <li>6.- Cianosis / Color</li> <li>7.- Frecuencia cardíaca</li> <li>8.- Frecuencia respiratoria</li> <li>9.- Examen abdominal</li> </ol> <p>Realizar exámenes de laboratorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10.- Glicemia por tirilla (normal: igual o &gt; a 40 mg/dl)</li> </ol> <p>Manejo terapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11.- Valoración inicial e inmediata por médico de mayor experiencia en Pediatría (NO INTERNO ROTATIVO) máximo media hora después del ingreso.</li> <li>12.- Valorar y registrar la Escala de Downes.</li> <li>13.- Mantener saturación oxígeno entre 88% y 92% para recién nacido pretérmino</li> <li>14.- Mantener la temperatura axilar entre 36.5°C y 37°C mediante termocuna.</li> <li>15.- Iniciar lactancia materna lo antes posible si las condiciones del RNPR lo permiten; de lo contrario administrar D/A intravenosa.</li> <li>16.- Hospitalización máximo en 1 hora o si se requiere de referencia, se realiza en incubadora y administrando oxígeno durante el transporte.</li> </ol>	<p>Registrar en la Historia del RN cada 3 horas: (hasta que el RN se estabilice)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>17.- Temperatura axilar</li> <li>18.- Frecuencia cardíaca</li> <li>19.- Frecuencia respiratoria</li> <li>20.- Presión arterial</li> <li>21.- Saturación de oxígeno</li> <li>22.- Valorar y registrar la Escala de Downes</li> </ol> <p>Realizar y registrar los exámenes de laboratorio</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>23.- Glicemia una vez al día y PRN</li> </ol> <p>Manejo terapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>24.- Valoración por parte de pediatra o médico de mayor experiencia en pediatría</li> <li>25.- Mantener temperatura axilar entre 36,5 y 37°C mediante termocuna.</li> <li>26.- Mantener saturación oxígeno entre 88% y 92% para recién nacido pretérmino, mediante administración de Oxígeno con Hood, CAAP o Ventilación mecánica.</li> <li>27.- Si está indicada la alimentación, dar leche materna por succión o por sonda orogástrica. Si la FR es mayor a 80 x min. , NPO</li> <li>28.- Registrar el peso diariamente</li> </ol>



