



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD



**“CUMPLIMIENTO Y APLICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD
DE ATENCIÓN DE PARTO Y POST PARTO EN EL HOSPITAL BÁSICO
“ASDRÚBAL DE LA TORRE” COTACACHI 2017”**

**Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título de Magíster en
Gerencia de Servicios de Salud**

AUTORA: Ana Elizabeth Gavilanes Mazamba

DIRECTORA DE TESIS: Msc. Rocío Castillo Andrade

IBARRA - ECUADOR

2018

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de tutor del trabajo de Grado, presentado por la señora Ana Elizabeth Gavilanes Mazamba, para optar por el grado de magíster en Gerencia de Servicios de Salud, doy fe de que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 18 días del mes de mayo de 2018

Lo certifico



(Firma).....

Msc. Rocío Castillo Andrade

C.C.: 1001685195

DIRECTORA DE TESIS

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: POSTGRADO - UTN

Fecha: Ibarra, 18 de mayo de 2018

ANA ELIZABETH GAVILANES MAZAMBA “CUMPLIMIENTO Y APLICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD DE ATENCIÓN DE PARTO Y POST PARTO EN EL HOSPITAL BÁSICO “ASDRÚBAL DE LA TORRE” COTACACHI 2017”/ TRABAJO DE GRADO DE. Maestría En Gerencia de Servicios de Salud. UTN. Universidad Técnica del Norte, Ibarra.

DIRECTORA DE TESIS: Msc. Rocío Castillo Andrade

El principal objetivo de la presente investigación fue, Determinar el cumplimiento de la normativa de atención en el trabajo de parto, parto y post parto en el Hospital Básico “Asdrúbal de la Torre” de Cotacachi, entre los objetivos específicos se encuentran. Evaluar la aplicación de estándares de calidad en el Hospital Básico “Asdrúbal de la Torre” de Cotacachi. Analizar los procesos administrativos y de atención de salud en la Sala de partos del Hospital Básico “Asdrúbal de la Torre” de Cotacachi. Socializar los resultados obtenidos de la investigación y proponer un plan de calidad para la atención a las usuarias del Servicio de partos.

Fecha: Ibarra, 18 de mayo de 2018



Msc. Rocío Castillo Andrade

Directora



Ana Elizabeth Gavilanes Mazamba

Autora

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a mi familia, el motor de mi vida. A mi hijo Pablo para poder ser ejemplo de superación, a mis princesas mágicas Katty y Nicole por el amor, la ternura, los días de soledad superados y el trabajo a mi lado para salir adelante, a mi esposo Germánico por el caminar juntos, por la paciencia, la espera en mi ausencia y por su apoyo incondicional, a mis nietas hermosas Ana Paula e Isabella para que siempre sigan el buen ejemplo y todos luchemos por nuestros sueños.

Ana Elizabeth Gavilanes Mazamba

AGRADECIMIENTOS

Agradecer primero a Dios por ser mi fuerza en los momentos de debilidad y la luz que siempre está presente en el largo camino de mi vida.

A la Universidad técnica del Norte por darme la mejor educación para ser la profesional que soy y haber podido continuar con mis estudios.

A la Directora de Tesis Msc. Rocío Castillo por tenderme su mano cuando más necesité, a la Dra. Salomé Gordillo por ser mi guía y maestra desde que inicié mi carrera profesional en el Hospital “Asdrúbal de la Torre”.

A la Dra. Carmen Trujillo por su ayuda para que lleguemos a concluir nuestro trabajo.

Agradecimiento especial a mis compañeras y compañeros de trabajo: Dr. Lucas García Orozco, cirujano e investigador del Hospital “Asdrúbal de la Torre” por su ayuda y guía para realizar esta investigación, Lcda. Liliana Gómez por el apoyo en la obtención de datos, Obstetra Andrea Malla por la asesoría de especialidad, Dr. Carlos Montúfar por haber contribuido incondicionalmente para que el trabajo llegue a su fin y a todas las personas que me apoyaron de una u otra forma en la realización de mi tesis.

Ana Elizabeth Gavilanes Mazamba

TABLA DE CONTENIDOS

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	ii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
TABLA DE CONTENIDOS.....	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I.....	1
1. El problema de investigación	1
1.1. Antecedentes	1
1.2. Planteamiento del problema.....	3
1.2. Formulación del problema	4
1.4. Objetivos.....	5
1.5. Justificación de la investigación	6
CAPITULO II	9
2. Marco teórico	9
2.1. Fundamentación teórica.....	9
2.1.1. El partograma	9
2.1.1.1. Objetivos del partograma.....	10
2.1.1.2. Modelo gráfico del partograma.....	10
2.1.1.3. Ventajas del partograma	11
2.1.2. El parto	12
2.1.2. El trabajo de parto.....	12
2.1.3. El Mejoramiento Continuo de la Calidad del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en el Ecuador.....	14
2.1.4. La Ley de Maternidad gratuita	16

2.2. Marco legal	17
2.3. Glosario de términos	20
2.4. Abreviaturas utilizadas	22
CAPITULO III	23
3. Metodología de la investigación.....	23
3.1. Descripción del área de estudio	23
3.2. Tipo de investigación.....	23
3.3. Método de investigación.....	23
3.4. Población y muestra.....	24
3.5. Procedimiento	24
3.6. Técnicas e instrumentos de investigación.....	25
3.7. Resultados esperados (impactos).....	25
3.7.1. En lo económico-social.....	26
3.7.2. En lo cultural.....	26
3.8. Técnica de procesamiento y análisis de datos	26
CAPITULO IV	27
4. Análisis e interpretación de resultados	27
4.1. Resultados	27
4.1.2. Observación importante al cumplimiento del estándar 5	45
CAPITULO V	47
5. Propuesta	47
5.1. Justificación e importancia	47
5.2. Objetivo	47
5.3. Cronograma de actividades.....	48
CAPÍTULO VI.....	49
6. Conclusiones y recomendaciones.....	49
6.1. Conclusiones.....	49
6.2. Recomendaciones	50
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS	54
Anexo A– estándares de trabajo de parto.....	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Modelo gráfico estándar para la elaboración de curvas de parto.....	11
Gráfico 2. Porcentaje de partos con partograma graficado correctamente	27
Gráfico 3. Porcentaje de partos con partograma graficado correctamente	28
Gráfico 4. Porcentaje de identificación del punto de partida o punto cero	29
Gráfico 5. Porcentaje de graficación adecuada del progreso de la dilatación cervical	30
Gráfico 6. Porcentaje del registro del descenso de la presentación fetal desde el ingreso hasta el nacimiento	31
Gráfico 7. Porcentaje del registro del control de la tensión arterial.....	32
Gráfico 8. Porcentaje del registro de la actividad uterina: frecuencia y duración	33
Gráfico 9. Porcentaje del registro del control de la frecuencia cardiaca fetal.....	34
Gráfico 10. Porcentaje del registro de partograma con desviaciones en la curva de dilatación.....	35
Gráfico 11. Porcentaje partogramas con desviaciones en la curva de dilatación en los que se tomaron decisiones en un máximo de 30 minutos	36
Gráfico 12. Porcentaje de partos en los que se administró Oxitocina dentro del minuto después del nacimiento	37
Gráfico 13. Porcentaje de partos con control y registro de actividades según la norma	38
Gráfico 14. Porcentaje de partos con control y registro de la hora de ejecución de la actividad	39
Gráfico 15. Porcentaje de partos con control y registro de la temperatura	40
Gráfico 16. Porcentaje de partos con control y registro del pulso	41
Gráfico 17. Porcentaje de partos con control y registro del pulso	42
Gráfico 18. Porcentaje de partos con control y registro de la involución uterina.....	43
Gráfico 19. Porcentaje de partos con control y registro de características de loquios hemáticos.....	44
Gráfico 20. Porcentaje de partos con control y registro en la historia clínica perinatal en tres controles obligatorios durante las dos primeras horas.....	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cronograma de actividades	48
Tabla 2. Partograma graficado correctamente	54
Tabla 3. Partograma graficado correctamente	57
Tabla 4. Administración de oxitocina en el primer minuto después del parto.....	61
Tabla 5. Controles obligatorios en las dos primeras horas después del parto.....	63

CUMPLIMIENTO Y APLICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD DE ATENCIÓN DE PARTO Y POST PARTO EN EL HOSPITAL BÁSICO “ASDRÚBAL DE LA TORRE” COTACACHI 2017

Autora: Ana Elizabeth Gavilanes Mazamba

Correo: aegm-hadlt@hotmail.com

RESUMEN

Ecuador ejecuta desde las 2001 actividades destinadas al mejoramiento de la atención del parto y el recién nacido para garantizar la disminución acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. El hospital Básico “Asdrúbal de la Torre” disminuyó la mortalidad materna e infantil con la creación de la Ley de Maternidad Gratuita y atención a la Infancia. La atención que reciben las gestantes a su llegada al Servicio de emergencia, se ha visto afectada por la limitada aplicación de procedimientos que permitan cumplir con los estándares de calidad, nuestro estudio revisó el cumplimiento de la normativa de atención en el trabajo de parto, parto y post parto. Se revisaron 295 historias clínicas de gestantes atendidas durante el año 2017, prestando atención al partograma en el Formulario 051 Atención perinatal y a los “Estándares de Calidad en la Atención del Parto”, se recogió la información y determinó la calidad de llenado del partograma y las desviaciones de la curva de alerta, la decisión de la especialista, la administración de oxitocina y los controles post parto. De todo lo anterior se concluyó que solo al 30,1% de pacientes les llenó el partograma adecuadamente, lo que impide toma de decisiones oportunas en el tiempo según el cumplimiento de la norma. Aproximadamente la mitad de las historias clínicas de las pacientes no reportan el registro de la actividad uterina cada hora, no realizan el control y registro de la frecuencia cardíaca fetal. Las desviaciones en la curva de alerta fueron valoradas por el especialista en un tiempo mayor a treinta minutos. A la mayoría de las pacientes se administra oxitocina dentro del minuto después del nacimiento. Sólo el 3% de las historias clínicas revisadas cumple con la normativa de realizar los tres controles en las dos horas posteriores al parto y se observó un registro incompleto de las actividades realizadas en todos los estándares lo que perjudica la evaluación del cumplimiento.

Palabras claves: Monitoreo, calidad, partograma, cumplimiento.

COMPLIANCE AND APPLICATION OF QUALITY STANDARDS OF CARE
FOR CHILDBIRTH AND POST-PART IN THE BASIC HOSPITAL "ASDRÚBAL
DE LA TORRE" COTACACHI 2017

Author: Ana Elizabeth Gavilanes Mazamba

Email: aegm-hadlt@hotmail.com

ABSTRACT

Since 2011, Ecuador has been implemented activities aimed at improving birthing care and newborn to guarantee the accelerated decline of the maternal and neonatal mortality. The “Asdrúbal de la Torre” basic hospital decreased the maternal and child mortality with the creation of the Free Maternity and Child Care Act. The care that pregnant women receive upon their arrival to the Emergency Service, has been affected by the limited implementation of procedures that allows to comply with the quality standards, this study monitored the compliance with the regulations of labor, childbirth and postpartum. 295 medical records of pregnant women during 2017 were revised, paying attention to the partograph in Form 051 Perinatal Care and to the “Quality Standards in Childbirth Care”, the data was collected which determined the quality of the partograph filling and the deviations of the alertness curve, decision of the specialist, oxytocin administration and postpartum checks. It is evident from the above that that only 30,1% of patients had the partograph filled properly, which prevents timely and appropriate decision-making compliance with the standard. About half of the patients's medical records did not report the registration of uterine activities every hour, did not perform control and record of the fetal heart rate. Deviations on the curve of alert were evaluated by a specialist in a period of time longer than thirty minutes. Most of the patients were administered oxytocin within a minute after childbirth. Only 3% of the medical records revised complied with the norm of carry out three checks within the two hours after childbirth and, it was noted an incomplete record of the activities undertaken in all the standards which is detrimental the compliance assessment.

Keywords: Monitoring, quality, partogram, compliance.

INTRODUCCIÓN

En América Latina y el Caribe se han realizado grandes esfuerzos para disminuir los índices de mortalidad materna e infantil como respuesta a la necesidad de cumplimiento del objetivo 4 de desarrollo del milenio, el informe sobre mortalidad materna de la Naciones Unidas menciona que la mortalidad materna a nivel mundial ha disminuido en un 44% desde el año 1990 pero el mayor porcentaje ha ocurrido desde el año 2000, en el Ecuador la meta para la reducción de la mortalidad materna en el 2017 fue de 40 por 100.000 nacidos vivos.

Imbabura y el Hospital Básico “Asdrúbal de la Torre” iniciaron la aplicación y medición mensual de los estándares e indicadores de calidad en la atención materna en el año 2002 hasta la actualidad lo que ha permitido la disminución de los índices de mortalidad materna desde el año 2013, asumidos como actividades de cumplimiento obligatorio que garantizan la atención de la mujer en trabajo de parto, parto y post parto.

El llenado imperativo del formulario 051 del Ministerio de Salud Pública adaptación del Centro Latinoamericano de perinatología permite tener en las instituciones públicas un registro para verificación de las actividades indispensables en el cuidado de la madre lo que permite la detección precoz de problemas y garantiza la toma de decisiones oportunas que evitan complicaciones futuras, el incumplimiento de los estándares de calidad conlleva la obligatoriedad de desarrollar ciclos de mejora continua para mejorar la calidad en la atención.

La presente investigación pretende determinar el porcentaje de cumplimiento de la aplicación del partograma en la labor de parto, la calidad del registro, administración de oxitocina y el control post parto como manejo activo de la tercera etapa del parto.

CAPÍTULO I

1. El problema de investigación

1.1. Antecedentes

El Hospital “Dr. Asdrúbal de la Torre” se encuentra en la ciudad de Cotacachi, provincia de Imbabura, tiene segundo nivel de resolución, es el hospital de referencia de las 13 Unidades operativas ubicadas en las parroquias rurales y una Unidad ubicada en la parroquia urbana del cantón, es el soporte humano en salud para una población asignada de 50.490 habitantes para el año 2017. (INEC, 2017)

La construcción del Hospital se realizó en el espacio del antiguo Estadio Municipal, terreno que fue donado por el Concejo Municipal de Cotacachi al Ministerio de Salud Pública en el año de 1973. Fue inaugurado el 6 de julio de 1977, (Sala situacional Distrito 10D03, 2017); inicialmente brindaba los servicios de consulta externa y odontología; en 1979 se complementaron las áreas adicionales de Hospitalización, Centro Quirúrgico, Sala de Partos, Laboratorio, Rayos X, Emergencia y Servicios Generales.

Mediante Acuerdo Ministerial No. 00003345 de 17 de mayo del 2013 se sustituye la denominación de Área de Salud No. 3 Cotacachi a Dirección Distrital de Salud No. 10D03 y el Centro de Salud Hospital Asdrúbal de la Torre a Hospital Básico Asdrúbal de la Torre, con rediseño de su proyección basada en estándares de calidad en salud y mejoramiento en infraestructura y logística.

Estos estándares constituyen normas de cumplimiento obligatorio, emitidas por el Ministerio de Salud Pública y, evidencian la calidad de atención brindada a diferentes niveles. Además, contemplan una relación significativa referente a: indicadores de atención materna como: progreso de la actividad uterina, estado de salud fetal y toma

de decisiones oportunas, reflejando la calidad del manejo activo en el 3er periodo del parto y el diagnóstico y tratamiento eficaz de las hemorragias postparto. (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

Existen evidencias de la repercusión de los parámetros antes mencionados a nivel internacional: en el hemisferio oriental (Agha& Williams, 2016) demostraron que el gran índice de mortalidad materna y neonatal, podría modificarse brindando adecuada atención prenatal y de parto. Ese mismo estudio evidenció que la atención prenatal se asociaba de manera significativa con el parto institucional. Otras opiniones en el mismo hemisferio, han expresado preocupaciones pues la opinión de las mujeres en relación con la calidad de la atención y su preocupación por el maltrato que podrían recibir, condicionan la limitada utilización de los servicios de salud. (Ashraf, Thaver, Imtiaz, & Ayub, 2017)

En América Latina y el Caribe se evidencia que el 80% de partos tienen lugar en establecimientos de salud, los cuales tienen diferentes tendencias de atención en cuanto a calidad en todo su contexto. Por ello es importante enfatizar que la atención en este tipo de servicio debe reunir estándares y patrones protocolarios que garanticen la vida y salud de sus pacientes.

En Ecuador desde el año 2001 se desarrolló una investigación para evaluar el “Modelo de Gestión para la Calidad” a través del cumplimiento de estándares clínicos, posteriormente se extendió la capacitación con vistas al mejoramiento de la atención del parto y del recién nacido y a garantizar la disminución acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. (Ministerio de Salud Pública, 8/2008)

Imbabura inició la medición de estándares de calidad del Programa de Mejoramiento continuo de la calidad en Maternidad gratuita y atención a la infancia en el año 2002.

En el Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi, las cifras de mortalidad materna e infantil han disminuido gracias a la creación de la Ley de Maternidad Gratuita y atención a la Infancia, aunque los valores de la misma son preocupantes a nivel

nacional así: en mortalidad materna se registra las 85 muertes por 100.000 nacidos vivos, conforme se expresa en el año 2006; en cuanto a mortalidad infantil las cifras son de 9.17 niños fallecidos por cada 1000 NV, según estudios del año 2010. Esto demuestra que la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia tiene varios obstáculos para su total cumplimiento, entre ellas el desconocimiento de los beneficiarios y limitados servicios de atención en el nivel II (SIISE, 2013).

1.2. Planteamiento del problema

La atención que reciben las usuarias que acuden al Hospital “Asdrúbal de la Torre” de la Ciudad de Cotacachi desde su llegada al Servicio de Emergencia, para atención del parto y post parto hasta su salida al domicilio se ha visto afectada por varios factores, entre ellos, limitada aplicación de procedimientos para cumplir con los estándares de calidad en la atención, antes durante y después del parto; ante la necesidad de mejorar la calidad de atención, la aplicación de procedimientos para cumplir con los estándares de calidad en el servicio médico y aumentar el porcentaje de parto institucional de esta casa de salud, se realizará el estudio de la aplicación de procedimientos que se ejecutan a nivel de la institución motivo del presente estudio, a fin de cumplir con los estándares de calidad de atención en el parto y post parto.

Al respecto, según el departamento de Estadística del Distrito D10D03, señala que en el Hospital Básico “Asdrúbal de la Torre” no se han presentado muertes maternas desde el año 2011. Sin embargo se continúa cumpliendo con la aplicación de estándares de calidad para dar un mejor uso y funcionamiento adecuado al servicio.

Los Estándares e Indicadores para el Monitoreo de la Calidad de la Atención Materno Neonatal abarcan varios ítems a cumplir que han de aplicarse a toda usuaria externa desde que ingresa al servicio de emergencia, hasta el postparto inmediato.

1.2. Formulación del problema

Durante el trabajo de parto, parto y postparto inmediato es indispensable la aplicación de actividades esenciales basadas en evidencia científica que aseguran la atención de calidad a las pacientes y la toma de decisiones para evitar la muerte materna y neonatal.

El formulario 051 de Atención perinatal, es un instrumento que nos permite evaluar la vigilancia del trabajo de parto, la atención del parto por profesional capacitado, la administración de oxitocina y el control de signos vitales durante las dos primeras horas después del parto como parte del manejo activo y prevención de las hemorragias en el tercer periodo del parto.

En base a lo expresado se procederá con el siguiente lineamiento de mediciones de aplicación de los estándares de calidad:

- Porcentaje de partos atendidos con partograma y graficado correcto de la curva de alerta y la curva de dilatación cervical real de la paciente, y además registro del descenso de la presentación, con control y registro de la tensión arterial, la actividad uterina (frecuencia y duración) y la frecuencia cardiaca fetal.
- Porcentaje de partos atendidos en los que se tomó decisiones frente a desviaciones de la curva de dilatación cervical del partograma.
- Porcentaje de partos vaginales atendidos 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 período del parto y se registró en la historia clínica perinatal.
- Porcentaje de post partos 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.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar el cumplimiento de la normativa de atención en el trabajo de parto, parto y post parto en el Hospital Básico “Asdrúbal de la Torre” de Cotacachi.

1.4.2. Objetivos específicos

- Evaluar la aplicación de estándares de calidad en el Hospital Básico “Asdrúbal de la Torre” de Cotacachi.
- Analizar los procesos administrativos y de atención de salud en la Sala de partos del Hospital Básico “Asdrúbal de la Torre” de Cotacachi.
- Socializar los resultados obtenidos de la investigación y proponer un plan de calidad para la atención a las usuarias del Servicio de partos.

1.5. Justificación de la investigación

El análisis de la aplicación de los estándares antes citados permitirá evaluar la calidad de atención a las mujeres en el proceso de parto y post parto inmediato que refleja el cumplimiento de la normativa de atención en el trabajo de parto y post parto en la institución durante el período de enero a diciembre del 2017.

En razón de que el embarazo y el parto constituyen las motivaciones más frecuentes de control e ingreso a los hospitales básicos del Ministerio de Salud Pública, la investigación se orienta a evidenciar el sistema de control en este ámbito con miras a brindar servicios fundamentados en estándares que garanticen la salud de la población, especialmente de sectores vulnerables como son las comunidades rurales.

En este contexto, hacer énfasis a las autoridades y usuarios internos de todos los Hospitales a Nivel Nacional en la obligatoriedad de recibir, evaluar diagnosticar y brindar atención a toda mujer embarazada; independientemente de la Red de atención a la que pertenezca u otra condicionante que limite su acceso, para continuar con el tratamiento específico del caso o las acciones de referencia, contra referencia, ingreso u otras acciones.

Por tanto, esta investigación será una porte para las autoridades de los centros hospitalarios del país, sus equipos humanos de trabajo, para que dispongan de un recurso estadístico de fácil acceso y manejo en cuanto al monitoreo permanente acerca del cumplimiento de Normas y Guías de Práctica Clínica de atención Materna y Neonatal cuyo fin es analizar la correlación frente a la mejora de estándares e indicadores de evaluación clínica, para conocer el porcentaje de partos en donde se cumpla el protocolo de actuación diseñado acorde a la realidad de las pacientes.

La razón primordial de realizar la presente investigación se centrará en el hallazgo del tipo de cumplimiento sobre la norma relacionada con los indicadores de calidad del parto y postparto de años anteriores atendidos en la institución.

La investigación del cumplimiento de la normativa y la aplicación de los Estándares de calidad de atención del parto en el Hospital Básico “Asdrúbal de la Torre” es trascendental, por cuanto la institución de salud local, es considerada el proveedor de mayor imagen corporativa de atención en salud en el cantón, cuya misión consiste en brindar servicios de calidad y de manera integral, bajo lineamientos de eficiencia a la población cotacacheña, respetando la interculturalidad, con personal capacitado y con un sistema de referencia y contra referencia funcionando.

Sin embargo, los reportes estadísticos del período analizado han mostrado oscilaciones que distan un cumplimiento total de la norma exigida por el Ministerio de Salud Pública y evidencian inadecuada calidad de la atención de las mujeres durante el parto y postparto, pese a la implementación de ciclos rápidos de mejora de la calidad.

Los beneficiarios directos de la investigación serán las usuarias externas del Hospital Básico “Asdrúbal de la Torre” ya que el cumplimiento de la normativa es directamente proporcional a la calidad de atención brindada a las parturientas.

Los beneficiarios indirectos serán las autoridades de la Institución, pues al socializar los resultados obtenidos, se garantizará el cumplimiento de la normativa, favoreciendo el impacto positivo en la atención del parto y post parto, incrementando el parto institucional y el porcentaje de ocupación hospitalario.

CAPITULO II

2. Marco teórico

2.1. Fundamentación teórica

2.1.1. El partograma

El partograma es la representación gráfica de los valores y eventos relacionados al trabajo del parto, es una herramienta en la que se registra el progreso del trabajo de parto, especialmente: la velocidad de la dilatación cervical, frecuencia cardíaca fetal y la altura de la presentación o el moldeamiento y descenso de la cabeza del feto, las contracciones y los signos vitales de la parturienta en función del tiempo, es así que hace diferencia entre la fase latente del trabajo de parto en la que se presenta una dilatación lenta de hasta 2 cm y la fase activa, durante la cual el cérvix se dilata a por lo menos 1 cm por hora hasta alcanzar la dilatación completa de 10 cm.

Mediante la graficación del partograma el médico u obstetra es capaz de diferenciar claramente el progreso normal o anormal del trabajo de parto e identificar a aquellas mujeres que requieren intervención médica inmediata o referencia a centros especializados disminuyendo el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-perinatal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) cuando existe un diagnóstico de retraso en la primera etapa del trabajo de parto recomienda el partograma con una línea de acción de cuatro horas para monitoreo del avance del trabajo de parto, realizar el tacto vaginal con intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.

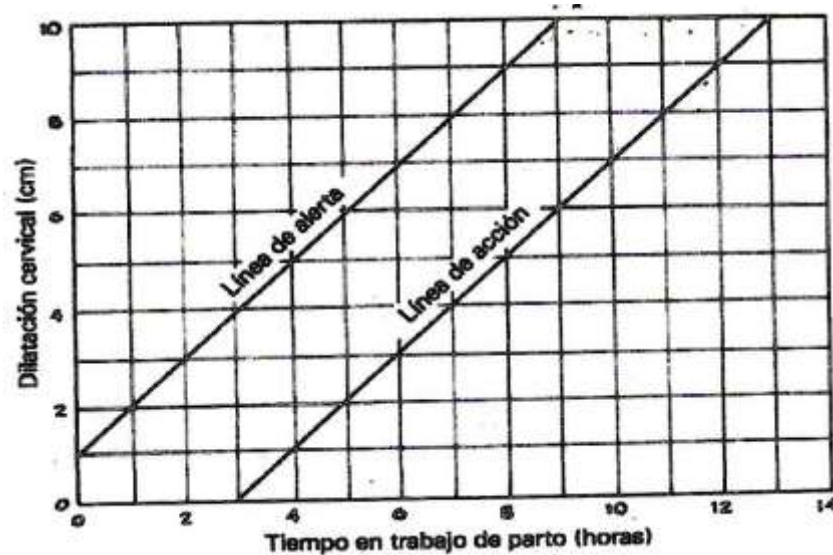
2.1.1.1. Objetivos del partograma

- Disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal mediante el diagnóstico oportuno de las desviaciones en el trabajo de parto.Ç
- Proveer al personal médico y obstetras de un instrumento económico, asequible y de uso universal para el seguimiento adecuado del trabajo de parto.
- Prevenir y diagnosticar el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna.
- Reducir el índice de cesáreas y asfixia al nacimiento y las secuelas en el recién nacido.

2.1.1.2. Modelo gráfico del partograma

Los modelos de partograma utilizan papel cuadriculado para la construcción de las curvas de alerta y dilatación del parto, el patrón incluye una escala vertical del 1 al 10 que representa los centímetros de dilatación cervical y una horizontal que representa las horas de trabajo de parto y otra vertical, pero a la derecha que mide la altura de la presentación y está numerada en orden descendente ya sea por encima o por debajo de las espinas ciáticas denominado también plano de De Lee o Hodge.

Gráfico 1. Modelo gráfico estándar para la elaboración de curvas de parto



Fuente: El partograma y las desviaciones de parto

2.1.1.3. Ventajas del partograma

- Disminuye la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, es un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren la decisión inmediata para tratamiento o referencia a centros de especialidad. (López, N. 2013).
- Garantiza el seguimiento de la labor de parto con calidad.
- Evita el trabajo de parto prolongado y las consecuencias que se derivan del mismo. (López, N. 2013).
- En el trabajo de parto con cesárea anterior predice precozmente la rotura uterina. (López, N. 2013).
- Es un método con lenguaje universal.
- Es económico y al alcance de todos.

2.1.2. El parto

El parto espontáneo, normal o eutócico: Es el conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan la expulsión del feto y los anexos ovulares desde el útero hacia el exterior, inicia espontáneamente, presenta un bajo riesgo y se mantiene así hasta el alumbramiento. El niño o niña nacen en posición cefálica entre las 37 y 42 semanas de gestación. (GPC, Atención del trabajo de parto, parto y post parto inmediato, MSP, 2015).

Parto inducido: Es aquel que se logra mediante el inicio artificial de las contracciones uterinas para producir borramiento y dilatación cervical con el uso externo de medicamentos o maniobras con capacidad contráctil.

Parto inmaduro: Es aquel que se presenta entre las 20 y 28 semanas de gestación.

Parto pretérmino: llamado también parto prematuroes el que se presenta entre las 28 y las 36 semanas de gestación.

Parto postérmino: Es el que se presenta luego de las 42 semanas de gestación o más de 294 días, calculados a partir de la fecha de la última menstruación confiable. (GPC, Atención del trabajo de parto, parto y post parto inmediato, MSP, 2015).

2.1.2. El trabajo de parto

En Colombia (Gaitán & Eslava, 2017) consideran que el trabajo del parto y el postparto deben ser basadas en el respeto de los temas socioculturales de las embarazadas, que garanticen los criterios para evaluar la calidad en la atención del parto, en un concepto humanista amplio, también Honduras tiene muy bien documentado con estadísticas el logro progresivo de la mejoría de la calidad de atención a la embarazada gracias a la implementación del sistema de control ciudadano, parte importante de este proceso ha sido la capacitación y promoción realizada por el estado para fomentar la participación de la población involucrada en cada región del país para mejorar la calidad de atención

materno infantil con la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia (Abarca, y otros, 2014).

Primera etapa de trabajo de parto o período de dilatación: es la que comienza con el inicio del parto y termina con la dilatación completa. A su vez, esta primera etapa, tanto en la práctica clínica como en la literatura, se ha subdividido en dos fases: la fase latente y la fase activa.

Fase latente del trabajo de parto: la fase latente comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración y se acompaña deborramiento cervical y progresión lenta o escasa de la dilatación hasta 4 cm.¹

Fase activa de trabajo de parto: se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación; comienza con una dilatación de más de 4 cm y termina cuando la paciente tiene dilatación completa: 10 cm.

Segunda etapa de trabajo de parto o período expulsivo: es la que comienza con la dilatación cervical completa y finaliza con el nacimiento del feto. Alternativamente, también es considerada desde el comienzo del pujo materno con dilatación completa hasta el nacimiento.

Tercera etapa de trabajo de parto o alumbramiento: es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta.

Manejo Activo de la tercera etapa del parto Esta práctica está basada en la evidencia e incluye la administración de 10 UI de Oxitocina por vía intramuscular; liberación de la placenta con tracción controlada y contratracción uterina por encima del hueso pubiano y masaje uterino inmediatamente después de la salida de la placenta y cada 15 minutos y el control de signos vitales en las siguientes 2 horas. Está demostrado

que el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) disminuye sustancialmente la incidencia de hemorragia puerperal por atonía uterina, en 60%.

Atención de postparto inmediato Las 24 primeras horas desde que ocurre el alumbramiento o puerperio inmediato se constituye en un período importante y crítico, con un alto riesgo de complicaciones que pueden tener consecuencias graves para la mujer y su hija o hijo, en el 2015 la tasa de mortalidad materna en el Ecuador de 64 por 100.000 nacidos vivos teniendo como causa directa la hemorragia posparto. Para evaluar el postparto inmediato el MSP de Ecuador recomienda realizar mínimo tres controles obligatorios durante las dos primeras horas de signos vitales: tensión arterial, temperatura y pulso, retracción uterina, sangrado genital y características los loquios.

2.1.3. El Mejoramiento Continuo de la Calidad del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en el Ecuador.

En 1996, el Ministerio de Salud creó el “Programa Nacional de Mejoramiento de la Calidad” mediante Acuerdo Ministerial N° 3339, capacitando a los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC), en 7 hospitales y las entonces 16 Áreas de Salud de 7 provincias, en 1998, la Dirección Nacional de Desarrollo de Servicios de Salud implementó un modelo de gestión para mejorar la calidad en 17 hospitales cantonales (Ayabaca, y otros, 2008).

En el año 2001, la Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud (PAIS) y la Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (UEMGYAI), desarrollaron una investigación operativa para demostrar que la aplicación del “Modelo de Gestión para la Calidad” mejora la calidad a través del cumplimiento de estándares clínicos.

En el año 2002, el Ministerio de Salud Pública capacitó a facilitadores de 8 provincias y 14 Áreas de salud para la institucionalización del mejoramiento de la calidad en sus Áreas y provincias respectivas, entre ellos Imbabura, y publicó el Manual técnico,

operativo, administrativo y financiero del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, con acuerdo ministerial No 537, donde se incluye el sistema de mejoramiento continuo de la calidad, con estándares para ser medidos por las Unidades Operativas, incluyéndose en el mismo período al Hospital “Asdrúbal de la Torre”, iniciándose de inmediato la evaluación periódica de los estándares hasta la actualidad. (Ayabaca, y otros, 2008).

En el 2004 y 2005 se actualizaron los estándares, acogiendo observaciones y sugerencias nacionales, provinciales y locales, en el año 2005, se integran las provincias de Chimborazo, Carchi, Loja y Manabí, en el Ministerio de Salud Pública se conforma un equipo conductor del mejoramiento continuo de la calidad y de cuidados obstétricos esenciales, integrado por funcionarios de Normalización del Sistema Nacional de Salud, de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y apoyo técnico de QAP (Proyecto de Garantía de la Calidad). Posteriormente y según dirección del mencionado equipo, se integra la provincia de Esmeraldas, resultando finalmente en 13 provincias cuyo trabajo ha mejorado los procesos de atención mediante la medición de la calidad y aplicando los Ciclos rápidos de mejoramiento continuo de la calidad, en correspondencia con el acuerdo ministerial No 474, donde se declara el Plan Nacional de la Reducción de la Mortalidad Materna, como prioridad en la Agenda Pública Nacional, a través de la Dirección de Normatización y encargando su coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación a la Dirección de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud.

En 2006, mediante Acuerdo Ministerial N° 0284, se publicó el “Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la atención materno infantil” utilizado por los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC), en varias provincias. Posteriormente, luego del trabajo constante y de la retroalimentación de los EMCC de las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública (Ayabaca, y otros, 2008).

En el 2007 el MSP desarrolló el “Proyecto colaborativo para el mejoramiento del manejo de la complicación obstétrica” en cinco hospitales provinciales (Esmeraldas,

Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo y El Oro) y la maternidad de Santa Rosa en El Oro, en estos hospitales se conformaron equipos de mejora continua que trabajaron en el cumplimiento de la norma de atención en las complicaciones obstétricas, obteniéndose lecciones aprendidas para el manejo de las complicaciones, logrando una disminución importante del número de casos de muerte materna intrahospitalaria de causas obstétricas y posteriormente se expandió la práctica a otras provincias (Ayabaca, y otros, 2008).

Los estándares e indicadores fueron revisados durante el primer trimestre del 2008, publicándose el Manual de estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de la Atención Materno-Neonatal en el mes de agosto, en el mismo año la Dirección Nacional de Normatización del MSP, mediante Acuerdo Ministerial 474 aprueba el Plan de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, en el que se plantea como objetivo general “Mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención a mujeres en edad fértil y neonatos en las redes provinciales de cuidados obstétricos y neonatales esenciales con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional, así como al conocimiento de buenas prácticas familiares y comunitarias para reducir las muertes maternas y neonatales evitables” y así reducir en un 30 % la mortalidad materna y en un 35% la mortalidad neonatal y como objetivos específicos posicionar al Plan de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal en la agenda Pública nacional, Provincial y local con la rectoría del MSP, organizar las Redes de Cuidados Obstétricos y Neonatales priorizando las Provincias de mayor riesgo y tasas de muerte materna y neonatal, establecer mecanismos de estímulo y satisfacción de la demanda estableciendo protocolos interculturales y la participación de la familia. (Ayabaca, y otros, 2008).

2.1.4. La Ley de Maternidad gratuita

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia nace en el Ecuador con el objetivo de garantizar el control prenatal y la salud sexual, en la mujer en edad fértil, y a la vez la atención de niños hasta los cinco años de edad, pero por otros motivos no se puede cumplir en su totalidad, ya sea por la falta de recursos humanos, de insumos

y/o medicamentos, de equipamiento y en gran número por desconocimiento de la Ley por parte de los usuarios (IPIALES CELÍN, 2005).

En Colombia utiliza la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia, como una herramienta eficaz de aporte al mejoramiento del sistema de salud pública, aportando su fortalecimiento interno y a motivar a los ciudadanos y ciudadanas para que se vinculen a estas organizaciones contribuyendo a la ampliación de sus bases sociales, a su consolidación y a su gestión social por la salud y la calidad de vida con la intervención, sobre todo de dirigentes de las comunidades, del sector educativo y salud (Abarca, y otros, 2014).

2.2. Marco legal

La constitución de la República del Ecuador en sus Art. 32, 43, 45 dispone, que la salud es un derecho que garantiza el Estado, las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia no serán discriminadas por su embarazo, la gratuidad de los servicios, la atención prioritaria y el cuidado de su salud durante el embarazo, parto y puerperio, además de reconocer y garantizar la vida de los niños y niñas incluido el cuidado y protección desde la concepción, mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; el acceso permanente, oportuno a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva, la prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional, éste derecho vinculado a otros derechos sustentan el buen vivir. (Asamblea Constituyente, 2008)

La Ley Orgánica de Salud en sus Artículos: 1, 2,4 hace referencia al derecho a la salud consagrado en la Constitución de la República, a la obligación que todos los integrantes del Sistema Nacional de salud tienen de sujetarse a las disposiciones de esta Ley y su reglamento, reconoce al

Ministerio de Salud Pública como la autoridad sanitaria nacional y ente rector (Congreso Nacional, 2006).

***El Art. 6.** de esta misma Ley asigna responsabilidad al Ministerio de Salud el formular político de atención en salud sexual y reproductiva de acuerdo al ciclo de vida, garantizar el acceso a medicamentos de calidad, promover y potenciar la práctica de la medicina tradicional (Congreso Nacional, 2006).*

***El Art. 7,** habla sobre los derechos de las personas a los servicios de salud como el acceso universal, gratuito, oportuno dando preferencia a los grupos vulnerables, respeto a su privacidad e intimidad, sus prácticas culturales, derechos sexuales y reproductivos, recibir consejería e información (Congreso Nacional, 2006).*

La Ley de Maternidad gratuita fue aprobada en el año 1994 con tres Artículos y reformada en el año 1998 con doce Artículos y se denomina Ley de Maternidad gratuita y atención a la infancia, en el año 2005 se crea en el Ministerio de Salud Pública la Unidad ejecutora de Maternidad gratuita y atención a la infancia, misma que tiene autonomía administrativa y financiera (Comisión de Legislación y Codificación, 2006).

La Ley de Maternidad Gratuita y atención a la infancia en sus Art. 1,2, dispone que: “Toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y post-parto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos-nacidas y niños niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.”

Art. 2.- “el financiamiento para cubrir las necesidades de medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad en las siguientes prestaciones: a) Maternidad: Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y, en las enfermedades de transmisión sexual los esquemas básicos de tratamiento , atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, toxemia, hemorragias y sepsis del embarazo, parto y post-parto, así como la dotación de sangre y hemo derivados.” (Comisión de Legislación y Codificación, 2006).

En el Plan de Reducción acelerada de la Mortalidad Materno Neonatal, en el Objetivo 4A, 4D, se plantea entre otras actividades implementar el monitoreo de estándares/ indicadores para la mejora continua de la calidad de atención materna y neonatal, establecer mecanismos de estímulo y satisfacción de las usuarias mediante la humanización e incorporación de prácticas culturales de la atención en los servicios de cuidado obstétrico y neonatal y en los que atienden partos y recién nacidos, de acuerdo a las normas nacionales. La calidad de los CONE (Cuidados Obstétricos Neonatales), tiene gran impacto en la salud y sobrevivencia de las madres y los recién nacidos.

La aplicación de la medición de los Estándares de calidad en la Atención Materno Neonatal, es una actividad que se la realiza en forma mensual mediante la cual evaluamos cuantitativamente el cumplimiento de las actividades cuidados proporcionados a la madre y al niño en el proceso del parto y post parto.

El Manual de Estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materno neonatal, contiene los insumos para realizar las mediciones mencionadas.

2.3. Glosario de términos

Acción: Sugiere la realización de una actividad voluntaria o involuntaria, de palabra, pensamiento u obra por parte de una persona, animal u objeto material o no, que normalmente implica movimiento o cambio de estado o situación y que influye en una persona, animal o cosa (RAE, 2017).

Actividad: Conjunto de acciones que se llevan a cabo para cumplir las metas de un programa o subprograma de operación, consiste en la ejecución de ciertos procesos o tareas mediante la utilización de los recursos humanos, materiales, técnicos, y financieros asignados a la actividad con un costo determinado (RAE, 2017).

Calidad: Cualidad referida a la excelencia de la creación, fabricación o procedencia de determinado producto. Supone por lo tanto un buen desempeño y sugiere que ha pasado por una serie de pruebas o referencias las cuales garantizan su estado óptimo. Implica hacer lo correcto, en la forma correcta, desde la primera vez (Ministerio de Salud de Honduras; MSP; USAID, 2013).

Ciclos rápidos de mejora: Constituyen un método que permite a los equipos actuantes elaborar modificaciones específicas en el diseño o en la ejecución de los procesos a través intervenciones rápidas y progresivas. Los cambios en el proceso minimizan las brechas existentes entre calidad deseada y observada (Ministerio de Salud de Honduras; MSP; USAID, 2013).

Estándar de calidad: Es la declaración explícita de la calidad esperada en un proceso de atención.

Impacto: Resultado que genera un acontecimiento en los usuarios de salud y sobre el medio en el cual se desarrollan las personas. Puede además referirse a los efectos colaterales que un determinado fenómeno causa en una población particular (RAE, 2017).

Indicador: Es la expresión objetiva del desempeño a través de la relación cuantitativa entre dos variables que intervienen en un mismo proceso, siendo estas relaciones las que proporcionan la objetividad necesaria y precisa para analizar y valorar la realidad del comportamiento de los recursos, utilización adecuada de la infraestructura, desarrollo y logros de las estrategias y programas así como el impacto de las acciones de salud en la población. (Mondragón, 2012).

Mejoramiento continuo: Metodología sistemática y recurrente que posibilita la incorporación de cambios concretos en procesos específicos de la atención de salud, con vistas a mejorar la capacidad que garantice el cumplimiento de la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria, para garantizar niveles elevados de calidad y satisfacción de los usuarios (García P, Quispe A., & Ráez G., 2003).

Son objetivos que se han establecido en términos cuantitativos en un determinado tiempo (RAE, 2017).

Monitoreo de la calidad: Es el proceso de recolección y análisis de datos para evaluar el cumplimiento de los estándares, a través de indicadores.

Parto: Proceso fisiológico considerado como la culminación del término de la gestación, en el que intervienen factores psicológicos y socioculturales, consta de tres etapas: fase inicial, fase activa, y la fase final (expulsiva) relacionada con el nacimiento del bebé (FAME, 2006).

Postparto: Considerado el periodo que prosigue al parto o también denominado puerperio y comprende las seis semanas siguientes al parto. (Cunninghan, y otros, 2011).

Trabajo de parto: Es el proceso mediante el cual el feto y la placenta salen del útero y consta de tres etapas que pueden iniciar incluso semanas antes de que se produzca el nacimiento. (Cunninghan, y otros, 2011).

Manejo Activo de la tercera etapa del parto: esta práctica está basada en la evidencia e incluye la administración de 10 UI de Oxitocina por vía intramuscular; liberación de la placenta con tracción controlada y contratracción uterina por encima del hueso pubiano y masaje uterino inmediatamente después de la salida de la placenta y cada 15 minutos y el control de signos vitales en las siguientes 2 horas. Está demostrado que el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) disminuye sustancialmente la incidencia de hemorragia puerperal por atonía uterina, en 60%.

2.4. Abreviaturas utilizadas

CLAP	Centro Latinoamericano de perinatología
GPR	Gobierno por resultados
MATEP	Manejo activo de la tercera etapa del parto
MSP	Ministerio de Salud Pública
LMGYAI	Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia
DID03	Distrito 10 D03
QAP	Proyecto de garantía de la calidad
PAIS	Promoción y Atención integral de salud

CAPITULO III

3. Metodología de la investigación

3.1. Descripción del área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Básico “Asdrúbal de la Torre” el mismo que cuenta con dos salas de partos en las que se brinda atención del parto humanizado.

3.2. Tipo de investigación

La presente investigación es un estudio descriptivo retrospectivo con enfoque cuantitativo, de tipo documental y descriptiva según Hernández, San Pieri, 2014 ya que se analizó la atención de parto y post parto aplicando la normativa y los estándares mínimos de calidad en la atención, cómo se manifiesta el cumplimiento de los mismos en la atención a las usuarias que utilizan el servicio de partos, y explicativo ya que identificamos los aspectos que provocan el incumplimiento en la aplicación de estándares de calidad en la atención del parto y postparto.

3.3. Método de investigación

Este estudio se basa en el método analítico según Hernández San Pieri, ya que se analizó como es la atención del parto y postparto, a través de la normativa y los estándares mínimos de calidad.

El diseño de esta investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo ya que se realizó la revisión de las historias clínicas, dándole un valor numérico a la atención durante el parto y post parto de las mujeres que acudieron al Hospital Básico Asdrúbal de la Torre.

3.4. Población y muestra

La población estudiada fueron las 295 Historias Clínicas de mujeres que fueron atendidas de parto normal en el Hospital básico “Asdrúbal de la Torre” de enero a diciembre de 2017.

3.5. Procedimiento

El presente trabajo investigativo es de carácter social mismo que adquiere un carácter cuantitativo, pero se debe tomar en cuenta que la principal temática de este trabajo es la investigación cuantitativa ya que permite que los fenómenos investigados sean interpretados por el investigador.

3.5.1. Primera fase

Se realizó la revisión de las 295 Historias Clínicas, de las cuáles en 56 Historias clínicas no se realizó el partograma por ser partos en etapa expulsiva quedando un universo para la medición de este estándar 236 historias clínicas; enfocando el trabajo en la revisión del formulario 051 Atención perinatal del Centro Latino Americano de Perinatología (CLAP) de las usuarias ingresadas de enero a diciembre del 2017, la graficación del partograma para la vigilancia del trabajo de parto, se realizó una evaluación del mismo utilizando para tal fin la hoja de monitoreo de “Estándares de Calidad en la Atención del Parto” del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) de acuerdo a los ítems del instrumento (Anexo 1).

Se revisaron 23 Historias clínicas con partogramas con desviaciones en la curva para verificar si se tomaron decisiones oportunas en el tiempo que requiere la norma de atención. (Anexo 2).

Se realizó la verificación del registro de la hora del nacimiento en las 295 Historias clínicas, en el Formulario 051 Atención perinatal y la hora de administración de

Oxitocina en el formulario 022 Administración de medicamentos para determinar si fue administrada en el primer minuto del parto (Anexo 3).

Se realizó la verificación de los partos atendidos por profesional capacitado médico u obstetra (Anexo 4).

3.5.2. Segunda fase

Se sistematizó la información obtenida para determinar:

- Si se llena correctamente el partograma y si las decisiones tomadas frente a las desviaciones de la curva de alerta y acción fueron oportunas.
- Si la administración de la oxitocina se la realizó dentro del primer minuto del nacimiento como una de las actividades del manejo activo del tercer periodo del parto.
- Si la atención del parto fue realizado por un profesional médico u obstetra u obstetra capacitado.

3.6. Técnicas e instrumentos de investigación

Se realizó la investigación documental y se obtuvieron los datos del Formulario 051 atención perinatal de las Historias Clínicas de los partos atendidos de enero a diciembre de 2017 con los instrumentos para la medición de estándares de calidad en la atención materno neonatal proporcionados por el Ministerio de Salud Pública, se realizó el análisis de los datos obtenidos.

3.7. Resultados esperados (impactos)

La propuesta de la investigación sobre el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención del parto y post parto en el Hospital “Asdrúbal de la Torre” se inició

por deseos de conocer si se cumplen con los estándares de calidad en la atención del parto y post parto, mejorar la calidad de atención que se brinda a las usuarias en la institución en la cual trabajamos con el afán de recuperar la credibilidad en nuestra institución ya que el hospital es el centro de referencia de catorce unidades operativas centros y puestos de salud) existentes en nuestro Cantón; además interés personal por deseos de superación, desarrollo personal y profesional para analizar y dar soluciones a nivel gerencial.

3.7.1. En lo económico-social

Al investigar la aplicación de los estándares de calidad en la atención del parto institucional con atención calificada (médico u obstetrix), hemos podido evidenciar la aplicación real de los mismos, la disponibilidad de recursos, el tratamiento oportuno y eficaz de las complicaciones lo que va a permitir reducir la incidencia de discapacidad secundaria a factores perinatales, establecer un ciclo de mejoramiento de la calidad de atención.

3.7.2. En lo cultural

Según estudios realizados, se ha demostrado la importancia de que la madre tenga contacto con el niño inmediatamente después de nacer, ya que aumenta la duración de la lactancia materna, da seguridad al niño y mejora el vínculo madre hijo, a más de aplicar el derecho de la madre a estar acompañada durante el proceso de atención del parto.

3.8. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Los datos e información obtenida de los documentos analizados fueron llevados a una base estadística con el programa Excel para representar en las respectivas gráficas con sus porcentajes debidos.

CAPITULO IV

4. Análisis e interpretación de resultados

4.1. Resultados

4.1.1. Evaluación de cumplimiento de estándares de calidad en la atención del trabajo de parto, parto y postparto.

4.1.1.1. Estándar 3A:

Porcentaje de partos atendidos en las Unidades de Salud con partograma graficado correctamente la curva de alerta y la curva de dilatación cervical de la paciente, y además se controló y registró la tensión arterial, la actividad uterina (frecuencia y duración) y la frecuencia cardíaca fetal. (Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal 2008).

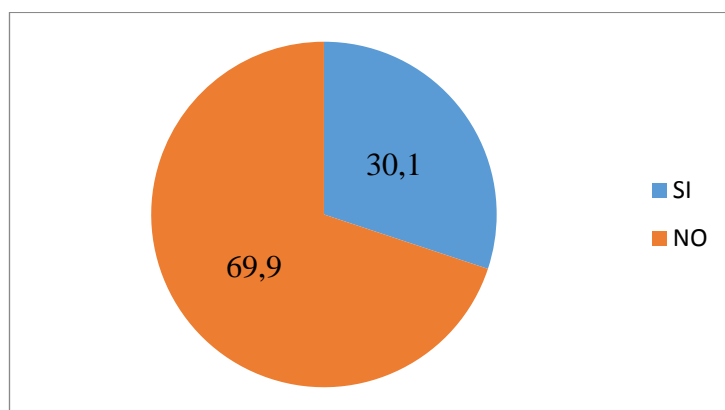


Gráfico 2. Porcentaje de partos con partograma graficado correctamente

Elaborado por: Ana Gavilanes

Los datos expuestos en el gráfico señalan que apenas el 30,1% de Historias clínicas evidencian que se graficó correctamente el partograma, mientras que el 69,9%, carece de este registro correcto lo cual dificultaría la identificación temprana de problemas con la madre o el niño.

Actividad 1

Graficó correctamente las curvas (alerta y dilatación cervical) en el Partograma: Seleccionó adecuadamente el patrón de construcción de la curva de alerta de acuerdo a las condiciones propias de la embarazada. (Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal 2008).

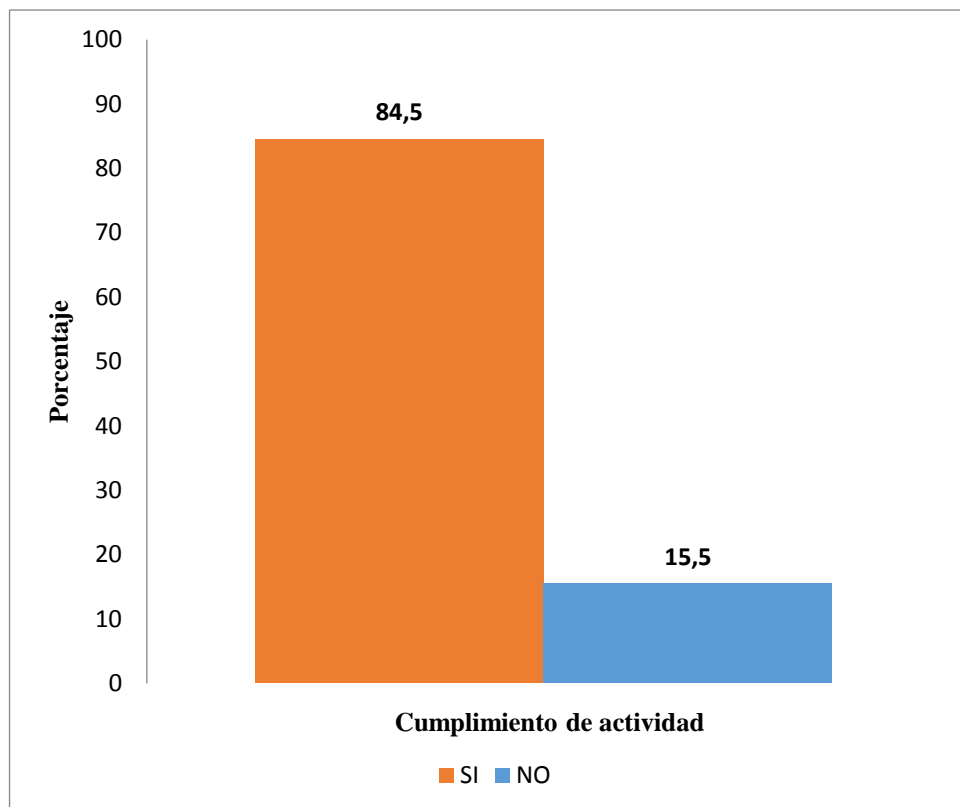


Gráfico 3. Porcentaje de partos con partograma graficado correctamente

Elaborado por: Ana Gavilanes

Los datos expuestos en el gráfico señalan que el 84,5 % de Historias clínicas evidencian que se seleccionó adecuadamente el patrón de construcción de la curva de alerta de acuerdo a las condiciones propias de la embarazada, mientras que el 15,5%, carece de este registro correcto de trazar la curva, no se registró adecuadamente por criterios diversos o falta de conocimiento, lo cual afectaría a las estadísticas de cumplimiento en esta área de salud a la unidad investigada.

Actividad 2

*Identificó correctamente el punto de partida o punto “cero” de la curva de alerta:
(Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la
Atención Materno – Neonatal 2008)*

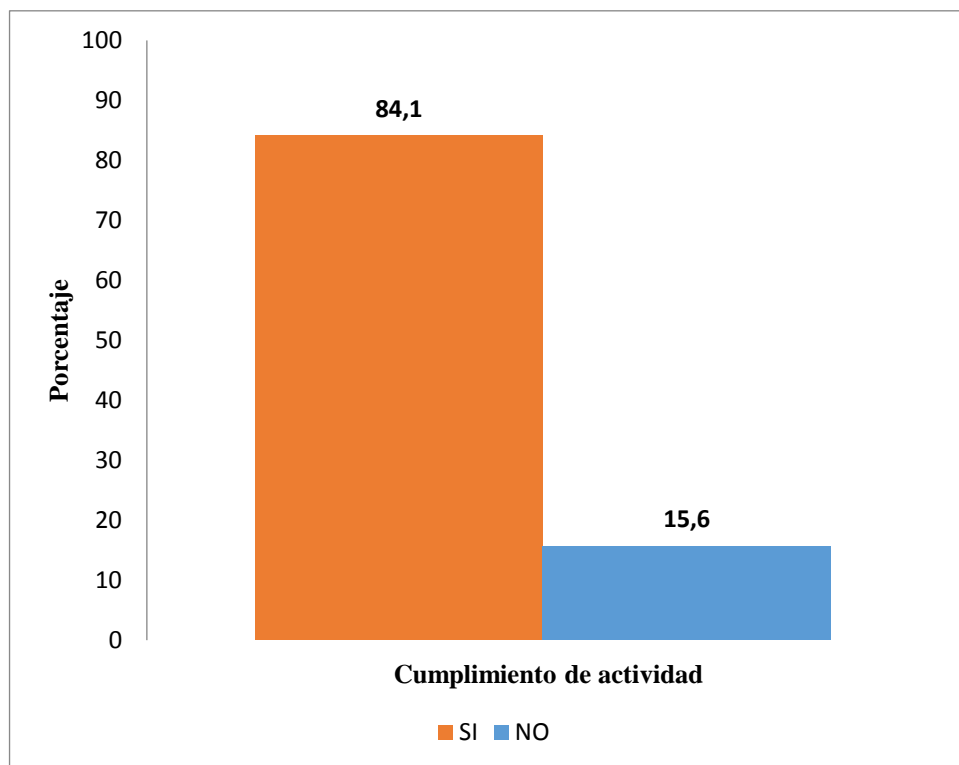


Gráfico 4. Porcentaje de identificación del punto de partida o punto cero

Elaborado por: Ana Gavilanes

En el 84,1 % de Historias clínicas se evidencia que se identificó correctamente el punto de partida o punto “cero” de la curva de alerta con el símbolo correspondiente, mientras que en el 15,6% no se identificó o el punto de partida o punto “cero” estuvo mal identificado, mal graficado o no tenía el símbolo correspondiente.

Actividad 3

Graficó adecuadamente la curva de progreso real de la dilatación cervical de la embarazada desde su ingreso hasta el nacimiento. (Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal 2008).

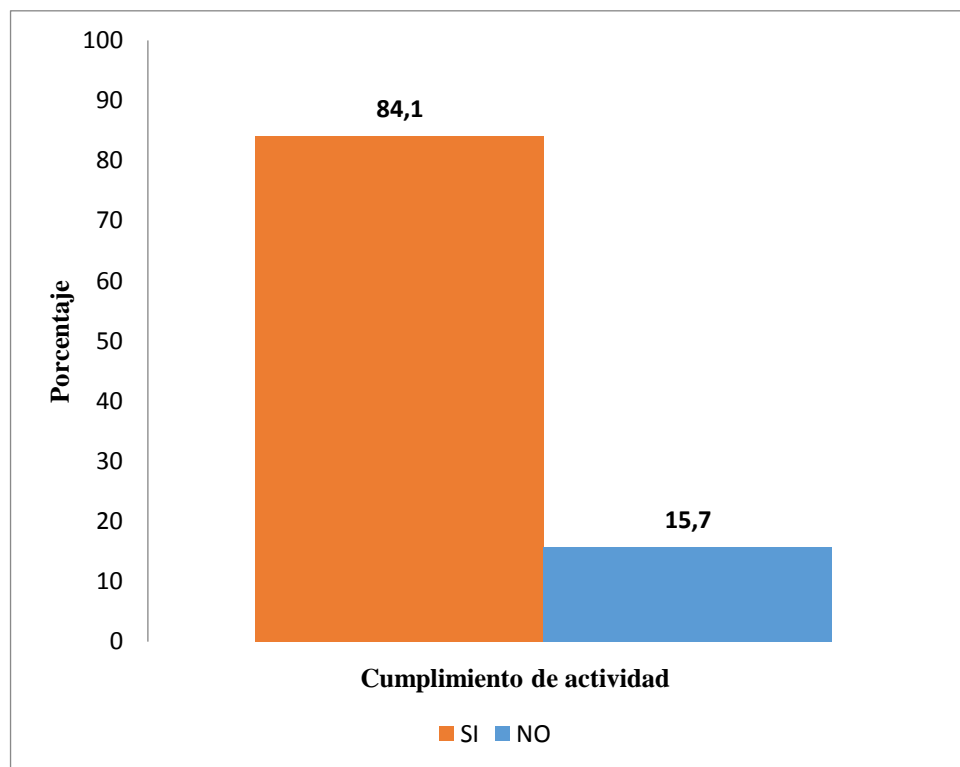


Gráfico 5. Porcentaje de graficación adecuada del progreso de la dilatación cervical

Elaborado por: Ana Gavilanes

En el 84,1 % de Historias clínicas se evidencia que se graficó adecuadamente la curva de progreso real de la dilatación cervical de la embarazada desde su ingreso a la unidad de salud hasta el nacimiento, mientras que en el 15,7 % de historias clínicas revisadas se graficó inadecuadamente la curva de progreso o no se graficó.

Actividad 4

Registro el descenso de la presentación en el partograma desde su ingreso hasta el nacimiento. (Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal 2008).

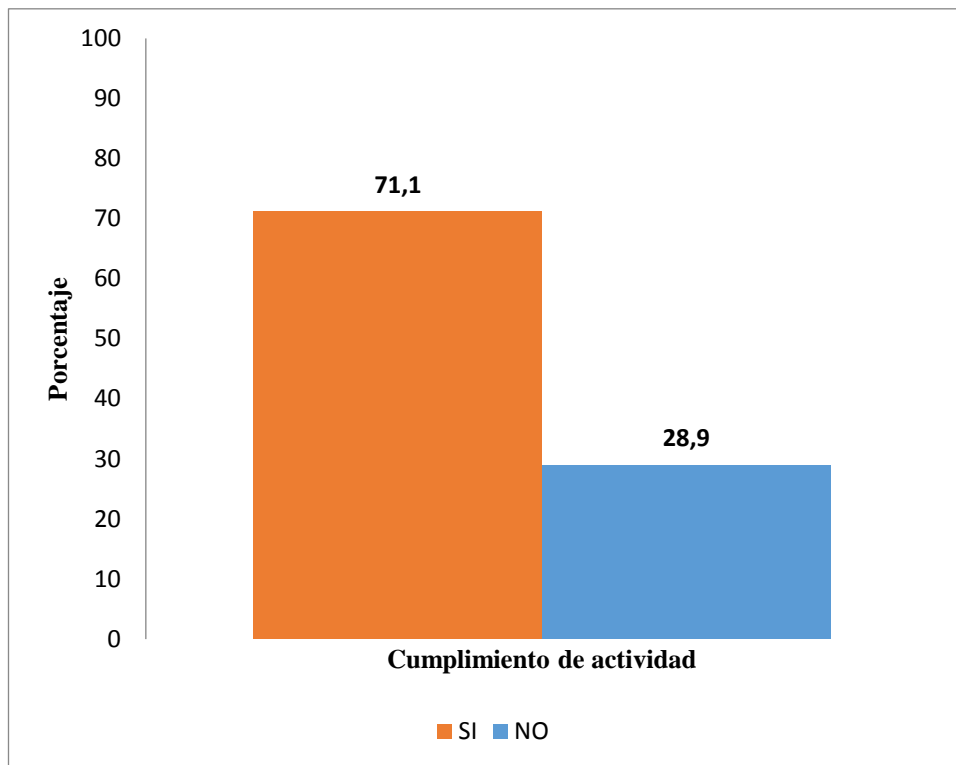


Gráfico 6. Porcentaje del registro del descenso de la presentación fetal desde el ingreso hasta el nacimiento

Elaborado por: Ana Gavilanes

En el 71,1 % de Historias clínicas se evidencia que se registró adecuadamente el descenso de la presentación fetal en el partograma desde el ingreso de la paciente a la unidad de salud hasta el nacimiento, mientras que en el 28,9 % de historias clínicas revisadas se graficó el descenso de la presentación fetal y no el nacimiento, lo que provoca imprecisión en el dato.

Actividad 5

Controló y registró la tensión Arterial. (Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal 2008).

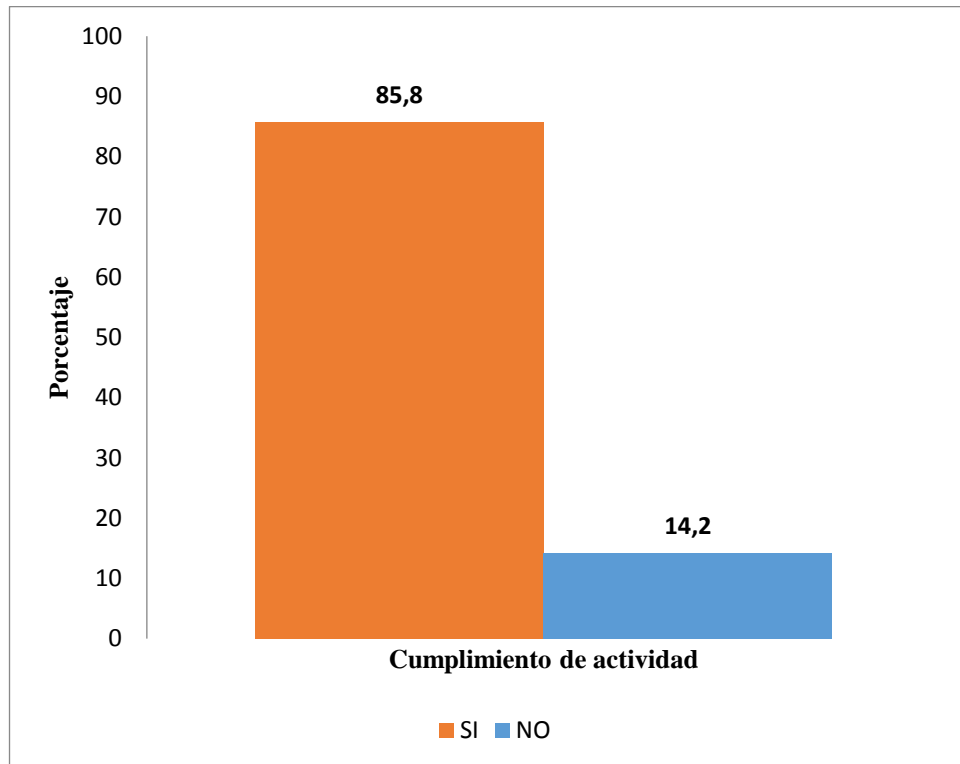


Gráfico 7. Porcentaje del registro del control de la tensión arterial

Elaborado por: Ana Gavilanes

En el 85,8 % de Historias clínicas se evidencia que se controló a las pacientes registró la tensión arterial cada hora desde el ingreso de la paciente a la unidad de salud y se registró en el partograma, mientras que en el 14,2 % de historias clínicas revisadas se controló y registró la tensión arterial pero no cada hora como lo señala el cumplimiento del estándar de calidad de atención.

Actividad 6

Controló y registró la actividad uterina: frecuencia y duración. (Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal 2008).

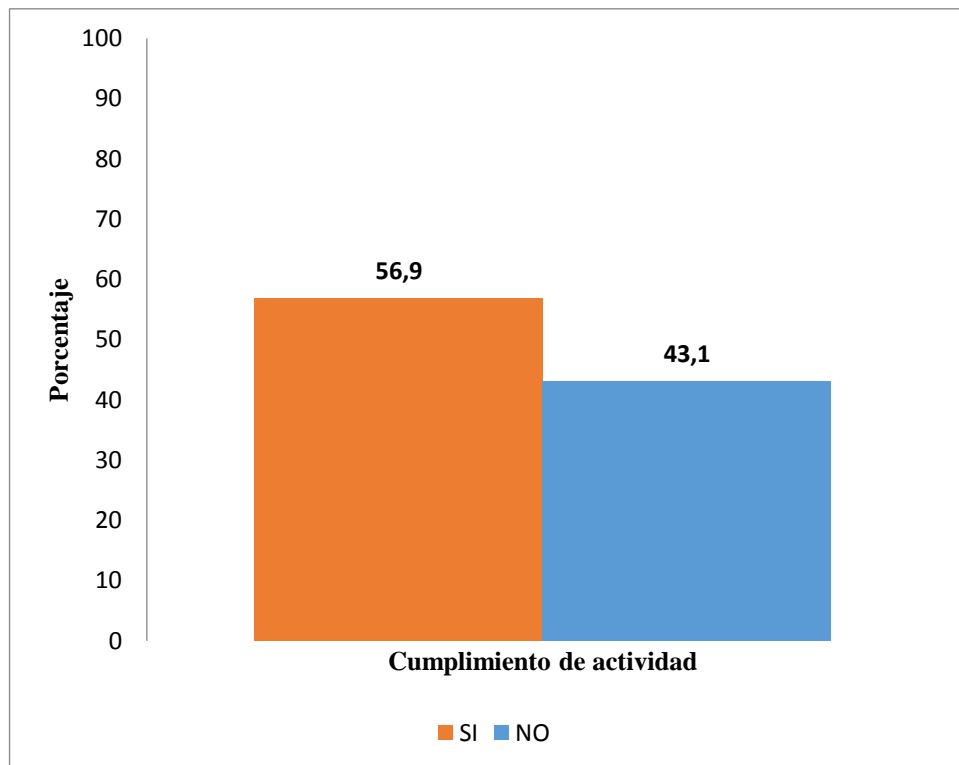


Gráfico 8. Porcentaje del registro de la actividad uterina: frecuencia y duración

Elaborado por: Ana Gavilanes

En el 59,6 % de Historias clínicas se evidencia que se controló la actividad uterina de la paciente desde su ingreso a la unidad operativa y registró en el partograma: frecuencia y duración de las contracciones uterinas cada hora, mientras que en el 43,1 % de historias clínicas revisadas no se controló y registró cada hora la actividad uterina pudiendo ocasionar problemas con la valoración del avance de la labor de parto.

Actividad 7

Controló y registró la frecuencia cardiaca fetal. (Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal 2008).

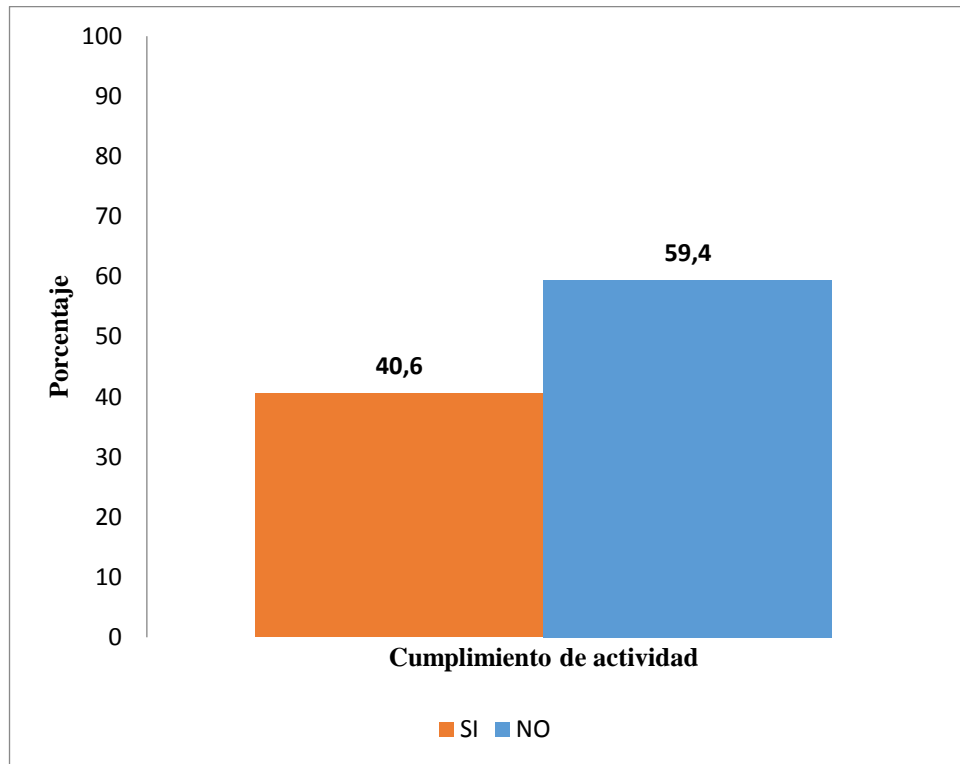


Gráfico 9. Porcentaje del registro del control de la frecuencia cardiaca fetal

Elaborado por: Ana Gavilanes

En el 40,6 % de Historias clínicas se evidencia que se controló desde la llegada de la paciente a la unidad operativa la frecuencia cardiaca fetal cada hora y registró en el partograma, mientras que en el 59,4 % de historias clínicas revisadas no se controló y registró cada hora la frecuencia cardiaca fetal lo que provocaría la detección tardía de sufrimiento fetal agudo.

4.1.1.2. ESTÁNDAR 3B:

Porcentaje de partos atendidos en las Unidades de Salud con desviaciones y en los que se tomó decisiones frente a desviaciones de la curva de dilatación cervical del partograma. (Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal 2008).

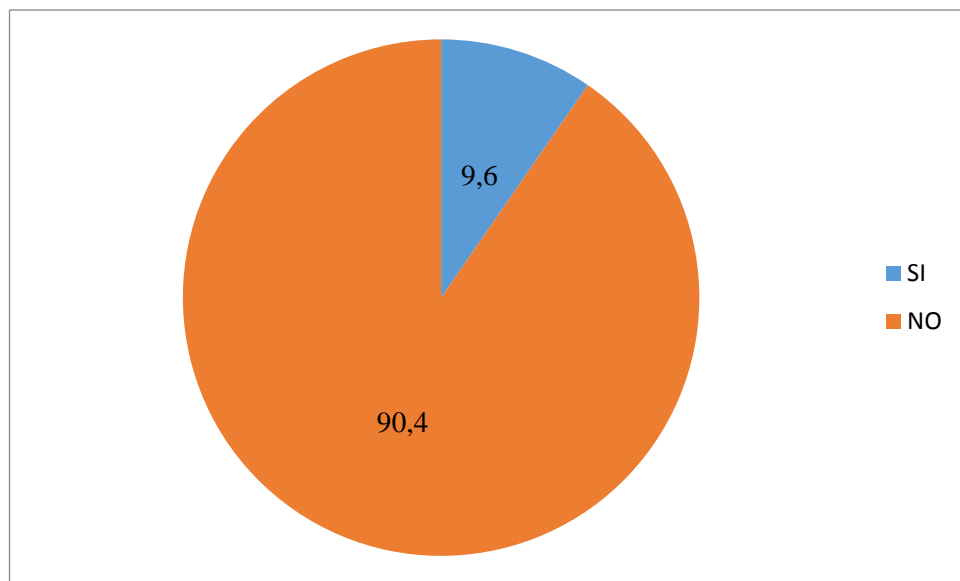


Gráfico 10. Porcentaje del registro de partograma con desviaciones en la curva de dilatación

Elaborado por: Ana Gavilanes

En el 9,6% de las historias clínicas se evidencia que la paciente tuvo desviaciones en la curva de dilatación cervical lo que representa un problema ya que su labor de parto se alargó más de lo previsto según la evidencia de duración de la misma.

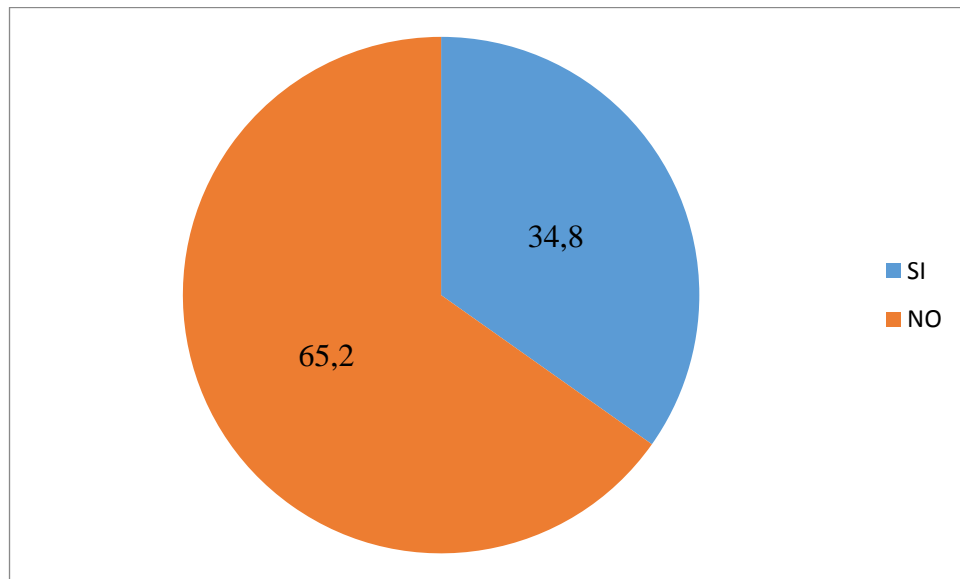


Gráfico 11. Porcentaje partogramas con desviaciones en la curva de dilatación en los que se tomaron decisiones en un máximo de 30 minutos

Elaborado por: Ana Gavilanes

Del 9,6% de Historias clínicas que evidenciaron una desviación en la curva de dilatación cervical, 8 historias clínicas que corresponde a un 34,8% fueron valoradas por la especialista en un máximo de 30 minutos y se tomaron decisiones terapéuticas frente a las desviaciones de la curva de dilatación, previniendo de esta manera complicaciones en la madre y el recién nacido.

4.1.1.3. ESTÁNDAR 4:

Porcentaje de partos vaginales atendidos en el hospital 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. (Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal 2008).

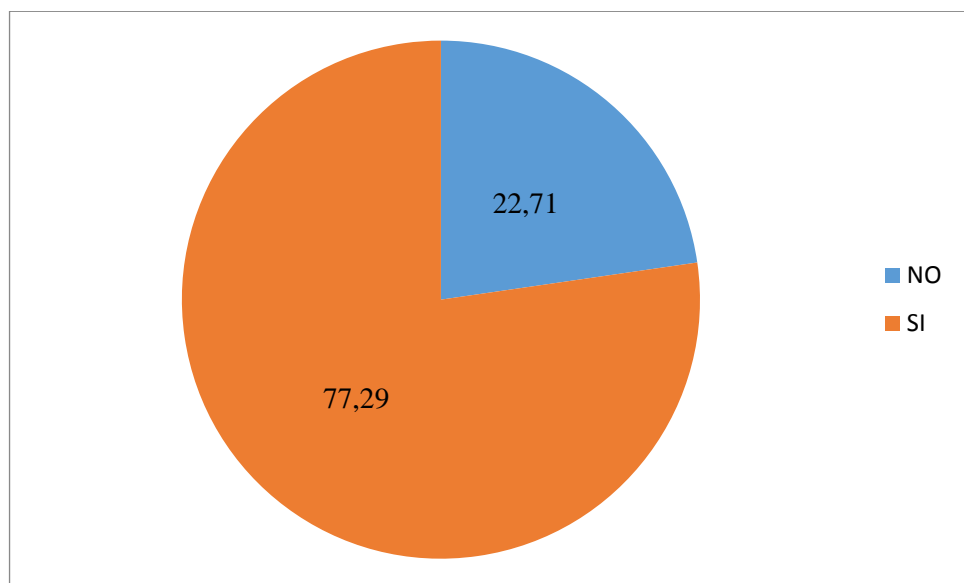


Gráfico 12. Porcentaje de partos en los que se administró Oxitocina dentro del minuto después del nacimiento

Elaborado por: Ana Gavilanes

En el 77,29 % de Historias clínicas se evidencia que se administró 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 el Formulario 051 o en el formulario 022 Kardex, mientras que en el 22.71 % de historias clínicas revisadas la administración no se la realiza de acuerdo a la norma establecida ya que existe discordancia en el registro de la hora del nacimiento registrado en el formulario 051 Atención perinatal y el registro de la administración en el formulario 022 Administración de medicamentos.

4.1.1.4. ESTÁNDAR 5:

Porcentaje de post partos 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. (Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal 2008).

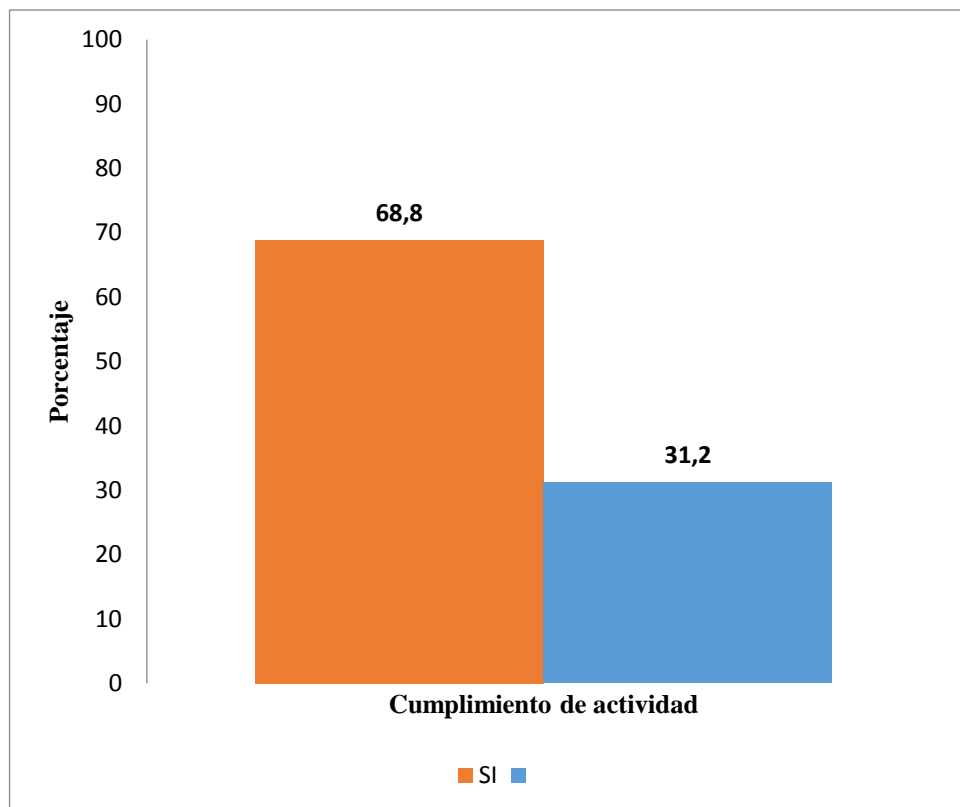


Gráfico 13. Porcentaje de partos con control y registro de actividades según la norma

Elaborado por: Ana Gavilanes

En el 95,6 % de Formularios 051 Atención perinatal se evidencia el llenado de los tres controles obligatorios después del parto, pero al revisar los casilleros correspondientes de cada valoración de los signos vitales en algunos casos existe ausencia del registro de todas o de ciertas actividades lo que pudo haber ocasionado el retraso en la detección oportuna de problemas en el postparto inmediato.

Actividad 1

Registro de la hora del control de actividades. (Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal 2008).

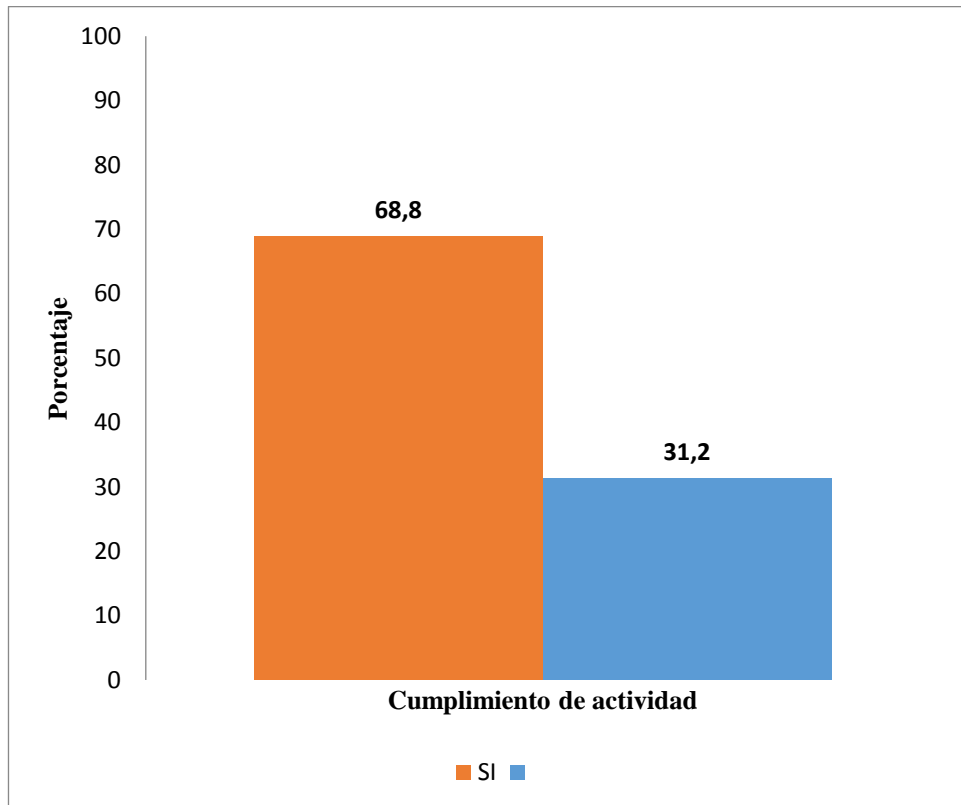


Gráfico 14. Porcentaje de partos con control y registro de la hora de ejecución de la actividad

Elaborado por: Ana Gavilanes

En el 95,9 % de Historias clínicas se evidencia que en los post partos inmediatos se registró la hora de inicio de los controles obligatorios de las actividades según la norma, mientras que en el 4,1% no se realizó el registro el inicio de los controles obligatorios se dificulta la valoración del cumplimiento de los tres controles obligatorios en las primeras dos horas después del parto.

Actividad 2

Control y registro de la temperatura. (Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal 2008).

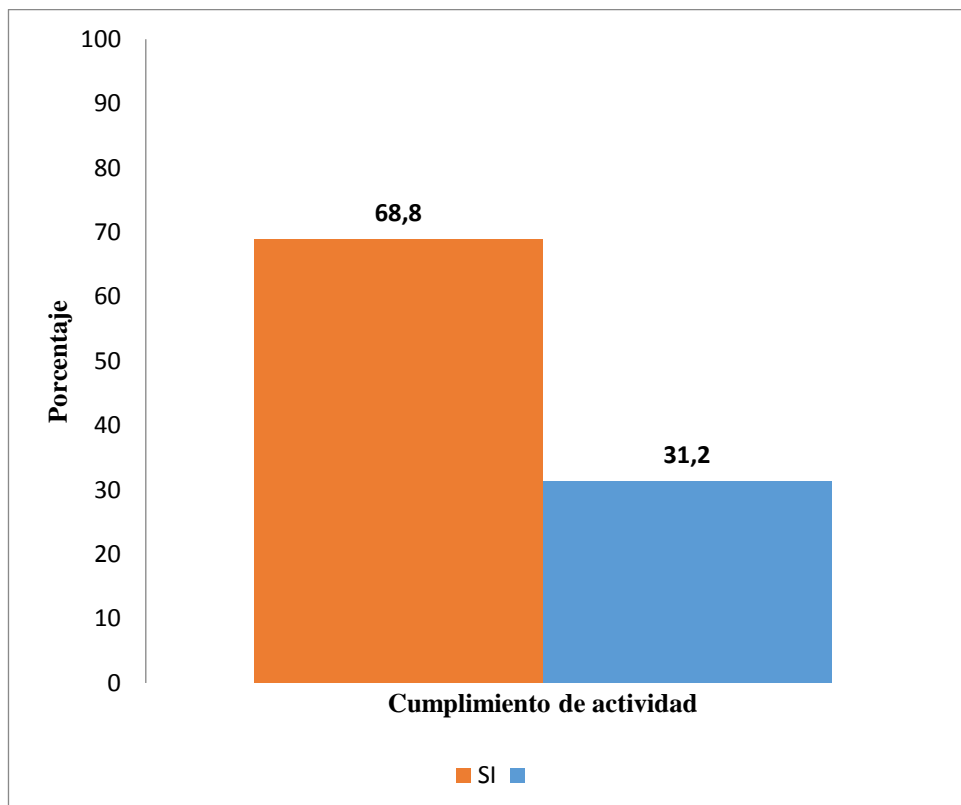


Gráfico 15. Porcentaje de partos con control y registro de la temperatura

Elaborado por: Ana Gavilanes

En el 94,9 % de Historias clínicas se evidencia que en los post partos inmediatos se controló y registró la temperatura de la madre, mientras que en el 5,1% de pacientes no se realizó la actividad según la norma.

Actividad 3

Control y registro del pulso. (Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal 2008).

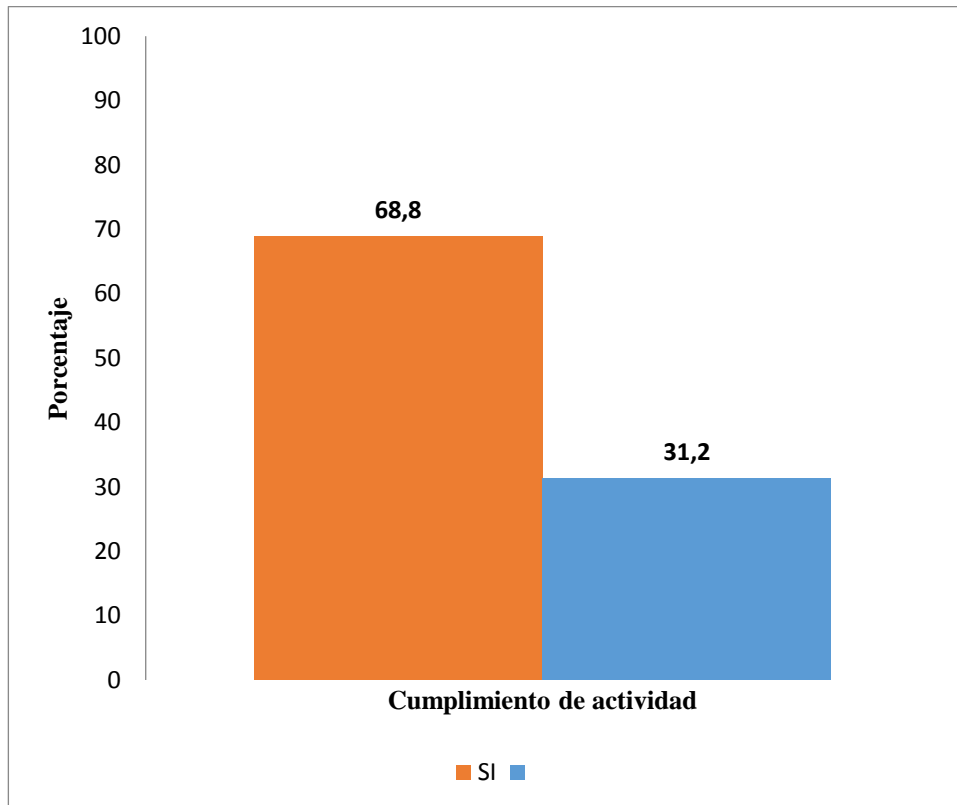


Gráfico 16. Porcentaje de partos con control y registro del pulso

Elaborado por: Ana Gavilanes

En el 95,3 % de Historias clínicas se evidencia que en los post partos inmediatos se controló y registró el pulso de la madre, mientras en el 4,7 no se realizó esta actividad o no se la realizó o no se registró.

Actividad 4

Control y registro de la tensión arterial. (Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal 2008).

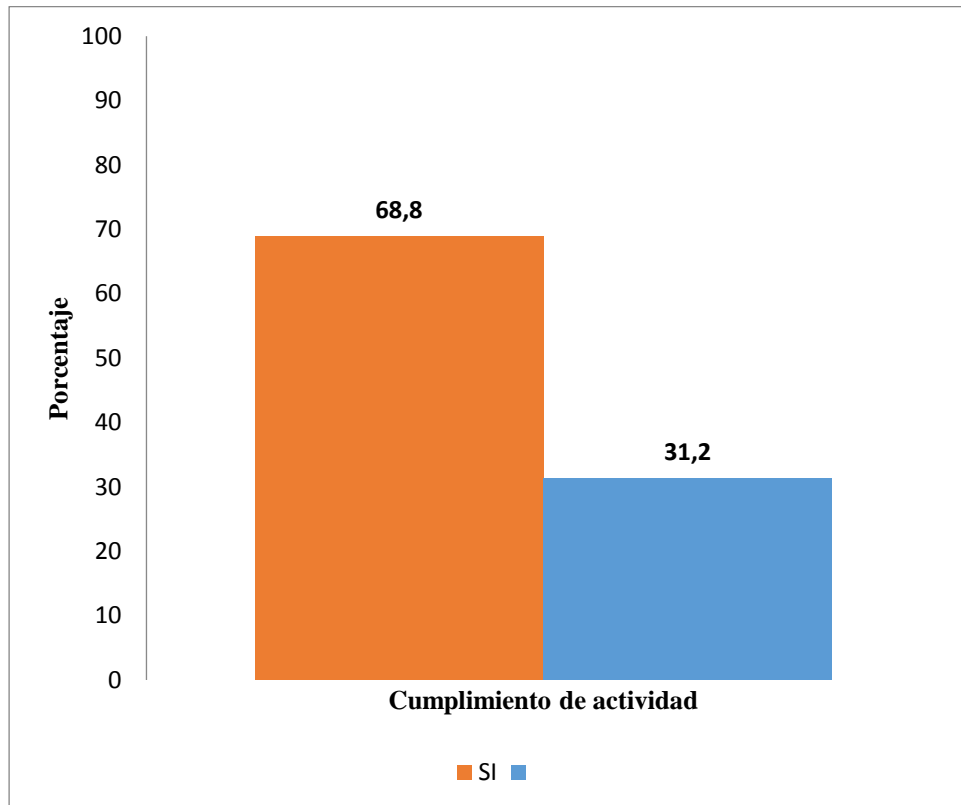


Gráfico 17. Porcentaje de partos con control y registro del pulso

Elaborado por: Ana Gavilanes

En el 95,9 % de Historias clínicas se evidencia que en los post partos inmediatos se controló y registró la tensión arterial de la madre, mientras que en el 4,7% no se realizó y no se registró dicha actividad pudiendo haber dado lugar a la no detección de problemas de hiper o hipo tensión arterial.

Actividad 5

Control y registro de la involución uterina. (Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal 2008).

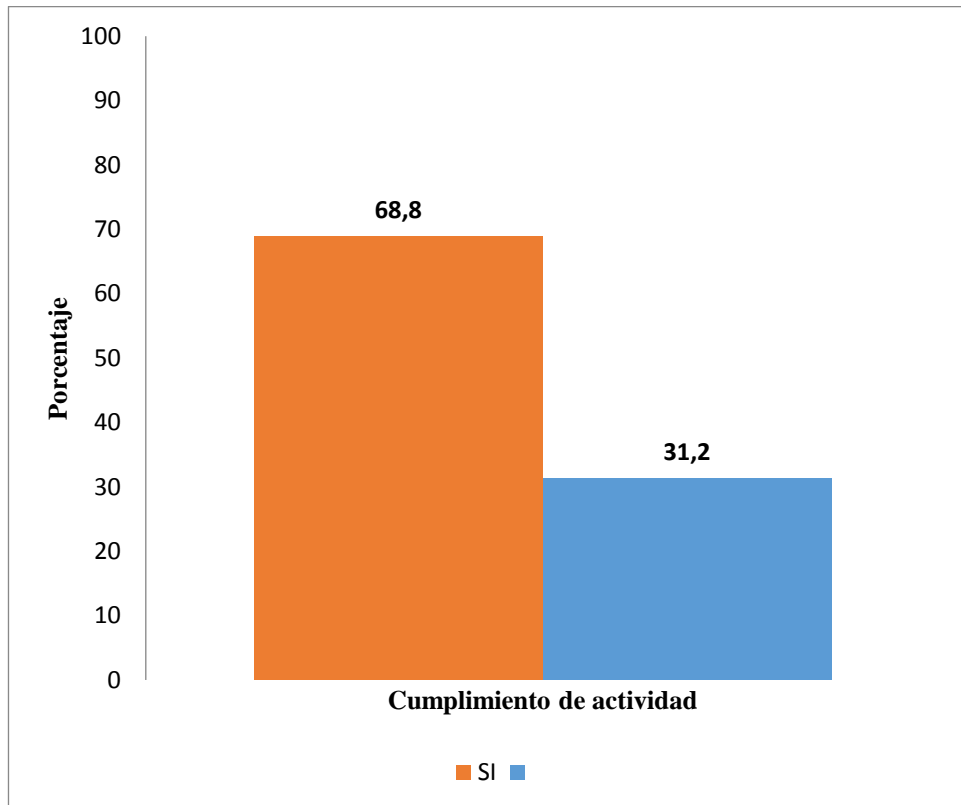


Gráfico 18. Porcentaje de partos con control y registro de la involución uterina

Elaborado por: Ana Gavilanes

En el 92,9 % de Historias clínicas se evidencia que en los post partos inmediatos se controló y registró la involución uterina, mientras que en el 7,1% de pacientes no se controló la involución uterina lo que puede ocasionar que no se detecte precozmente problemas de atonía uterina en pacientes teniendo como consecuencia hemorragias post parto y quizá muertes maternas evitables.

Actividad 6

Control y registro de las características de los loquios. (Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal 2008).

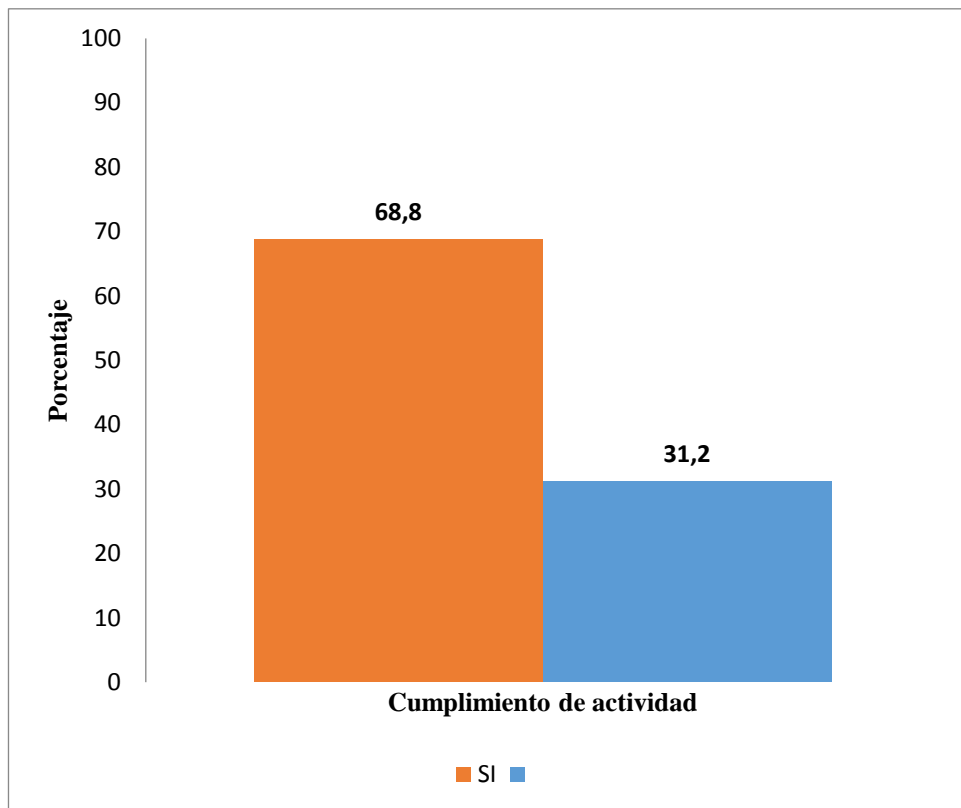


Gráfico 19. Porcentaje de partos con control y registro de características de loquios hemáticos

Elaborado por: Ana Gavilanes

En el 68,8 % de Historias clínicas se evidencia que en los post partos inmediatos se controló y registró las características de loquios durante los tres controles post parto, mientras que en el 31,2% no se realizó en control y el registro o si se realizó se registró una sola vez lo cual invalida el cumplimiento del estándar.

4.1.2. Observación importante al cumplimiento del estándar 5:

Porcentaje de post partos 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. (Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal 2008).

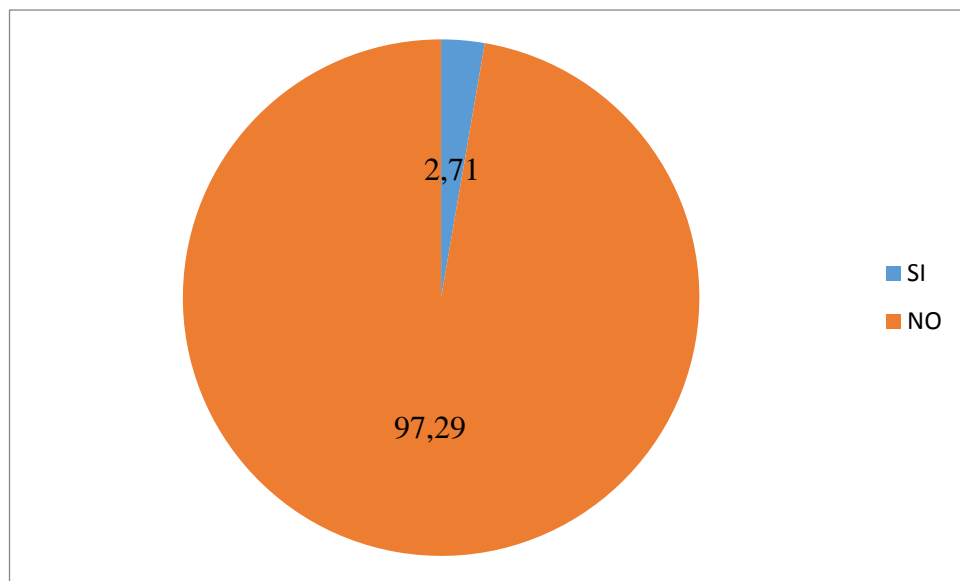


Gráfico 20. Porcentaje de partos con control y registro en la historia clínica perinatal en tres controles obligatorios durante las dos primeras horas

Elaborado por: Ana Gavilanes

Al realizar la medición de este estándar se evidenció que si bien se realizan al menos tres controles obligatorios durante las dos primeras horas posteriores al parto apenas el 2,71% se lo realiza durante las dos primeras horas, el 97,29% de controles se los realiza en menos tiempo, en tiempos que van desde los 15 a 60 minutos.

CAPITULO V

5. Propuesta

IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y POSTPARTO.

5.1. Justificación e importancia

El Plan de mejoramiento continuo de la calidad en la atención del trabajo de parto, parto y posparto, permite que la mejora continua de la calidad y su evaluación, sean vistas como una responsabilidad profesional y que forme parte de las actividades habituales de manera que se incremente progresivamente al nivel de calidad de los servicios prestados a las pacientes.

El presente Plan de Mejora continua, está basado en los principios de gestión de la calidad y tiene coherencia entre la acción y la misión institucional para garantizar la gestión eficiente de los recursos disponibles y la actuación responsable consecuente con las demandas de las pacientes y las normas establecidas por el Ministerio de Salud.

5.2. Objetivo

Elevar la calidad de atención a las pacientes que acuden para atención del parto en el Hospital con una asistencia segura, ágil, resolutiva y eficiente en todos sus aspectos para responder a sus necesidades y cumplir con las normas establecidas.

5.3. Cronograma de actividades

Tabla 1. Cronograma de actividades

FECHA	ACTIVIDAD	BENEFICIARIOS	RESPONSABLES
2018/06/08	Taller sobre llenado correcto del partograma	Médicos residentes del Hospital “Asdrúbal de la Torre”.	Dra. Virginia Homsani Obst. Andrea Malla
2018/07/15	Sensibilización sobre la importancia del ingreso de pacientes con labor inicial de parto.	Personal médico y de enfermería del Hospital “Asdrúbal de la Torre”	Equipo de mejoramiento de la calidad del Hospital Asdrúbal de la Torre
2018/07/01 al 2018/12/31	Fortalecimiento de los conocimientos de las destrezas adquiridas en el llenado correcto del partograma por los médicos residentes del Hospital Asdrúbal de la Torre.	Médicos residentes del Hospital “Asdrúbal de la Torre”	Dra. Virginia Homsani Obst. Andrea Malla
2018/07/01 al 2018/12/31	Supervisión de la oferta real del ingreso de pacientes con labor inicial de parto.		Equipo de mejoramiento de la calidad del Hospital Asdrúbal de la Torre
2018/07/01 al 2018/12/31	Reunión con el Comité de usuarios del Hospital “Asdrúbal de la Torre” para socialización de la importancia del ingreso de pacientes con labor inicial de parto.	Comité de usuarios del Hospital “Asdrúbal de la Torre”	Lcda. Ana Donoso, Responsable del Comité de usuarios del Hospital “Asdrúbal de la Torre”.

Realizado por: Ana Gavilanes

CAPÍTULO VI

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1. Conclusiones

- En el Hospital Básico “Asdrúbal de la Torre” fueron atendidas 295 pacientes para parto normal, de las cuáles en el 81% se realizó el partograma y el 19% acudió en periodo expulsivo.
- Durante la fase de trabajo de parto el 43,1% de las historias clínicas de las pacientes no reporta el registro de la actividad uterina cada hora.
- El control y registro de la frecuencia cardiaca fetal se realiza en el 40,6% de historias clínicas.
- Cuando existen desviaciones en la curva de alerta, en el 65.2% de las historias clínicas se evidencia que fueron valoradas por la especialista después de los treinta minutos que la norma prescribe.
- No se grafica adecuadamente el partograma, lo que impide la valoración por la especialista sea demorada, toma de decisiones oportunas y en el tiempo dentro del cumplimiento de la norma.
- Al 77.9% de pacientes se administra la Oxitocina dentro del minuto después del nacimiento.
- El 2.71% de historias clínicas revisadas cumplen con la normativa de realizar los tres controles en las dos horas posteriores al parto.
- Se ha observado el registro incompleto de las actividades realizadas en todos los estándares lo que perjudica la evaluación del cumplimiento.

6.2. Recomendaciones

- Realizar un Programa de capacitación en partograma.
- Socialización y sensibilización permanente sobre el cumplimiento de los Estándares de calidad de atención materno neonatal.
- Socialización mensual de los resultados de las mediciones de los Estándares de calidad de atención materno neonatal.
- Los controles posparto se realizan durante la primera hora y no en las dos horas, por consiguiente, es importante realizar el control durante la segunda hora.
- Las pacientes embarazadas que llegan al servicio de emergencia suelen solicitar regresar a su domicilio hasta la hora previa al parto, regresando en el periodo expulsivo y sin oportunidad de que los profesionales médico u obstetrix puedan realizar el partograma y la valoración adecuada, se recomienda por consiguiente la hospitalización durante su labor de parto sobre todo a quienes provienen del sector rural.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comisión de Legislación y Codificación. (2006). *LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA*. Quito: Registro Oficial.
2. Abarca, X., Hermida, J., Romero, P., Robalino, M., Vaca, L., & Viera, L. (2014). *LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA*. QUITO: USAID; MSP.
3. Alberto, L. (2006). *CONSULTORIA PARA LA ELABORACION DE UNA PROPUESTA DE REFORMA AL MANUAL TÉCNICO OPERATIVA PARA LA APLICACION DE LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCION A LA INFANCIA EN CANTONES DESCENTRALIZADOS*. Quito: ASOCIACION DE MUNICIPALIDADES ECUATORIANAS.
4. Álvarez Heredia, F. (2015). *Calidad y Auditoria en Salud*. Mexico: ECOE.
5. Asamblea Constituyente. (2008). *Constitucion de la republica del Ecuador*. Quito: Registro Oficial 449.
6. Ayabaca, P., Hermida, J., Orozco, L., Salas, B., Torres, W., & Yopez, E. (2008). *Manual de Estándares indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atencion materno-neonatal*. Quito: Ministerio Popular de Salud Ecuador.
7. Bonotti, A. M., Celhay, J. C., Collia, A., Farinato, M. J., Garrido, P., Scioli, D., . . . Raineri, F. (2012). Guía de Procedimientos para el Control del Embarazo y la Atención del Parto y Puerperio de Bajo Riesgo. *Buenos Aires Salud*, 1-168.
8. Chimbo Celi, F. (2015). *PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD*. Quito: Ministerio Popular de Salud de Ecuador.
9. Congreso Nacional. (2006). *Ley Organica de la Salud*. Quito: Registro Oficial 423.
10. Cunningham, Bloom, Leveno, Hauth, Spong, & Rouse. (2011). *Williams Obstetricia*. Mexico: Mc Graw Hill.
11. FAME. (2006). *Definicion de Parto Normal*. Malaga: Federacion de Asociaciones de Matronas de España .
12. García P, M., Quispe A., C., & Ráez G., L. (2003). Mejora continua de la calidad en los procesos. *Industrial Data*, 89-94.

13. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación. Sexta Edición. Editorial Mc Graw Hill. México. 2014.
14. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2017). Proyección de la población ecuatoriana por años calendario, según cantones 2010-2020. 16 de noviembre de 2017, de Ecuador en Cifras. **Obtenido de www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales**
15. IPIALES CELÍN, E. W. (Febrero - Octubre de 2005). Adaptación de los procesos de implementación de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia a las necesidades de atención de emergencias obstétricas, En el cantón Tulcán – Provincia del Carchi, estudio de caso. *FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES SEDE ECUADOR*.
16. Ministerio de Salud de Honduras; MSP; USAID. (2013). *Iniciativa Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna*. Honduras: Ministerio de Salud de Honduras.
17. Ministerio de Salud Pública. Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica clínica. 1ª Edición. Quito 2015.
18. Mondragón, A. (2012). ¿Qué son los indicadores? *Revista de informacion y analisis*, 52-58.
19. MSP. (2013). *Norma para el cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud*. Quito: Ministerio Popular de Salud de Ecuador.
20. Organización Mundial de la Salud. (07/2015). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*. Ginebra.
21. Organización Panamericana de la Salud. (2010). AIEPI Neonatal. Intervenciones basadas en evidencia. 2da ed. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
22. RAE. (2017). *Diccionario*. Madrid: Real Academia Española.
23. SIISE. (Junio de 2013). *Ministerio Coordinador de Desarrollo Social*. Obtenido de <http://www.siise.gob.ec/agenda/index.html?serial=13>
24. USAID. (2009). *El Uso del Partograma y el Manejo Activo del Tercer Estadio del Parto son prácticas de atención materna neonatal seguras*. Guatemala: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 2014.

25. López, N. (2013). *Evaluación cualitativa del programa de mejoramiento continuo de la calidad en ginecología del hospital de Quevedo*. (Tesis de Maestría. Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador)
26. Ministerio de Salud Pública. (2014). *Guía de práctica clínica: Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato*. Quito: Ministerio de Salud Pública. Recuperado el 10 de mayo de 2018 de https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/gpc_parto_final.pdf
27. _____. (2008). *Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
28. _____. (2013). *Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud*. Quito: Ministerio de Salud Pública. Recuperado el 10 de mayo de 2018 de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Norma-Cone-digital-27-05-14.pdf>
29. Organización Mundial de la Salud. (2015). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 10 de mayo de 2018 de http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf

Administración de oxitocina en el primer minuto después del parto

Tabla 4. Administración de oxitocina en el primer minuto después del parto

4. Porcentaje de partos vaginales atendidos en el hospital 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.

Provincia	IMBABURA
Área de Salud	Area 3 - Cotacachi: Jefatura de Area de Salud: Hospital Básico "Asdrubal de la Torre"
Unidad Operativa	Hospital Básico Asdrubal de la Torre

Fecha de la medición	
Mes evaluado:	
Responsable de la medición	

INSTRUCTIVO

1. Verifique en el formulario 005 (Notas de evolución y prescripciones médicas), en la Hoja de Enfermería y/o 051 (Atención perinatal), "Medicación en parto" casillero oxitocina, si se encuentra registrado que se le administró a la parturienta 10 UI. de Oxitocina intramuscular, dentro del minuto después del nacimiento del bebé, como parte del manejo activo del tercer período del parto. Se debe considerar que puede administrarse la oxitocina en otros casos que no sean el manejo activo, por lo que es necesario comparar la fecha y hora de su administración con la fecha y hora del parto.



COMPLIANCE AND APPLICATION OF QUALITY STANDARDS OF CARE FOR
CHILDBIRTH AND POSTPARTUM AT THE "ASDRÚBAL DE LA TORRE"
HOSPITAL, COTACACHI 2017

Author: Ana Elizabeth Gavilanes Mazamba

Email: aegm-hadlt@hotmail.com

ABSTRACT

Since 2011, in Ecuador have been implemented activities aimed at improving care at giving birth and to the newborn this to guarantee a decisive decline of the maternal and neonatal mortality. The "Asdrúbal de la Torre" hospital decreased the maternal and child mortality with the creation of the Free Maternity and Child Care Act. The care that pregnant women receive upon their arrival to the Emergency Service, has been affected by the limited implementation of procedures that allows to comply with the quality standards, this study monitored the compliance with the regulations of child delivery, childbirth and postpartum. For this 295 medical records of pregnant women during 2017 were studied, giving more attention to the partograph in the Form 051 of Perinatal Care and to the "Quality Standards in Childbirth Care", the data was collected which determined the quality of the partograph filling and the deviations of the alertness curve, decision of the specialist, oxytocin administration and postpartum checks. It is evident from the above that that only 30,1% of patients had the partograph properly filled, which prevents timely and appropriate decision-making compliance with the standard. About half of the patients' medical records did not report the registration of the uterine activity every hour, control and record of the fetal heart rate were not performed. Deviations on the curve of alert were evaluated by a specialist in a period of time longer than thirty minutes. Most of the patients were administered oxytocin within a minute after childbirth. Only 3% of the medical records revised complied with the norm of carry out three checks within two hours after childbirth and, it was noted an incomplete record of the undertaken activities in all the standards which is detrimental to the compliance assessment.

Keywords: Monitoring, quality, partogram, compliance.

Victor David Rodríguez Viteri
17 15 49 61 29
RW



Urkund Analysis Result

Analysed Document: ultima-07 DE MAYO UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.docx (D38887245)
Submitted: 5/18/2018 9:21:00 PM
Submitted By: smbaquero@futn.edu.ec
Significance: 4 %

Sources included in the report:

Tesis Isabel Yamberla.docx (D25837279)
MELVILLE BUSTOS TATIANA SUSANA..pdf (D37418224)
Plagiarism - Report-PAULINA.doc (D37429997)
MUERTE MATERNO FETONEONATAL.docx (D13158181)
https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/gpc_parto_final.pdf
<http://docplayer.es/9877864-Atencion-del-trabajo-de-parto-parto-y-postparto-inmediato.html>
<https://es.wikipedia.org/wiki/Partograma>
http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf
<https://www1.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/pregnancy/informacion/Pages/trabajo.aspx>
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Norma-Cone-digital-27-05-14.pdf>

Instances where selected sources appear:

15