



# Universidad Nacional de Loja

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**

**CARRERA DE MEDICINA**

**Tema:**

**CUMPLIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE LA NORMA Y PROTOCOLO MATERNO ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN LA ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL, DE LAS USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, EN EL PERÍODO JUNIO A NOVIEMBRE 2011**

Tesis realizada, previo a la obtención del título de Médico General.

**Autora:**

**MARÍA GABRIELA GUTIÉRREZ SÁNCHEZ**

**Director:**

**DR. BENITO ROMÁN**

LOJA-ECUADOR

## **CERTIFICACIÓN:**

Yo, María Gabriela Gutiérrez Sánchez, portadora del número de CI: 1104719040, egresada de la Carrera de Medicina Humana, certifico ser autora del trabajo investigativo titulado “**Cumplimiento de la Aplicación de la Norma y Protocolo Materno establecidos por el Ministerio de Salud Pública en la Atención del Parto Normal, de las usuarias atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, en el Período Junio a Noviembre 2011**”, y de sus ideas, criterios, resultados, diseños, conclusiones, recomendaciones expuestas en el mismo.

---

María Gabriela Gutiérrez Sánchez

**AUTORA**

## **TEMA:**

**Cumplimiento de la Aplicación de la Norma y Protocolo Materno establecidos por el Ministerio de Salud Pública en la Atención del Parto Normal, de las usuarias atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, en el Período Junio a Noviembre 2011**

# DEDICATORIA:

## **A Dios.**

Por haberme dado la vida y permitirme llegar al culminar mí primer objetivo. Siendo un amigo incondicional.

## **A mi madre Auristela.**

Porque creyó en mi y me sacó adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ella, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvo impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que siente por mi, fue lo que me hizo ir hasta el final.

## **A mis familiares.**

A mi hermana Ma. Angélica por ser el ejemplo de alegría y motivación para salir adelante; a mis abuelos, tías y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

¡Gracias a ustedes!

## **A mi maestro.**

Dr. Benito Román por su gran apoyo y motivación para la elaboración y culminación de esta tesis.

## **A mis amigas.**

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigas: Katty Ojeda, Paola Dalgo, Albita Zaruma, Anita Cueva.

Finalmente a los maestros, aquellos que marcaron cada etapa de mi camino universitario, y que me ayudaron en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de la tesis

# AGRADECIMIENTO:

A Dios. Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado la vida para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi mamá, Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, por su ejemplo de perseverancia y constancia, por sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por ser la persona que me enseñó a ser quien soy, pero más que nada, por su amor incondicional.

A mi hermana, por su constante amor inexplicable para mi superación personal, porque siempre me ha apoyado completamente.

A mis tías, porque siempre estuvieron a mi lado, brindándome su amor y soporte, ayudándome a salir adelante en los momentos más difíciles.

A mis abuelitos, Amadita y Alcibiades por ser fuente de motivación y por dejarme la herencia más importante: la familia y la educación.

A Edgar , que se ha convertido en mi mejor amigo, contando con el en todo momento, siendo mi apoyo, haciéndome ver las cosas de la mejor manera, siempre con amor y paciencia.

A toda mi familia y amigos, por haberse convertido en un pilar fundamental en este largo camino de la vida que se tiene que recorrer.

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

# ÍNDICE

---

Tema	<b>2</b>
Dedicatoria	<b>3</b>
Agradecimiento	<b>4</b>
Resumen	<b>6</b>
Introducción	<b>8</b>
Revisión bibliográfica	<b>10</b>
Norma y protocolo materno	<b>17</b>
Materiales y métodos	<b>18</b>
Resultados	<b>30</b>
Discusión	<b>89</b>
Conclusiones	<b>91</b>
Recomendaciones	<b>92</b>
Bibliografía	<b>93</b>
Anexos	<b>96</b>

# RESUMEN:

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de conocer el cumplimiento y aplicación de la Norma y Protocolo del Ministerio de Salud Pública para la atención del Parto Normal, en mujeres atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia, del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Se realizó el estudio a 144 usuarias que fueron atendidas de parto normal, durante el período de Junio a Noviembre del año 2011 y a 32 del personal de salud, que laboran durante el mismo período en dicha institución; revisando principalmente las Historias Clínicas maternas, así como la HCL materno-perinatal, encuestas dirigidas a las propias usuarias y entrevista directa al personal de salud.

Luego de realizado el estudio, se determinó que la mayoría de usuarias, pertenecían a las edades entre 25 a 29 años, con el 29% del total, su nivel de instrucción fue principalmente la secundaria con el 44%, además fueron mayoritariamente multíparas con un 47% y la edad gestacional fue de 39 semanas de gestación, ocupando el 24%.

El cumplimiento de esta normativa por el Hospital Regional Isidro Ayora, tratándose de una casa de salud de tercer nivel, se cumple en un 84%, mostrando que tan solo el 8% de normas no se cumplen y el 8% más se aplican de manera incompleta.

Las principales causas por las cuales no se cumple al 100% las normas y protocolos del MSP, son la falta de tiempo, de personal y la demanda de pacientes; identificándose además con un porcentaje del 59% la falta de capacitación; siendo el principal origen de la no aplicación de esta normativa, dado que si el talento humano no se encuentra competente, no se puede alcanzar una eficaz atención a las usuarias; puesto que la aplicación de cada paso y tarea nos permite identificar posibles complicaciones, que manejadas a tiempo se pueden solucionar, logrando un trabajo de parto, parto y nacimiento inequívocos.

La Norma y Protocolo Materno, consta de pasos y tareas que son muy significativos para lograr un trabajo sistemático, sin embargo, no todos estos son ejecutables, debido a que aún se debe realizar mejoras en los centros de salud pública, tanto en su infraestructura como en su personal de salud, dado que la unidad de trabajo no consta de una sola persona, al contrario, la buena atención es el resultado del trabajo en equipo, que consta de profesionales capaces de mantener el bienestar tanto físico como mental, de cada una de las usuarias que acuden por su ayuda.

El camino para lograr el éxito en la atención del parto normal continúa, y depende de cada uno de nosotros lograrlo a corto plazo, uniendo nuestros esfuerzos para mantener siempre presente que el humanismo y la capacitación diaria son nuestros mejores aliados.



# SUMMARY:

The present investigation work was carried out with objective of knowing the execution and application of the Norma and Protocol of the Ministry of Public Health for the attention of the childbirth for normal delivery, in women assisted in the Regional Hospital Isidro Ayora of the city of Loja.

The study was made to 144 users that were assisted of normal delivery during the period of June to November of the year 2011 and 32 Health personnel that work during the same period in this institution, revising mainly the maternal Clinical Histories, as well as the maternal-perinatal HCL, you interview directed to the own users and direct interview to the medical personnel.

After having carried out the study, it was determined that the users of among the 25 to 29 years of age, with 29% of the total, their instruction level was mainly the secondary with 44%, they were also for the most part multiparous with 47% and the age gestation was of 39 weeks of gestation, occupying 24%.

This research work has been focused mainly on knowing the enforcement of this regulation by the Regional Hospital Isidro Ayora, in the case of a health house of third level, the same that fully complies with the 84% of the steps and tasks that make up the standard protocol and maternal, for normal delivery.

The main causes for which no meets 100% of the standards and protocols of the MSP, are the lack of time, personnel and the demand for patients; identifying in addition with a percentage of 59% the lack of training; being the main source of non-implementation of this legislation, given that if the human talent is not competent, It is not possible to achieve effective care provided to the clients; since the implementation of each step and task allows us to identify potential complications, which handled on time can solve, achieving a labor, delivery and birth unequivocal.

The norm Protocol and maternal, consists of steps and tasks that are very significant to achieve a systematic work, however, not all of these are executable, because it's still must make improvements in public health centers,

both in its infrastructure, as well as their health personnel, given that the unit of work does not consist of a single person, On the contrary, the good attention is the result of the work as a team, which consists of professionals who are able to maintain the well being both physical and mental, of each one of the users who come for their help.

The way to ensure success in the care of the normal delivery continues, and depends on each one of us do so in the short term, by combining our efforts to constantly keep in mind that the humanism and daily training are our best allies.

# INTRODUCCIÓN:

A nivel mundial, la salud reproductiva y en concreto, todos los aspectos relacionados con los cuidados de salud durante el embarazo, son temas de especial relevancia, tanto para la sociedad como para los servicios sanitarios.

La evidencia científica disponible muestra que existe una clara relación entre la calidad de la atención antenatal, prenatal y natal, prestada a las gestantes de una comunidad, con la salud materna perinatal y natal, valorada por los índices de mortalidad materna, mortalidad perinatal, bajo peso al nacer y prematuridad.

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbi-mortalidad materna y perinatal. En este sentido, se hace necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos (5).

Hablar de parto natural no quiere decir volver al pasado, sino recuperar la capacidad y la confianza en la propia naturaleza y rendirse ante ella. Para muchas futuras madres, el parto natural no se relaciona con ser "valientes" ni "mártires", sino considerar al trabajo de parto y al parto como un hecho natural.

Para mantener esta condición y lograr reducir las tasas de morbi-mortalidad materna, permitiendo que todo recién nacido goce de salud al comienzo de su vida, se deba incrementar el acceso y la atención oportuna de calidad y calidez a la mujer embarazada, para lo cual como eje fundamental se debe invertir en el fortalecimiento del Talento Humano Capacitado (9).

El uso de normas para la atención puede ayudar a determinar las competencias verdaderas (conocimientos, aptitudes y actitudes) que requiere el personal que va a realizar determinada prestación. Tales normas deben

basarse en teoría fundamentada y en investigación que tenga una perspectiva de género, interculturalidad, tener visión familiar y comunitaria.

Por ende las normas y protocolos para la atención de prestaciones del embarazo, parto y postparto debe constituirse en el instrumento diario de consulta para lograr la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de una condición dada, ya que permitirá identificar con anterioridad un posible riesgo y referir al nivel superior de complejidad de forma oportuna, entendiéndose que la atención de la mujer embarazada es un proceso continuo y por niveles, inicia con el cuidado intrafamiliar y comunitario, continua con las acciones de atención primaria y secundaria donde normalmente debe culminar el proceso con la atención del parto y la asistencia del nacimiento seguro, ocasionalmente se identifican complicaciones es solo aquí donde el tercer nivel interviene con lo cual se establece claramente una RED de atención materna-neonatal. Al actuar así se eleva la calidad y calidez de las prestaciones, se mejora la oportunidad de acceso de las usuarias que lo requieren, se optimizan los servicios y se eleva la satisfacción de las/los usuarios.

Debido a esto, es que todas las instituciones públicas de salud, deben cumplir con cada paso y tarea de esta normativa, lo cual conducirá a la atención de calidad que buscamos. Tomando en cuenta en este caso principalmente el Hospital Regional Isidro Ayora, que al tratarse de una casa de salud de tercer nivel, debe cubrir todas las expectativas y demandas que presenten los/las usuarios; es por ello que es de gran importancia conocer las normas en las cuales se está fallando, para corregirlas, mejorar la atención y llegar al éxito que se está buscando (6).

Por ello se realiza un estudio investigativo para Establecer el cumplimiento de los pasos y tareas en la aplicación del Protocolo Materno en la Atención del Parto Normal, a través de las Historias Clínicas Materno Neonatales de las gestantes atendidas con parto a término en el Centro Obstétrico del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, así como para identificar las causas en la no aplicación de las Normas y Protocolos, los mismo que se constituyen en los objetivos planteados para la obtención de resultados de la presente investigación.

Para su desarrollo se aplicó un estudio descriptivo-transversal, usando la revisión de las Historias Clínicas de las usuarias, complementándose con entrevistas directas a dichas usuarias y a los médicos(as) que trabajan en este departamento de salud, durante el período de Junio a Noviembre del 2011.

El presente trabajo investigativo, se ha enfocado principalmente en conocer el cumplimiento de esta normativa por el Hospital Regional Isidro Ayora, tratándose de una casa de salud de tercer nivel, el mismo que cumple con el 84% de los pasos y tareas que conforman la Norma y Protocolo Materno, para Parto Normal. Las principales causas por las cuales no se cumplen al 100% las normas y protocolos del MSP, son la falta de tiempo, de personal y la demanda de pacientes; identificándose además con un porcentaje del 59% la falta de capacitación; siendo el principal origen de la no aplicación de esta normativa.

La atención calificada del parto que incluye el cumplimiento de normas y protocolos establecidos se hace indispensable y obligatoria. La aplicación de estos estándares básicos de calidad en la atención del parto contribuye a uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas “Reducir, hasta el 2015, la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes” (11).

*EL RESPETO AL NACIMIENTO NATURAL ES LA BASE DEL LLAMADO PARTO HUMANIZADO.  
(OMS, 2003)*

# Revisión de Literatura

---

# REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:

---

## Tabla de Contenido

---

### CONCEPTOS

1. Parto
2. Parto a término
3. Parto pretérmino
4. Parto inmaduro
5. Nacido vivo
6. Parto postérmino
7. Comienzo espontáneo
8. Parto normal o eutócico
9. Parto de terminación espontánea o natural
10. Parto de terminación artificial
11. Norma
12. Protocolo

### MORTALIDAD MATERNA

1. Definición
2. Características de la muerte materna
3. Causas principales
4. Factores de riesgo
5. Prevención

### TRABAJO DE PARTO

### NORMA Y PROTOCOLO MATERNO DEL MSP – ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL

1. Etapas de la labor de parto
2. Protocolo de manejo de la primera etapa de la labor de parto
3. Protocolo de atención de la segunda etapa
4. Atención de la tercera etapa de la labor de parto

## PARTO

Es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500g, igual o mayor a las 22 semanas completas, contadas desde el primer día de la última menstruación (3).

## PARTO A TÉRMINO

Es el que acontece en condiciones normales cuando el embarazo tiene entre 37 y 41 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación.

## PARTO PRETÉRMINO

Es el que acontece cuando el embarazo tiene entre 22 y 36 semanas completas contadas desde el primer día de última menstruación.

## PARTO INMADURO

Esta denominación es una subdivisión del parto prematuro. Se refiere al que acontece entre las 22 y 27 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación.

## NACIDO VIVO

Es el recién nacido que independientemente de la duración del embarazo o del peso, respira o da cualquier otra señal de vida, aunque fallezca segundos después.

## PARTO POSTÉRMINO

Es el que acontece cuando el embarazo se prolonga y alcanza las 42 semanas o más(1).

## COMIENZO ESPONTÁNEO

Es el que inicia sin que hayan intervenido agentes externos.



### PARTO NORMAL O EUTÓCICO

Es el que evoluciona con todos sus parámetros dentro de los límites fisiológicos.

### PARTO DE TERMINACIÓN ESPONTÁNEA O NATURAL

Es el que finaliza por la acción de sus fuerzas naturales.

### PARTO DE TERMINACIÓN ARTIFICIAL

Es el que finaliza con alguna intervención manual o instrumental(4).

### NORMA

Las normas son documentos técnico-legales con las siguientes características:

\* Contienen especificaciones técnicas de aplicación voluntaria. \* Son elaborados por consenso de las partes interesadas: \*\*Fabricantes. \*\*Administraciones. \*\*Usuarios y consumidores.

### PROTOCOLO

Un plan o esquema para un estudio en una investigación médica. El protocolo indica lo que hará el estudio, la razón por la cual se llevará a cabo, el número de personas que participará, quienes reúnen las calificaciones necesarias, los tratamientos que recibirán, las pruebas a que se someterán.

### MORTALIDAD MATERNA

#### **Definición**

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”. Por lo general se hace una distinción entre «muerte materna directa» que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y una «causa de muerte indirecta» que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud pre-existente o de reciente aparición. Otras

defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas al mismo se denominan accidentales, incidentales o no-obstétricas.

La mortalidad materna es un evento centinela que vigila la calidad de los sistemas de salud en los estados y países del mundo. Hay factores asociados a la muerte materna que no implican un buen o mal estado de salud general, como son el aborto provocado y las muertes relacionadas a la violencia contra la mujer.

La mortalidad materna (MM) es un grave problema de salud pública en los países pobres, incluido el Ecuador. Se refiere a la “muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales” (OMS, 1993). Es decir, la MM está asociada con el embarazo, el parto o el puerperio.

Esta causa de muerte obedece generalmente a hipertensión, hemorragia o aborto. Todas estas condiciones son prevenibles por parte de los servicios de salud, pero se transforman en causas de muerte por tres motivos: la falta de conciencia del problema por parte de la persona, familia o comunidad para acudir al servicio; la demora en el traslado una vez que se tomó la decisión; y la indebida calidad de la prestación. Este último punto tiene relación con la calidad de los cuidados obstétricos esenciales o completos que los servicios de salud prestan, y sin duda influye en los dos puntos anteriores. Buena parte de la prevención de la MM, gira, entonces, en torno a la cobertura, gratuidad y calidad de las prestaciones del sistema nacional de salud(9).

### **Características de la muerte materna**

Muerte materna es el “fallecimiento de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de este, independientemente de la

duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales”.

La muerte materna tiene profundas consecuencias sociales y económicas, por qué:

1. Reduce la supervivencia de los/as recién nacidos/as.
2. Disminuye el desempeño escolar de niños y niñas sobrevivientes y huérfana/os.
3. Representa una pérdida de los ingresos familiares

En el Ecuador 46 cantones de doce provincias concentran 170 muertes maternas en el año 2006, ocurridas en el embarazo, parto o pos parto (hasta 42 días) en tres lugares o escenarios (hogar-comunidad, camino-traslado o unidad de salud) donde suceden demoras que ocasionan muertes maternas(16).

### **Causas principales**

Las principales causas de muerte materna son las infecciones bacterianas, complicaciones de un aborto provocado, toxemia del embarazo, hemorragias obstétricas, embarazo ectópico, sepsis durante el puerperio y embolismo del líquido amniótico. Algunas causas secundarias o indirectas que causan muertes maternas incluyen la malaria, anemia, infección por VIH o sida, suicidio, infecciones sépticas derivadas del uso de la RU-486 y enfermedades cardiovasculares que complican al embarazo o son agravados por el embarazo.

Las principales razones por la que las mujeres embarazadas, en especial en zonas de áreas rurales, no acuden a los establecimientos de salud para recibir atención materna-infantil, incluyen el costo, temor, el mal trato recibido, el tiempo de espera, vergüenza y distancia al centro asistencial más cercano (15).

## **Factores de riesgo**

Existe una relación cercana entre la pobreza, pobre salud y ciertas enfermedades con el riesgo de muerte materna e infantil.

Los mayores índices de mortalidad materna tienden a ocurrir en países que también tienen altos índices de mortalidad infantil, un reflejo de pobre cuidado médico y de baja nutrición. Los nacimientos de bajo peso aumentan el riesgo de muerte materna por enfermedad cardíaca. El restarle medio kilo al peso del recién nacido, por lo general duplica el riesgo de una defunción materna. El aborto provocado por aspiración incrementa el riesgo de pérdida del hijo en el siguiente embarazo. La probabilidad de tener partos prematuros aumenta tras haberse sometido a un aborto, así como la edad avanzada de la gestante. Por lo tanto, mientras se prevengan partos de bajo peso, menor será el riesgo de una defunción materna (7).

Otro factor predisponente a una defunción materna asociada al embarazo son los abortos de alto riesgo, como los abortos a partir del segundo trimestre de gestación y los causados por personas no especializadas o en lugares que carecen de los requisitos mínimos para realizar el procedimiento. En Sudamérica ocurren 34 abortos peligrosos por cada 1000 mujeres, mayor aún que los reportados en África oriental (31 por 1000 mujeres), constituyendo la principal razón de muertes maternas, un total mayor a 68.000 por año(12).

## **Prevención**

La OMS afirma que un importante porcentaje de muertes maternas se pueden evitar tan solo con una adecuada atención sanitaria a la madre gestante.

**«EL ASPECTO CRUCIAL PARA DISMINUIR LAS TASAS DE MORTALIDAD MATERNA ES LA ATENCIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA POR PERSONAL CALIFICADO ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL PARTO, LO**

CUAL INCLUYE: MEDICAMENTOS, EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA ADECUADOS »(10)

### TRABAJO DE PARTO

El parto es un proceso dinámico en el cual intervienen diferentes factores. Anteriormente se pensaba que el útero era el único órgano que jugaba un papel preponderante. En la actualidad, se sabe que existen cambios bioquímicos en el tejido conectivo del segmento inferior uterino y en el cuello, los cuales tienen también una acción importante en el mecanismo del parto.

El éxito de la atención del parto se fundamenta en los conocimientos que sobre la fisiología de la contracción uterina tenga la persona que lo asiste. Sólo de esta manera se pueden evitar las complicaciones y asegurar el bienestar de la madre y su recién nacido(2).

## NORMA Y PROTOCOLO MATERNO DEL MSP – ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL

### Etapas de la Labor de Parto (5)

#### 1. DILATACIÓN Y BORRAMIENTO

**DILATACIÓN:** aumento del diámetro del canal cervical medido en centímetros.

**BORRAMIENTO:** acortamiento y adelgazamiento progresivo de la longitud del cuello del útero medida de 0 a 100%.

- **FASE LATENTE:** Actividad uterina irregular y leve. Dilatación del cuello menor a 4 cm.
- **FASE ACTIVA:** Actividad uterina regular e intensa. Dilatación del cuello mayor a 4cm y descenso de la presentación fetal.

## 2. EXPULSIVO

Etapa comprendida desde la dilatación completa hasta la salida del producto. Se acompaña de pujos maternos.

## 3. ALUMBRAMIENTO

Etapa de salida de la placenta, inicia desde el fin del expulsivo y termina con la salida completa de la placenta y membranas por el canal de parto.

## PASOS Y TAREAS

<u>PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PRIMERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO: DILATACIÓN Y BORRAMIENTO</u>	<u>NIVEL</u>		
	<u>I</u>	<u>II</u>	<u>III</u>
<b><u>DIAGNÓSTICO Y MEDIDAS INICIALES</u></b>			
1. Reciba con calidez a la mujer en la unidad operativa y explique a la mujer (y a la persona que le apoya) lo que va a realizar, escuche y responde atentamente a sus preguntas e inquietudes.	X	X	X
2. Brinde tranquilidad y apoyo emocional continuo.	X	X	X
3. Asegure el acompañamiento de la pareja o familiar en todas las instancias de la labor de parto.	X	X	X
4. Si la paciente no tiene historia clínica, llene de manera completa el Form #051 de la Historia Clínica Materno Perinatal.	X	X	X
5. Si la paciente ya dispone de historia clínica, complete o actualice los datos del Form #051 de la Historia Clínica Materno Perinatal.	X	X	X
6. Asegúrese de solicitar y tener registro de hemoglobina, hematocrito, VDRL, VIH (ELISA o prueba rápida con consentimiento informado) de la Historia Clínica Materno	X	X	X

Perinatal.			
7. Realice una evaluación clínica inicial que incluya: presión arterial, frecuencia cardiaca/pulso, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
8. Realice una evaluación obstétrica que incluya: altura de fondo uterino, como un cálculo aproximado del tamaño fetal y la edad gestacional.	X	X	X
9. Realice las maniobras de Leopold para confirmar situación, posición y presentación fetal.	X	X	X
10. Ausculte la frecuencia cardiaca fetal por un minuto completo inmediatamente después de una contracción uterina.	X	X	X
11. Registre la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas.	X	X	X
12. Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables o sometidos a desinfección de alto nivel. Anticipe a la paciente el procedimiento y su utilidad.	X	X	X
13. La primera valoración debe ser realizada por el personal de más experiencia para evitar reevaluaciones antes de lo previsto, determinando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dilatación cervical,</li> <li>• Borramiento cervical,</li> <li>• Consistencia del cuello,</li> <li>• Posición del cuello,</li> <li>• Altura de presentación fetal por planos de hodge o por estaciones de delee,</li> <li>• Estado de membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico, sangrado, tapón mucoso o leucorrea,</li> <li>• Coloración del líquido amniótico,</li> <li>• Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si son proporcionales, continúe con el protocolo de</li> </ul> </li> </ul>	X	X	X

<p>atención del parto normal.</p> <p>- Si no son proporcionales indique la necesidad de una cesárea programada o de urgencia si ya está en labor de parto.</p>			
14. Luego del primer examen repetir el siguiente tacto vaginal cuando sea estrictamente necesario, habitualmente cada 4 horas y registrarlo en el partograma.	X	X	X
15. Numerar en secuencia los tactos vaginales realizados para limitar los exámenes excesivos.	X	X	X
16. Realice el TV antes si: hay ruptura espontánea de membranas, si la embarazada refiere deseo de pujar, antes de administrar analgesia-anestesia o si el juicio clínico lo amerita.	X	X	X
17. Luego de realizar el examen vaginal, determine la etapa y la fase de la labor de parto en la que se encuentra la paciente.	X	X	X
18. Si la paciente es diagnosticada de trabajo de parto disponga su ingreso a la unidad operativa.	X	X	X
19. Si detecta factores de riesgo realice la referencia a otra unidad de mayor resolución donde sea atendida por médico/a calificado; envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	
20. Permita el uso de ropa adecuada según costumbre de la zona o ropa hospitalaria.	X	X	X
21. <b>NO REALICE ENEMA EVACUANTE RUTINARIO</b> porque no es beneficioso, NO previene las infecciones perinatales, es incómodo y puede lesionar el intestino.	X	X	X
22. <b>RECORTE EL VELLO PÚBICO, NO RASURE RUTINARIAMENTE EL ÁREA GENITAL</b> , NO disminuyen las infecciones perinatales con el rasurado rutinario, puede aumentar la transmisión del VIH y la Hepatitis B y provoca molestias al crecer el vello.	X	X	X
23. <b>NO MANTENGA EL AYUNO (NPO) DURANTE LA LABOR DE PARTO.</b> Permita la ingesta de líquidos azucarados.	X	X	X



24. <b>NO COLOQUE VENOCLISIS RUTINARIA, MANTENGA DITCH</b> o valore la colocación oportuna de acuerdo a la etapa de la labor de parto.	X	X	X
25. <b>PERMITA LA LIBERTAD DE MOVIMIENTOS.</b> No hay evidencia que apoye mantener la posición supina durante el primer período de la labor de parto. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PRECAUCIÓN EN:</b> Prolapso de cordón, en presentación móvil y membranas rotas.</li> </ul>	X	X	X

Fuente: "Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma y Protocolo Materno.". Ecuador. 2008.

<b><u>EVALUACIÓN DE LA LABOR DE PARTO Y PARTO NORMAL</u></b>	<b><u>NIVEL</u></b>		
26. El Partograma (ANEXO 3) debe incluirse y llenarse de manera estricta y complete en la Historia Clínica Materno Perinatal hasta el momento del parto.	X	X	X
27. En el segmento inferior de la hoja de partograma (recuadro 1 del anexo 3), haga el primer control y registro de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tensión arterial:</b> mínimo cada hora durante toda la labor de parto.</li> <li>• <b>Actividad uterina:</b> frecuencia, duración e intensidad durante 10 minutos cada 30 minutos – 60 minutos.</li> <li>• <b>Frecuencia cardiaca fetal por cualquier método. El de elección es la auscultación intermitente.</b> Cada 30 minutos durante la fase activa y cada 5 minutos durante el expulsivo.</li> </ul>	X	X	X
28. En la cuadrícula principal del partograma controle y grafique: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>La curva de alerta de dilatación cervical:</b> escoja en el extremo superior izquierdo del partograma los datos para la construcción correcta de la curva de alerta en horas, dependiendo de la posición, paridad y estado de las membranas. Grafique en línea punteada la curva adecuada alcanzados o superados los 4 cm de dilatación cervical.</li> <li>• <b>La curva real de dilatación cervical:</b> registre con un punto</li> </ul>	X	X	X

<p>que haga coincidir la hora de examen con la dilatación obtenida en el TV, los cambios de dilatación cervical en la fase activa de la primera etapa de la labor de parto. Una secuencialmente con línea continua los puntos de los tactos vaginales posteriores.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Curva de descenso de la presentación fetal:</b> confirme durante el examen vaginal la altura de la presentación fetal, use las Estaciones de DeLee o los Planos de Hodge cuya correspondencia se ubica en el extremo vertical derecho de la hoja de partograma.</li> </ul>			
<p><b>29.</b> Los hallazgos que sugieren un progreso insatisfactorio en la fase activa de la primera etapa de la labor de parto son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contracciones irregulares e infrecuentes después de la fase latente</li> <li>• Tasa de dilatación del cuello uterino más lenta que 1 cm por hora durante la fase activa del trabajo de parto</li> <li>• Cuello uterino mal adosado a la presentación fetal</li> <li>• No descenso de la presentación fetal con dilataciones avanzadas o en periodo expulsivo.</li> </ul> <p>El progreso insatisfactorio del trabajo de parto puede conducir a un trabajo de parto prolongado con compromiso materno fetal.</p>	X	X	X

Fuente: "Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma y Protocolo Materno.". Ecuador. 2008.

<u>ATENCIÓN DE LA SEGUNDA ETAPA DEL PARTO NORMAL: EXPULSIVO</u>	<u>NIVEL</u>		
<u>PREPARATIVOS</u>	<u>I</u>	<u>II</u>	<u>III</u>
<p>1. Si el cuello del útero está totalmente dilatado se debe preparar todo el entorno y equipo para la atención del parto dependiendo del nivel de resolución donde se va a atender el parto.</p>	X	X	X
<p>2. Explique a la mujer (y a la persona que le apoya) que es lo que</p>	X	X	X

va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.			
3. Si la atención es a nivel comunitario interactúe con la partera capacitada de la zona o los familiares acompañantes, permita el uso de la ropa según la costumbre y asegúrese que se realice en las mejores condiciones de asepsia sin importar la posición que escoja la embarazada.	X	X	
4. Brinde apoyo emocional continuo y tranquilidad.	X	X	X
5. Use barreras protectoras para el médico y para la paciente.	X	X	X

Fuente: "Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma y Protocolo Materno.". Ecuador. 2008.

<u>EXPULSIÓN DE LA CABEZA</u>	<u>NIVEL</u>		
1. Una vez que el cuello uterino está totalmente dilatado y la mujer está en periodo expulsivo, aliente a la mujer para que jadee o que dé sólo pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé.	X	X	X
2. Para controlar la expulsión de la cabeza, coloque suavemente los dedos de una mano contra la cabeza del bebé para mantenerla flexionada.	X	X	X
3. Continúe sosteniendo con delicadeza el perineo a medida que la cabeza del bebé se expulsa.	X	X	X
4. Valore la necesidad de realizar <b>EPISIOTOMÍA SELECTIVA</b> . <b>NO REALICE EPISIOTOMÍA RUTINARIA</b> a todas la mujeres. <ul style="list-style-type: none"> <li>No hay ninguna evidencia de que la episiotomía de rutina reduzca el daño perineal, un futuro prolapso vaginal o la incontinencia urinaria.</li> <li>La episiotomía de rutina se asocia con un aumento de los desgarros de tercer y cuarto grados y disfunción del esfínter anal.</li> <li>Registre en Historia Clínica Materno Perinatal del MSP-HCU.</li> </ul>	X	X	X

5. Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, pida a la mujer que deje de pujar.	X	X	X
6. Aspire la boca y luego la nariz del bebé sólo si tiene líquido amniótico meconial.	X	X	X
7. Verifique con los dedos alrededor del cuello del bebé para constatar si encuentra el cordón umbilical. NO HAY APURO EN LA EXPULSIÓN.	X	X	X
8. Si el cordón umbilical está alrededor del cuello, pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.	X	X	X
9. Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, píncelo dos veces y córtelo entre las pinzas antes de desenrollarlo del cuello.	X	X	X

Fuente: "Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma y Protocolo Materno.". Ecuador. 2008.

<u>FINALIZACIÓN DEL PARTO</u>	<u>NIVEL</u>		
1. Permita que la cabeza del bebé gire espontáneamente en su movimiento de rotación externa.	X	X	X
2. Después de que la cabeza haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza del bebé a nivel de los parietales.	X	X	X
3. Pídale a la mujer que puje suavemente con la próxima contracción.	X	X	X
4. Mueva hacia abajo la cabeza del bebé para extraer el hombro anterior.	X	X	X
5. Lleve la cabeza del bebé hacia arriba para extraer el hombro posterior.	X	X	X
6. Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras se desliza hacia afuera.	X	X	X
7. Coloque al bebé sobre el abdomen de la madre para que ella lo pueda tocar, mientras seca al bebé por completo y evalúa su respuesta. <ul style="list-style-type: none"> <li>• La mayoría de los bebés comienzan a respirar o llorar</li> </ul>	X	X	X

espontáneamente dentro de los primeros 30 segundos después del nacimiento.			
<b>8.</b> Pince y corte el cordón umbilical cuando este haya dejado de latir. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>NO EXISTE APURO</b></li> <li>• <b>NO REALICE PINZAMIENTO PRECOZ DEL CORDÓN UMBILICAL</b></li> <li>• Registre en Historia Clínica Materno Perinatal del MSP – HCU</li> </ul>	X	X	X
<b>9.</b> Estimule el inicio precoz de la lactancia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre en Historia Clínica Materno Perinatal del MSP – HCU</li> </ul>	X	X	X

Fuente: “Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma y Protocolo Materno.”. Ecuador. 2008.

<u>ATENCIÓN DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO:</u> <u>ALUMBRAMIENTO</u>	<u>NIVEL</u>		
	<u>I</u>	<u>II</u>	<u>III</u>
<b><u>MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO. ADMINISTRACIÓN DE UTEROTONICO</u></b>			
<b>1.</b> Luego de la salida del bebé, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés.	X	X	X
<b>2.</b> Administre Oxitocina 10 unidades IM. Registre en Historia Clínica Materno Perinatal del MSP-HCU.	X	X	X
<b>3.</b> No administre Oxitocina IV en bolo ni por la vía intravenosa, se requiere mayor volumen de líquido y el tiempo de acción es tardío en relación a la vía IM.	X	X	X
<b>4.</b> Si no dispone de Oxitocina, administre ergometrina 0.2mg IM. No administre ergometrina a mujeres con Preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vasculares.	X	X	X

Fuente: “Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma y Protocolo Materno.”. Ecuador. 2008.

<b>MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO. TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDON UMBILICAL</b>	<b>NIVEL</b>		
5. Acerque la pinza que está en el cordón para pinzarlo cerca del periné. Sostenga el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano.	X	X	X
6. Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, establezca el útero aplicando contracción durante la tracción controlada del cordón umbilical.	X	X	X
7. Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero (2-3 minutos).	X	X	X
8. Cuando el útero se contraiga o el cordón se alargue, hale del cordón con mucha delicadeza para extraer la placenta. Con la otra mano continúe ejerciendo contracción sobre el útero.	X	X	X
9. Si la placenta no desciende después de 30-40 segundos de tracción controlada del cordón (es decir si no hay ningún signo de separación placentaria), no continúe halando del cordón.	X	X	X
10. Sostenga con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero esté bien contraído nuevamente.	X	X	X
11. Con la contracción siguiente, repita la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contracción para evitar la inversión uterina.	X	X	X
12. Al ser expulsada la placenta, sostenga con las manos y gírela con delicadeza hasta que las membranas queden torcidas y se expulsen.	X	X	X
13. Verifique y examine que la placenta y las membranas se expulsaron completamente.	X	X	X

Fuente: "Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma y Protocolo Materno.". Ecuador. 2008.

<b>MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO. MASAJE UTERINO.</b>	<b>NIVEL</b>		
14. Masajee de inmediato el fondo uterino a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se mantenga	X	X	X

contraído.			
15. Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas.	X	X	X
16. Asegúrese que el útero no se relaje después de detener el masaje uterino.	X	X	X
17. Examine cuidadosamente a la mujer y repare la episiotomía o los desgarros. Registre en Historia Clínica Materno Perinatal del MSP – HCU	X	X	X
18. En el caso de retención placentaria por más de 30 minutos, con o sin sangrado, realizar la extracción manual de placenta y/o la revisión de la cavidad bajo anestesia general o sedación profunda. Si en su unidad no dispone de anesthesiólogo, refiera en condiciones estables y seguras al nivel superior.	X	X	X

Fuente: “Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma y Protocolo Materno.”. Ecuador. 2008.

<b>TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO</b>	<b>NIVEL</b>		
19. Antes de quitarse los guantes, elimine los materiales de desecho colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica	X	X	X
20. Lávese las manos minuciosamente	X	X	X
21. <b>NO OLVIDE FOMENTAR LACTANCIA MATERNA PRECOZ Y ALOJAMIENTO CONJUNTO.</b>	X	X	X
22. Registre los procedimientos realizados en Historia Clínica Materno Perinatal del MSP-HCU	X	X	X

Fuente: “Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma y Protocolo Materno.”. Ecuador. 2008.

# **MATERIALES Y MÉTODOS:**

## **Tipo De Estudio**

---

El presente trabajo de investigativo es un estudio descriptivo, de corte transversal. Realizado en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora en el período Junio a Noviembre del 2011.

## **Universo**

---

Lo constituyeron:

- Todas las gestantes atendidas de parto normal (534 usuarias) en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, en el período de Junio a Noviembre del 2011.
- El personal médico (65 personas), que se encontraban laborando, en el Centro Obstétrico y Servicio de Gineco Obstetricia en el mismo periodo.

## **Muestra**

---

Lo conformaron 144 gestantes, cuyo embarazo finalizó por parto normal, atendido en Centro Obstétrico, y 32 profesionales de salud, que laboran directamente en el departamento de Gineco-Obstetricia y Centro Obstétrico del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja.

## **Criterios de inclusión**

---

1. Gestantes de cualquier edad, paridad, con embarazo a término (37 - 41,6 semanas), que tengan historia clínica completa.



2. Usuarias que fueron atendidas de parto vaginal, exclusivamente en Centro Obstétrico, incluyendo aquellas que presenten alguna patología en el momento de su ingreso.
3. Las usuarias que aceptaron colaborar en este estudio para obtener la información directa requerida.
4. Todo el Personal médico de Salud, que labora en el departamento de Gineco-Obstetricia y Centro Obstétrico del Hospital Regional Isidro Ayora y que desearon colaborar en este proceso investigativo.

### **Criterios de exclusión**

---

1. Las mujeres cuyo parto fue atendido en la Sala de Hospitalización o Servicio de Emergencia
2. Gestantes cuyo parto fue pretérmino o postérmino.
3. No entraron al estudio el personal de salud y las usuarias que no desearon responder a la entrevista elaborada.

### **Procedimientos y Técnicas**

---

Una vez obtenida la pertinencia del presente tema de tesis, se procedió a pedir autorización al director del Hospital Regional Isidro Ayora, quien permitió realizar el trabajo investigativo en esta casa de salud, posteriormente se procedió a informar al personal de salud del servicio de Gineco- Obstetricia, sobre la autorización para el desarrollo del presente estudio, contando con el apoyo de los mismos para tal propósito.

Para la recopilación de la información se tomaron las variables del Manual "Norma y Protocolo Materno" editado por el Ministerio de Salud Pública en el año 2008, a través de un registro, en donde constan los pasos y tareas objetivas del Tercer Nivel del protocolo de atención del parto normal aplicados en el Hospital Isidro Ayora, los cuales fueron obtenidos de la Historia Clínica

(Anexo 1). Aquellos pasos y tareas que tienen un sentido netamente textual no fueron considerados para esta investigación.

Además, se elaboró una entrevista dirigida a las usuarias, en donde se incluyó la información subjetiva del Manual “Norma y Protocolo Materno”, del MSP (Anexo 2), y una encuesta a través de un formulario de preguntas, que fue aplicado al personal de salud del Servicio de Gineco-Obstetricia (Anexo 3). Ambos instrumentos, se los aplicó previa autorización verbal de las personas implicadas.

Una vez recopilada la información se procedió a su organización, se tabularon los datos obtenidos, se elaboraron tablas de frecuencia y/o gráficos, para su lectura y representación utilizando programas informáticos, como Excel y/o Power Point. Posterior se procedió a su análisis e interpretación, realizando la contrastación entre lo aplicado en el Hospital Isidro Ayora de Loja y las normas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador; realizando posteriormente la discusión, las conclusiones y recomendaciones correspondientes.

# Resultados y Análisis

# Datos Generales de las Usuarías

**TABLA No. 1.-** Grupo Etario de las usuarias atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

---

<u>EDADES</u>	<u>FRECUENCIA</u>	<u>PORCENTAJE</u>
15 – 19 años	28	20%
20 – 24 años	39	27%
25 – 29 años	41	29%
30 – 34 años	25	17%
35 – 39 años	9	6%
40 – 44 años	2	1%
TOTAL	144	100%

FUENTE: Historia Clínica y Hoja de Recolección de Datos  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** De las 144 usuarias del presente estudio, 41 mujeres (29%), se encuentran entre los 25 a 29 años, 39 (27%) pertenecen a la edad de 20 a 24 años, 28 (20%) se hallan entre los 15 a 19 años y 25 (17%) entre las edades de 30 a 34 años.

**TABLA No. 2.-** Grado de instrucción , de las embarazadas atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

---

<b><u>ESCOLARIDAD</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Primaria</b>	<b>53</b>	<b>37%</b>
<b>Secundaria</b>	<b>63</b>	<b>44%</b>
<b>Superior</b>	<b>28</b>	<b>19%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

---

FUENTE: Historia Clínica y Hoja de Recolección de Datos  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de las 144 usuarias, 63 (44%) corresponden a la escolaridad secundaria, seguido de primaria con 53 mujeres (37%) y en menor número 28 (19%) de instrucción superior.

**TABLA No. 3.-** Paridad , de las usuarias, atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

---

<b><u>PARIDAD</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Múltipara</b>	68	47%
<b>Gran Múltipara</b>	21	15%
<b>Primípara</b>	55	38%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

---

FUENTE: Historia Clínica y Hoja de Recolección de Datos  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de las 144 gestantes, 68 (47%) corresponden a múltiparas, seguido con 55 (38%) las gran múltiparas, y con 21 (15%) las primíparas.

**TABLA No. 4.-** Edad Gestacional de las usuarias atendidas de parto por normal. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

---

<b><u>EDAD GESTACIONAL</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>37 semanas</b>	30	21%
<b>38 semanas</b>	33	23%
<b>39 semanas</b>	35	24%
<b>40 semanas</b>	26	18%
<b>41 semanas</b>	20	14%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

---

FUENTE: Historia Clínica y Hoja de Recolección de Datos  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de las 144 gestantes con un embarazo a término, se encontraron 35 (24%) con 39 semanas, 33 (23%) en 38 semanas, 30 (21%) en 37 semanas, con menor porcentaje se encontraron 26 (18%) en 40 semanas y 20 (14%) en 41 semanas.



# **Resultados obtenidos de la Hoja de Recolección de Datos**

---

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PRIMERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO: DILATACIÓN Y BORRAMIENTO.

**TABLA No. 5.**- Historia Clínica, de las usuarias, atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

---

<u>HISTORIA CLÍNICA</u>	<u>FRECUENCIA</u>	<u>PORCENTAJE</u>
<b>Si</b>	144	100%
<b>No</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** en los 144 casos evaluados, en el 100% se encontró historia clínica.

**TABLA No. 6.-** Registro de hemoglobina, hematocrito, VDRL, VIH en la Historia Clínica Materno Perinatal, de las usuarias atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Registro de Hb. Hto.</u></b> <b><u>VDRL VIH</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	46	32%
<b>No</b>	05	3%
<b>Incompleta</b>	93	65%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de los 144 casos analizados, en 93 (65%) no se encuentra completo el registro de Hb, Hto, VDRL, VIH, en un menor número con 46 (32%) si está completo y en 5 casos (3%) no hay registro.

**TABLA No. 7.-** Evaluación Clínica Inicial, de las usuarias atendidas de parto de normal. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

---

<b><u>Evaluación: TA, FC, FR,</u></b> <b><u>Tº</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	87	60%
<b>No</b>	42	29%
<b>Incompleta</b>	15	11%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

---

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de las 144 historias clínicas analizadas, en 87 (60%) se encuentra completa la evaluación clínica inicial, en 42 (29%) no hay y en 15 (11%) se encuentra incompleta.

**TABLA No. 8.-** Evaluación Obstétrica, de las gestantes, atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

---

**Evaluación Obstétrica: altura de fondo uterino, cálculo aproximado del tamaño fetal y la edad gestacional**

<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>	
<b>Si</b>	<b>117</b>	<b>81%</b>
<b>No</b>	<b>00</b>	<b>0%</b>
<b>Incompleto</b>	<b>27</b>	<b>19%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

---

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** las 144 usuarias estudiadas, 117 (81%) tienen evaluación obstétrica completa, y con un menor número 27 (19%) se encuentra inconclusa.

**TABLA No. 9.**- Maniobras de Leopold, realizadas a las gestantes, atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Maniobras de Leopold para confirmar situación, posición y presentación fetal</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	141	98%
<b>No</b>	00	0%
<b>Incompleto</b>	03	2%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de los 144 casos evaluados, en 141 (98%) se encontró un registro completo de las Maniobras de Leopold, sin embargo, en 3 casos (2%) se encontraba incompleto.

**TABLA No. 10.**- Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, en un minuto, a las gestantes atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

---

<b><u>Auscultación de FCF en un minuto completo</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	138	96%
<b>No</b>	06	4%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de las 144 usuarias, encontramos que en 138 (96%) se encuentra en la historia clínica la frecuencia cardíaca fetal auscultada por un minuto, y en 6 casos (4%) no hay registro.

**TABLA No. 11.-** Frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas, de las usuarias atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	83	58%
<b>No</b>	41	28%
<b>Incompleto</b>	20	14%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de los 144 casos evaluados, encontramos que en 83 (58%) si se cumple esta norma, encontrándose completa la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas; sin embargo, en 41 (28%) este parámetro no se encuentra y en 20 (14%) está incompleto.



**TABLA No. 12.-** Primera valoración, realizada a las maternas hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Dilatación, borraramiento, consistencia del cuello, posición del cuello, altura de presentación, estado de las membranas, colocación líquido amniótico, capacidad de la pelvis</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	108	75%
<b>No</b>	00	0%
<b>Incompleto</b>	36	25%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de las 144 gestantes que formaron parte de este estudio, en 108 (75%) se encuentran completos los parámetros a evaluar en el primer tacto vaginal y en 36 (25%) se encuentra valorada de forma incompleta.

**TABLA No. 13.-** Tacto Vaginal cuando sea estrictamente necesario, habitualmente cada 4 horas, a la gestante que se encuentra en labor de parto. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Tacto Vaginal cada 4 horas y registrarlo en el partograma</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	73	51%
<b>No</b>	21	14%
<b>Incompleto</b>	50	35%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de las 144 usuarias, a 73 (51%) se las evaluó cada 4 horas según lo indicado por la norma y protocolo materno del MSP, sin embargo, en 50 (35%) se lo realizó de forma incompleta y en 21 casos (14%) no se lo realizó según lo indicado por el normativo.

**TABLA No. 14.-** Tactos vaginales, de las usuarias, registrados en secuencia. De las usuarias atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

---

<b><u>Tacto Vaginal numerados</u></b> <b><u>en secuencia</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	123	78%
<b>No</b>	21	14%
<b>Incompleto</b>	11	8%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

---

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de los 144 casos evaluados, en 123 (78%) se encontraron los tactos vaginales numerados en secuencia, en 21 (14%) no estaban registrados de esta forma y en 11 (8%) faltaba registrar todos las valoraciones realizadas.

**TABLA No. 15.-** Tacto vaginal, realizado antes del tiempo estimado en caso necesario, a las gestantes en labor de parto. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>TV antes en caso de: ruptura espontánea de membranas, embarazada refiere deseo de pujar, antes de administrar analgesia-anestesia o si el juicio clínico lo amerita</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	144	100%
<b>No</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** en los 144 casos analizados, es decir, en el 100% se realiza tacto vaginal antes del tiempo estimado a las gestantes en caso de que presenten, ruptura espontánea de membranas, cuando la embarazada refiere deseo de pujar, antes de administrar analgesia-anestesia o si el juicio clínico lo amerita.

**TABLA No. 16.-** Establecer la etapa y la fase de la labor de parto, en la que se encuentran las usuarias atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Determina la etapa y la fase de la labor de parto en la que se encuentra la paciente</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	113	78%
<b>No</b>	14	10%
<b>Incompleto</b>	17	12%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de las 144 pacientes estudiadas, 113 (78%) se encuentra registrado en su totalidad la etapa y fase de labor en la que se encontraba posterior a la valoración, sin embargo, en 17 (12%) se hallaba incompleto y 14 (10%) no estaba registrado.

**TABLA No. 17.-** Recorte el vello púbico, no rasure rutinariamente el área genital, las usuarias atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Se rasura vello púbico</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	<b>141</b>	<b>98%</b>
<b>No</b>	<b>3</b>	<b>2%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de las 144 gestantes, a 141 (98%), le realizaron rasurado del vello púbico, y sólo en 3 mujeres (2%) se procedió a recortarlo.

**TABLA No. 18.**- Frecuencia de la aplicación del partograma, a las usuarias atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

---

<b><u>PARTOGRAMA</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	<b>110</b>	<b>76%</b>
<b>No</b>	<b>34</b>	<b>24%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de los 144 casos evaluados, 110 (76%) tenían partograma incluido en su historia clínica y 34 (24%) carecían de éste.

**TABLA No. 19.**- Segmento inferior del partograma debe encontrarse lleno, de todas las usuarias atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Se encuentra lleno el segmento inferior de la hoja del partograma, con TA, AU Y FCF, registrados cada hora</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	39	36%
<b>No</b>	29	26%
<b>Incompleto</b>	42	38%
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de los 144 casos estudiados, se encontró que en 42 (38%) el segmento inferior del partograma estaba incompleto, en 39 (36%) se encontraba lleno de forma completa y en 29 (26%) no se hallaba lleno este segmento.



**TABLA No. 20.**- En la cuadrícula principal del partograma, se debe controlar y graficar las tres curvas, de todas las gestantes que se encuentran en labor de parto. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>En la cuadrícula principal del partograma, se encuentra graficada: la curva de alerta de dilatación cervical, la curva real de dilatación cervical y la curva de descenso de la presentación fetal</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	38	35%
<b>No</b>	22	20%
<b>Incompleto</b>	50	45%
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de los 144 casos estudiados, 50 (45%) se encontraban de forma incompleta graficadas las curvas en la cuadrícula principal del partograma, en 38 (35%) se hallaban graficadas de forma completa y en 22 (20%) no se encuentran.

PROCOLO DE MANEJO DE LA PRIMERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO: DILATACIÓN Y BORRAMIENTO.

**TABLA No. 21.**- Aspire la boca y luego la nariz del bebé sólo si tiene líquido amniótico meconial. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Se realiza aspirado de boca y nariz, cuando el bebé tiene líquido amniótico meconial</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	144	100%
<b>No</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de los 144 casos estudiados, a todos (100%) los bebés se les realizó aspirado de boca y nariz, aunque no todos presentaron líquido meconial, encontrando este líquido en el 26% que corresponde a 38 casos.

ATENCIÓN DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO; ALUMBRAMIENTO

**TABLA No. 22**.- Administración de uterotónico, a todas las usuarias, atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Administra 10 unidades IM de oxitocina en la etapa de alumbramiento, a todas las pacientes</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	144	100%
<b>No</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de las 144 gestantes evaluadas (100%), en todas se administra 10UI de Oxitocina IM en la etapa de alumbramiento.

**TABLA No. 23.-** Administrar ergometrina, si no se dispone de Oxitocina. A todas las usuarias, atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Si no dispone de Oxitocina, se administra ergometrina 0.2mg IM</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	0	0%
<b>No</b>	144	100%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** en los 144 casos (100%) se dispuso de Oxitocina para las pacientes, administrando ergometrina en caso de que se requiera conjuntamente con la oxitocina.

**TABLA No. 24.**- Verificar que la placenta y sus membranas se encuentren completas. De todas las usuarias, atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Se verifica y examina, que la placenta y las membranas se expulsaron completamente</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	144	100%
<b>No</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** en los 144 casos (100%), posterior al alumbramiento, se procede a verificar y examinar que la placenta y sus membranas se expulsaron completamente.

**TABLA No. 25.-** Realizar masaje en el fondo del útero. A todas las usuarias, atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Realiza masaje en el fondo de útero hasta conseguir que el útero se mantenga contraído, y lo repite cada 15 minutos durante las 2 primeras horas</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	99	69%
<b>No</b>	0	0%
<b>Incompleto</b>	45	31%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de las 144 gestantes evaluadas, a 99 (69%) se les realizó masaje en el fondo de útero hasta que se mantenga contraído, repitiéndolo cada 15 minutos por dos horas, y en 45 mujeres (31%), no se lo realizó por todo el tiempo establecido.

**TABLA No. 26.-** Reparar las episiotomías o desgarros, de las usuarias atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Se repara la episiotomía o los desgarros</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	<b>88</b>	<b>100%</b>
<b>No</b>	<b>00</b>	<b>0%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de las 144 mujeres, en 88 (61%) se realizó episiotomía o se produjo algún desgarro, que posterior al alumbramiento, se procedió a repararlos.

**TABLA No. 27.-** En caso de retención placentaria, realizar el procedimiento adecuado, a las usuarias atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>En caso de retención placentaria por más de 30 minutos, con o sin sangrado, realiza la extracción manual de placenta y/o la revisión de la cavidad bajo anestesia general o sedación profunda.</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	1	100%
<b>No</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de las 144 mujeres que formaron parte de este estudio, sólo en 1 (100%), ocurrió retención placentaria, por lo cual se le procedió a realizar la extracción manual de placenta y revisión de la cavidad bajo anestesia general.



TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO

**TABLA No. 28.-** Eliminar los materiales de desecho, luego de haber atendido el parto, a todas las usuarias en Centro Obstétrico. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Antes de quitarse los guantes, elimine los materiales de desecho colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	144	100%
<b>No</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** en los 144 casos (100%), posterior al procedimiento realizado, se continua con el desecho del material, utilizando los recipientes que se encuentran en centro obstétrico, reciclando de acuerdo al tipo de material que se esté desechando.

**TABLA No. 29.**- Lavarse las manos minuciosamente, luego del procedimiento realizado. El personal de salud que atendió el parto normal en Centro Obstétrico. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Lávese las manos minuciosamente</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	<b>93</b>	<b>65%</b>
<b>No</b>	<b>51</b>	<b>35%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de los 144 casos evaluados, en 93 (65%) en personal médico procedió a lavarse minuciosamente las manos posterior al procedimiento, y en 51 (35%) el profesional no lo hizo.

**TABLA No. 30.-** Registrar los procedimientos realizados en la Historia Clínica Materno Perinatal del MSP. De todas las usuarias atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Registre los procedimientos realizados en Historia Clínica Materno Perinatal del MSP-HCU</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	48	33%
<b>No</b>	32	22%
<b>Incompleto</b>	64	45%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Historia Clínica – Hoja de Recolección de Datos  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de los 144 casos analizados, en 64 (45%) se encontró incompleto los datos del procedimiento realizado en la HC Materno Perinatal del MSP, en 48 (33%) se encontró un registro completo y en 32 (22%) no se encontraba registrado el procedimiento.

# **Resultados Obtenidos de la Entrevista a la Usuaría**

---

**TABLA No. 31.-** Usuarías recibidas con calidez en la unidad operativa, brindándoles explicación de lo que se les va a realizar, despejando todas sus inquietudes. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Fue recibida con calidez en la unidad operativa y explicación sobre el procedimiento que se le iba a realizar, despejando sus inquietudes</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	94	65%
<b>No</b>	2	2%
<b>Incompleta</b>	48	33%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>144</b>

FUENTE: Entrevista de la usuaria  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de las 144 usuarias entrevistadas, 94 (65%) respondieron que fueron recibidas con calidez en la unidad operativa y explicación sobre el procedimiento a realizarle, despejando todas sus dudas, en menor porcentaje 48 mujeres (33%) refieren que la explicación fue de forma incompleta y 2 usuarias (2%) describen que no se cumplió esta regla.

**TABLA No. 32.-** Usuaris a las que se les brindó tranquilidad y apoyo emocional continuo, en todas las fases de la labor de parto. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b>Le brindaron tranquilidad y apoyo emocional continuo</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Si</b>	73	51%
<b>No</b>	28	19%
<b>Incompleto</b>	43	30%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista de la usuaria  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de las 144 usuarias, 73 (51%) refieren que en todo momento les brindaron tranquilidad y apoyo emocional continuo, 43 (30%) indican que no fue de forma continua y 28 (19%) revelan que no lo recibieron.

**TABLA No. 33.**- Gestantes que se les permitió el acompañamiento de la pareja o familiar en todas las instancias de la labor de parto. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Contó con el acompañamiento de su pareja o familia en la labor de parto</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	0	0%
<b>No</b>	144	100%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista de la usuaria  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez

**Interpretación:** de las 144 gestantes del presente estudio, todas (100%) refieren que no contaron con el acompañamiento de su pareja o familia en todas las instancias de la labor de parto.

**TABLA No. 34.**- Gestantes que les permitieron, el uso de ropa adecuada, para la labor de parto y el parto, en el servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Permite el uso de ropa adecuada según costumbre de la zona o ropa hospitalaria</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	144	100%
<b>No</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista de la usuaria  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** a las 144 gestantes (100%), que formaron parte de este estudio, se les permitió el uso de ropa adecuada, durante la labor de parto y el parto.



**TABLA No. 35.**- Usuarías que permanecieron en ayuno (NPO), mientras se encontraban en labor de parto. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011

<b><u>Mantiene a la paciente en NPO</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>No</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista de la usuaria  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de las 144 embarazadas (100%), a ninguna se la mantuvo en ayuno (NPO), durante la labor de parto.

**TABLA No. 36.-** Usuarías que se les permite libertad de movimientos, encontrándose en labor de parto. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011

---

<b><u>Permite libertad de movimientos</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	<b>108</b>	<b>75%</b>
<b>No</b>	<b>36</b>	<b>25%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista de la usuaria

ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de las 144 gestantes evaluadas, a 108 (75%) les permitieron libertad de movimientos durante la labor de parto, y a 36 (25%) no les admitieron.

**TABLA No. 37.-** Razones por las que no se permite libertad de movimientos a las usuarias, atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011

<b><u>Causas por la que no se permite libertad de movimientos</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Ruptura Prematura de Membranas</b>	24	67%
<b>Circular de Cordón</b>	12	33%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista de la usuaria  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de las 36 usuarias que no se les permitió libertad de movimientos, a 24 (67%) se debió a ruptura temprana de membranas y en 12 casos (33%) por presentar circular de cordón.

**TABLA No. 38.**- Usuaris que fueron alentadas para que jadeen o que den sólo pequeños pujos acompañando a las contracciones, conforme se expulsa la cabeza del bebé, en Centro Obstétrico. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Cuándo la mujer se encuentra en periodo expulsivo, la alienta para que jadee o que dé sólo pequeños pujos acompañando a las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	144	100%
<b>No</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista de la usuaria  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** las 144 gestantes (100%), fueron alentadas por el personal de salud, para que jadee o dé pequeños pujos acompañando a las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé.

**TABLA No. 39.-** Madres a la que se le colocó al bebé sobre el abdomen, mientras lo secaban, en Centro Obstétrico. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Le colocaron al bebé en el abdomen, mientras lo secaban por completo</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	144	100%
<b>No</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista de la Usuaría  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** en los 144 casos (100%), se lo coloca al bebé en el abdomen de la madre, mientras lo secan y evalúan su respuesta.

**TABLA No. 40.**- Usuaris que fueron incitadas a lactancia materna y alojamiento conjunto. Por parte del personal de salud, en el servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Fomenta a la madre el inicio de la lactancia precoz y alojamiento conjunto</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	144	100%
<b>No</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista de la Usuaris  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** en los 144 casos (100%) se motiva a la madre al inicio precoz de la lactancia y al alojamiento conjunto.

# **Resultados Obtenidos de la Entrevista al Personal de Salud**

---

**TABLA No. 41.-** Personal de Salud del servicio de Gineco Obstetricia, capacitado por el MSP, en la Norma y Protocolo Materno, para la atención del parto normal.

<b><u>Ha sido capacitado por el Ministerio de Salud Pública, en la utilización del Manual “Norma y Protocolo Materno” del año 2008</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	13	41%
<b>No</b>	19	59%
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista del Personal de Salud  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de los 32 profesionales entrevistados, 19 (59%) refieren no haber sido capacitado por le MSP sobre la Normal y Protocolo Materno para la atención del Parto Normal, en algunos casos se han autocapitado, y 13 (41%) indican si estar capacitados.



**TABLA No. 42.-** Causas por las que no se pone en práctica a cabalidad, este normativo, en el servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Por qué razón no pone en práctica a cabalidad los pasos y tareas del Manual “Norma y Protocolo Materno del MSP</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Poco tiempo</b>	9	47%
<b>Falta de personal</b>	4	21%
<b>Número aumentado de pacientes</b>	6	32%
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista del Personal de Salud

ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de los 19 profesionales que no han sido capacitados, además refieren que no se pone en práctica a cabalidad el normativo, 9 (47%) por falta de tiempo, 6 (32%) por la gran demanda de pacientes y 4 (21%) por falta de personal.

**TABLA No. 43.**- Realización de enema evacuante rutinario, a las gestantes, que se encuentran en labor de parto. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Se realiza enema evacuante rutinario</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	0	0%
<b>No</b>	144	100%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista del Personal de Salud  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de las 144 mujeres embarazadas, a ninguna se le realizó enema evacuante rutinario, en el servicio de gineco-obstetricia.

**TABLA No. 44.**- Colocación de equipo de venoclisis rutinario a las gestantes, atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Equipo de venoclisis rutinaria</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	<b>117</b>	<b>81%</b>
<b>No</b>	<b>27</b>	<b>19%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista de la usuaria  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de los 144 casos estudiados, a 117 (81%), se le colocó equipo de venoclisis, al momento de su ingreso y en 27 casos (19%) permanecieron sin equipo de venoclisis.

**TABLA No. 45.-** Disposición de equipos, para preparar el entorno para la atención del parto, de las usuarias, en Centro Obstétrico. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Dispone de todos los instrumentos o equipos, para adecuar el entorno para la atención del parto</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	96	67%
<b>No</b>	0	0%
<b>Incompleto</b>	48	33%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista del Personal de Salud

ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de los 144 casos evaluados, en 96 (67%) se contó con todos los instrumentos o equipos, para adecuar el entorno para atención del parto y en 48 (33%) los materiales necesarios se encontraban incompletos.

**TABLA No. 46.-** Utilización barreras protectoras para el médico y para la paciente, para garantizar bioseguridad. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Cuenta con los implementos necesarios, para garantizar bioseguridad, tanto para el personal de salud, como para la usuaria</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	84	58%
<b>No</b>	60	42%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista del Personal de Salud  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de los 144 casos evaluados, en 84 (58%) se contó con los implementos necesarios, para garantizar bioseguridad, tanto para el personal de salud como para la usuaria, sin embargo, en 60 casos (42) no se contó con este material.

**TABLA No. 47.-** Usuaris, informadas por parte del personal de salud, sobre el procedimiento que se le va a realizar. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Explica a la mujer y a la persona que se encuentra con ella, lo que se le va a realizar</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	144	100%
<b>No</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista del Personal de Salud  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** a las 144 embarazadas (100%), se le explicó por parte del personal de salud el procedimiento que se le realizó, además escucharon y respondieron a sus inquietudes.

**TABLA No. 48.-** Usuarías que recibieron apoyo emocional continuo y tranquilidad por parte del personal médico del Servicio de Gineco-Obstetricia.

<b><u>Brinda apoyo emocional continuo y tranquilidad a la mujer</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	144	100%
<b>No</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista del Personal de Salud  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** a las 144 gestantes evaluadas (100%), se les brindó apoyo emocional y tranquilidad a la mujer.

**TABLA No. 49.**- Personal médico que coloca sus dedos contra la cabeza del bebé, mientras ésta se está expulsando, para mantenerla flexionada.

<b><u>Cuándo se está expulsando la cabeza del bebé, coloca suavemente los dedos de una mano contra ésta, para mantenerla flexionada</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	144	100%
<b>No</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista del Personal de Salud  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** en los 144 casos (100%), el personal médico colocó suavemente los dedos de una mano contra la cabeza del bebé, para mantenerla flexionada, mientras se está expulsando.



**TABLA No. 50.**- Personal médico que protege el perineo, a medida que se expulsa la cabeza del bebé, en Centro Obstétrico.

<b><u>Sostiene con delicadeza el perineo a medida que la cabeza del bebé se expulsa</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	144	100%
<b>No</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista del Personal de Salud  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** a las 144 gestantes (100%), el personal médico sostuvo con delicadeza el perineo a medida que la cabeza del bebé se expulsa.

**TABLA No. 51.**- Realización de episiotomía, por parte del personal médico, a las usuarias atendidas de parto normal. Hospital Isidro Ayora de Loja 2011.

<b><u>Realiza episiotomía</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Rutinaria</b>	0	0%
<b>Selectiva</b>	144	100%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista del Personal de Salud  
 ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** en los 144 casos (100%) el médico evaluó la posibilidad de realizarle episiotomía, realizándole sólo a 76 usuarias (53%).

**TABLA No. 52.**- Recién Nacido, con circular de cordón. El personal médico que acción realiza en el servicio de Gineco-Obstetricia.

<b><u>Si existe circular de cordón</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Lo desliza por encima de la cabeza</b>	36	56%
<b>Lo pinza dos veces y lo corta, antes de desenrollarlo del cuello</b>	28	44%
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista del Personal de Salud  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de los 144 casos evaluados, 64 (100%) presentaron circular de cordón, de los cuales 36 (56%) se solucionó deslizándolo por encima de la cabeza, porque el cordón se encontraba flojo y 28 (44%) pinzándolo dos veces y cortándolo antes de desenrollarlo del cuello, debido a que se encontraba ajustado, y en ocasiones incluso existía doble circular de cordón.

**TABLA No. 53.**- Personal médico, permite que la cabeza del bebé gire espontáneamente en su movimiento de rotación externa.

<b><u>Permite que la cabeza del bebé, gire espontáneamente en su movimiento de rotación externa</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	144	100%
<b>No</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista del Personal de Salud  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** en los 144 casos, es decir, en el 100%, se permite que la cabeza del bebé, gire espontáneamente en su movimiento de rotación externa.

**TABLA No. 54.**- Personal médico, mueve la cabeza del bebé para extraer el hombro anterior y posterior.

<b><u>Mueve la cabeza del bebé, hacia abajo para extraer el hombro anterior y hacia arriba para extraer el hombro posterior</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	144	100%
<b>No</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista del Personal de Salud  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** en los 144 casos (100%) se mueve la cabeza del bebé hacia abajo para extraer el hombro anterior, y hacia arriba para extraer el hombro posterior.

**TABLA No. 55.**- Personal médico pinza y corta el cordón umbilical, cuando este deja de latir.

<b><u>Realiza el pinzamiento y corte del cordón umbilical cuando este ha dejado de latir</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	<b>87</b>	<b>60%</b>
<b>No</b>	<b>57</b>	<b>40%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista del Personal de Salud  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** de los 144 casos, al 87 (60%) se les realiza pinzamiento y corte del cordón umbilical cuando este ha dejado de latir, no obstante en 57 (40%) se lo realiza con anticipación.

**TABLA No. 56.-** Mantener tensión leve el cordón umbilical, por parte del personal médico, en la etapa de alumbramiento, a todas las usuarias atendidas de parto normal, en Centro Obstétrico.

<b><u>Mantiene tensión leve en el cordón umbilical y espera una contracción fuerte del útero (2-3 minutos)</u></b>	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	144	100%
<b>No</b>	00	0%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista del Personal de Salud  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** en los 144 casos (100%), el personal médico mantuvo tracción leve en el cordón umbilical, esperando una contracción fuerte del útero.

**TABLA No. 57.**- Al salir la placenta, el personal médico la gira con delicadeza, hasta que las membranas queden torcidas y se expulsen completamente.

**Al ser expulsada la placenta, la sostiene con las manos y la gira con delicadeza, hasta que las membranas queden torcidas y se expulsen**

	<b><u>FRECUENCIA</u></b>	<b><u>PORCENTAJE</u></b>
<b>Si</b>	144	100%
<b>No</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Entrevista del Personal de Salud  
ELABORADO POR: Estudiante. Ma. Gabriela Gutiérrez S.

**Interpretación:** en las 144 gestantes (100%) cuando se estaba expulsando la placenta, el personal médico procedió a girarla con delicadeza, hasta que las membranas quedaron torcidas y se expulsaron.



## DISCUSIÓN:

El presente estudio investigativo, tiene como principal objetivo conocer la aplicación de la Norma y Protocolo Materno del MSP del Ecuador, por lo cual se hace de gran relevancia conocer este cumplimiento en otras casa de Salud, de otros países.

Encontrando así que en Guatemala el 15/08/2011, se realizó un estudio para conocer el cumplimiento del **El Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**, el cual cuenta actualmente con protocolos guías y manuales de todos y cada uno de sus componentes entre los cuales se cuentan: Salud Materno Neonatal. Este programa tiene al momento protocolo dirigidos a mejorar las competencias, conocimientos y destrezas de las personas que atienden partos en todos los servicios del MSPAS (CAP; CAIMI; CENAPA; HOSPITALES) la Guía para la implementación de la atención integrada materna y neonatal calificada con enfoque de género y adecuación cultural en los servicios institucionales de atención del parto. Así como el PNSR por medio de médicos ginecólogos obstetras da capacitación a todo el personal de los hospitales de Guatemala, sobre emergencias obstétricas, uso institucional del partograma, manejo activo de la tercera etapa del parto, no episiotomía, y manejo de hemorragia post parto, etc. Todas y cada una de las normas guías y protocolos del PNSR han sido operativizadas (100%) a nivel de todos y cada uno de los servicios de atención materno neonatal. Ha sido implementada en todos los servicios de atención del parto, esto se ha llevado a cabo por medio de capacitaciones, magistrales y capacitación en servicios (anadragógica) así como se han utilizado instrumentos de monitoreo, supervisión y evaluación, los cuales se encuentran en la misma guía. Mientras que en el Hospital Regional Isidro Ayora, en el servicio de Gineco-Obstetricia, se cumple con el 84% de la normativa implementada por el MSP. A diferencia de lo que ocurre en Guatemala, en nuestra casa de salud, no existe un programa de capacitación constante al personal, por ende, si no se encuentra capacitado todo el talento humano, no se puede llegar a cumplir de forma absoluta todas las normas y protocolos de MSP. Además se debe tener en cuenta, que existe un 2% dentro

de los pasos y tareas de la norma y protocolo materno del MSP, que no es ejecutable, tratándose de el acompañamiento de la pareja o familiar a la materna en todas la instancias de la labor de parto, debido a que el servicio de hospitalización de gineco-obstetricia, no cuenta con el espacio, ni la infraestructura para mantener un acompañante por paciente, dado que de ser así, las usuarias no podrían contar con la privacidad que requieren para encontrarse más cómodas, puesto que una habitación de labor de parto es ocupado por seis gestantes (8).

La Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, realizó un estudio por Maestría en Salud Pública en el periodo de 2009 – 2011, sobre **Calidad de la Atención de Mujeres Gestantes en el Servicio de Maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque Managua Enero 2011**, donde se dio cumplimiento del normativo en un 82%, mientras que en la casa de salud investigada se cumplió un 84%, siendo muy similar el resultado. Conjuntamente se encontraron como hallazgos principales: Que el 88.90% (24) de las usuarias expresaron que el personal de salud les había brindado información sobre lactancia materna, y el 11.10% (3) no lo hizo. El 85.20% (23) de las usuarias manifestaron que el personal de salud aclararon todas sus dudas y el 14.80% (4) expresaron que no porque no hicieron preguntas. Con respecto a sugerencias médicas, como son: caminar, masaje en el vientre para evitar hemorragias el 74.10% (20) dijeron que lo hicieron y el 25.90% (7) dijeron que no lo hicieron. El 100% (27) de las usuarias dijeron que el personal de salud se ponía guantes cuando las examinaban. El 88.90% (24) manifestaron sentirse satisfechas por la atención recibida, el 7.40% (2) dijeron no sentirse satisfecha porque habían muchos zancudos en la sala durante la noche y el 3.70% (1) no sabe; en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora, se encontró que las usuarias recibieron información sobre lactancia materna y alojamiento conjunto en un 100%. Las usuarias refirieron recibir explicación y respuesta a sus inquietudes en un 65% (94), en un 33% (48) no había habido respuesta a todas sus interrogantes y un 2% (2) no recibió ningún tipo de esclarecimiento. En cuanto al masaje uterino, el 69% (99) se les realizó este procedimiento hasta lograr que el útero se mantuviera contraído y luego cada 15 minutos por dos horas, y en un 31% (45) no se lo realizó por todo el tiempo

establecido. En esta casa de salud, el nivel de aceptación de las usuarias se encontró en 57.55% haciendo referencia principalmente al apoyo emocional continuo y explicación que se le brindó sobre el procedimiento a realizarle. Por ello, es importante mejorar la atención que se le brinda a la usuaria de forma personalizada, ofreciendo todo el apoyo que las maternas requieren y despejando todas sus dudas sobre el procedimiento al cual se van a someter, de tal forma se llegará alcanzar 100% de satisfacción de todas las usuarias que acuden al servicio de gineco-obstetricia del HRIA (14).

En un estudio realizado en Lima en el año 2003, por la Sociedad Científica de San Fernando sobre el **Cumplimiento del Normativo Materno – Neonatal, Estándares de Calidad en la Atención del Parto Institucional y Nivel de Satisfacción de Usuarias**, se encontraron los siguientes resultados, que a pesar de una evidente aceptación de los servicios por parte de las usuarias puérperas, se evidencia mediante la evaluación de los procesos que implican el cumplimiento de estándares en la atención del parto, deficiencias que oscilan entre el 77.9%, y el 9.6% corresponde a la insatisfacción de las pacientes con las instalaciones. El grado de satisfacción de usuaria con el personal fue de 0.5, el nivel de error permitido 5% y un poder del 80%. El tamaño muestral necesario fue de 220 encuestas, se añadió un 10% por posible pérdida. Se realizaron 249 encuestas. Mientras que en el servicio de gineco-obstetricia perteneciente a la casa de salud evaluada, se presentaron deficiencias que se encuentran en un 16%, con una insatisfacción de las pacientes de un 57.55% con respecto al personal que no le brindó toda la ayuda necesaria, teniendo como muestra a 144 pacientes; por lo cual el nivel del cumplimiento en la casa de salud estudiada, en relación al estudio realizado en Lima es superior con un 6.1% (13).

En el Hospital Regional Isidro Ayora, se llevó a cabo el estudio, **Cumplimiento de la Aplicación de la Norma y Protocolo Materno establecidos por el Ministerio de Salud Pública en la Atención del Parto Normal, de las usuarias atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, en el Período Abril a Octubre 2011**, obteniendo como hallazgos importantes, que el normativo se cumplió en un 84%, parcialmente en un 8% y

la no aplicación igualmente en un 8%. Dentro del 16% no cumplido, las causas principalmente fueron, falta de capacitación en un 59%, falta de tiempo en un 47%, demanda de pacientes en un 32% y la carencia de personal en un 21%. El nivel de aceptación de las usuarias se encontró en 57.55% haciendo referencia principalmente al apoyo emocional y explicación que se le dio sobre el procedimiento a realizarle. Teniendo una muestra de 144 gestantes (100%), atendidas de parto normal en el Servicio de Gineco – Obstetricia.

## CONCLUSIONES:

Luego de los resultados obtenidos en las 144 gestantes, de las cuales 41 (29%) se encontraban en las edades de 25 – 29 años, 63 (44%) en nivel de instrucción secundaria, 68 (47%) siendo multíparas y 35 (24%) encontrándose con 39 semanas de gestación; me he permitido llegar a las siguientes conclusiones:

1. La Norma y Protocolo Materno del MSP del Ecuador, para el parto normal, se cumple en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora, en un porcentaje del 84%, cumpliéndose este normativo parcialmente en un 8%, y la no aplicación en un 8%.
2. Las causas por las cuales las normas no se cumplen a cabalidad en el servicio de gineco-obstetricia, que corresponden a un 16%, principalmente son la falta de capacitación del personal de salud sobre la Norma y Protocolo Materno del MSP del Ecuador (59%), además se identificó, la falta de tiempo (47%), la demanda de pacientes (32%) y la carencia de personal (21%).
3. Dentro de las normas que no se cumplen se identifican, el no rasurado (98%), el uso rutinario de equipo de venoclisis (67%), aspirar la boca y nariz del recién nacido, sólo cuando se encuentra líquido meconial (74%) y el acompañamiento de pareja o familiar durante todas las fases del trabajo de parto (100%); de las cuales las tres primeras se incumplen por falta de conocimiento del personal de salud en lo referente a la Normativa del MSP, y el último parámetro no es ejecutable, debido a que el Hospital Regional Isidro Ayora, no cuenta con la infraestructura adecuada para mantener un acompañante por paciente en el servicio de hospitalización.
4. La Norma y Protocolo Materno del MSP para la Atención del Parto Normal, es aplicable en un 98% de los casos, siendo no ejecutable en el 2%, haciendo referencia al acompañamiento de la usuaria por su pareja o familiar en todo momento de la labor de parto, debido a que el hospital

no cuenta con las condiciones de infraestructura para permitir el ingreso de otra persona al área hospitalaria.

## RECOMENDACIONES:

Luego de haber realizado la investigación de campo y haber obtenido conclusiones importantes, se determinan las siguientes recomendaciones:

1. El Hospital Regional Isidro Ayora, debe mantener un control sistemático del cumplimiento de la Norma y Protocolo Materno del MSP para el parto normal, de esta forma se logrará verificar el cumplimiento a cabalidad de cada uno de los pasos y tareas que conforman este normativo.
2. Planificar conversatorios con el personal de salud, para conocer las novedades y obstáculos que se presentan frente a la aplicación de este normativo, para poder tomar los correctivos pertinentes a tiempo, y mejorar la calidad de atención a todas las maternas que acuden a esta casa de salud.
3. Capacitar y actualizar de forma permanente a todo el personal de salud sobre la Norma y Protocolo Materno por parte del MSP, logrando de esta forma un trabajo en equipo, que tenga por objetivo alcanzar todos los estándares de eficacia que se requiere para cumplir con este normativo.
4. Elaborar un plan de Monitoreo y Verificación del cumplimiento de la Norma y Protocolo Materno por parte del servicio de Gineco-Obstetricia, a todas las casas de salud, incluyendo a las de menor complejidad, para cerciorarse del desempeño en cada una de ellas, y determinar en qué nivel de atención se está fallando.
5. Realizar este estudio, en otras casas de salud, para conocer su nivel de aplicación del Normativo Materno del MSP, contribuyendo a mejorar el desempeño del talento humano y la calidad de cuidado de las usuarias, en todos los niveles de atención. Lo cual contribuirá a alcanzar el objetivo estas normas y protocolos, que es disminuir las cifras de morbi-mortalidad materna-neonatal.

# Bibliografía

---



1. CUNNINGHAM F. GARY. **Obstetricia de Williams**. Vigésimosegunda edición. 2007.
2. BOTERO URIBE. **Obstetricia y Ginecología. Texto Integrado**. Séptima edición. 2004.
3. ARIAS FERNANDO. **Guía Práctica Para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo**. Segunda Edición. 1995.
4. RICARDO SCHWARCZ. **Obstetricia**. 6ta. Edición. 2005.
5. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. **Norma y Protocolo Materno. 2008**.
6. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. **Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal**. 2008. Páginas 15-16.
7. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. **Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia**. 2010.
8. ÍNDICE DE ESFUERZO DE PROGRAMA MATERNO Y NEONATAL “Herramientas para la Incidencia Política en la Salud Materna – Ecuador”. 2008. Páginas 1 – 3.
9. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Reducción de la Mortalidad Materna. 2010.  
[http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/maternal\\_mortality\\_20100915/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/maternal_mortality_20100915/es/index.html)
10. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “Reducir los riesgos del embarazo”. 2007.  
[http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/topics/maternal\\_mortality/es/index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/es/index.html)

11. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD “OPS, un equipo, una meta: la Salud de las Américas”  
<http://new.paho.org/mirtaroses/index.php?language=es-es&PHPSESSID=9016532da7ffef6732282e628a691c81>
  
12. REVISTA CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. “Mortalidad Materna en el Mundo” 2003.  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262003000600015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262003000600015&script=sci_arttext)
  
13. SOCIEDAD CIENTÍFICA DE SAN FERNANDO. Cumplimiento de Estándares de Calidad en la Atención del Parto Institucional y Nivel de Satisfacción de Usuarías. 2011.  
[http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1680-83982003000100003&script=sci\\_arttext](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1680-83982003000100003&script=sci_arttext)
  
14. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARGUA. Calidad de la atención del puerperio fisiológico inmediato en el servicio de maternidad hospital Bertha Calderón Roque Managua enero 2011.  
<http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=estudios%20sobre%20cumplimiento%20de%20normas%20y%20protocolos%20maternos&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.iadb.org>
  
15. REVISTA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE VENEZUELA. Mortalidad materna y perinatal. 2008.  
[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322006000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322006000200005&script=sci_arttext)
  
16. ISIS INTERNACIONAL SANTIAGO CHILE. De qué mueren las mujeres? 2009. <http://www.isis.cl/jspui/handle/123456789/30625>

# **Anexos**

---

# Anexo No. 1



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Área de la Salud Humana  
CARRERA DE MEDICINA

**TEMA: Cumplimiento de la Aplicación de la Norma y Protocolo Materno establecidos por el Ministerio de Salud Pública en la Atención de los Partos Normal y Cesárea, de las Mujeres atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, en el Periodo Abril a Octubre 2011**

### INFORMACIÓN GENERAL Y ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

**HC. #:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

**ESCOLARIDAD:**

Primaria	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	Superior	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	------------	--------------------------	----------	--------------------------

**PARIDAD:**

Múltipara	<input type="checkbox"/>	Gran Múltipara	<input type="checkbox"/>	Primípara	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	----------------	--------------------------	-----------	--------------------------

**EDAD GESTACIONAL:** \_\_\_\_\_

### PARTO NORMAL. APLICACIÓN DE NORMA Y PROTOCOLO MATERNO

Manejo de la primera etapa de la labor de parto: DILATACIÓN Y BORRAMIENTO

- DIAGNÓSTICO Y MEDIDAS INICIALES

<u>PASOS Y TAREAS</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>INCOMPLETO</u>
1. Se encuentra completa la Historia Clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Registro de hemoglobina, hematocrito, VDRL, VIH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Evaluación clínica: presión arterial, frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

cardiaca/pulso, frecuencia respiratoria y temperatura.			
4. Evaluación Obstétrica: altura de fondo uterino, cálculo aproximado del tamaño fetal y la edad gestacional.			
5. Maniobras de Leopold para confirmar situación, posición y presentación fetal.			
6. Auscultación de frecuencia cardiaca fetal por un minuto completo.			
7. Frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas.			
8. Tacto Vaginal: dilatación cervical, borramiento cervical, consistencia del cuello, posición del cuello, altura de presentación fetal por planos de Hodge o por Estaciones de DeLee, estado de membranas, eliminación de líquido amniótico, sangrado, tapón mucoso o leucorrea, coloración del líquido amniótico, capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal.			
9. Luego el primer examen repetir el siguiente tacto vaginal cuando sea estrictamente necesario, habitualmente cada 4 horas.			
10. Numerar en secuencia los tactos vaginales realizados, para limitar exámenes excesivos.			
11. Realice el TV antes si: hay ruptura espontánea de membranas, si la embarazada refiere deseo de pujar, antes de administrar analgesia-anestesia o si el juicio clínico lo amerita.			
12. Registro de la etapa y la fase de la labor de parto en la que se encuentra la paciente.			
13. Se realiza rasurado rutinario del área genital.			

- EVALUACIÓN DE LA LABOR DE PARTO Y PARTO NORMAL

<u>PASOS Y TAREAS</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>INCOMPLETO</u>
14. Partograma incluido y llenado de manera estricta.			
15. En el segmento inferior del partograma incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensión arterial: mínimo cada hora durante toda la labor de parto.</li> <li>• Actividad uterina: frecuencia, duración e intensidad durante 10 minutos cada 30 minutos – 60 minutos.</li> <li>• Frecuencia cardiaca fetal por cualquier método, cada 30 minutos durante la fase activa y cada 5 minutos durante el expulsivo.</li> </ul>			
16. En la cuadrícula del partograma se encuentra graficada: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La curva de alerta de dilatación cervical</li> <li>• La curva real de dilatación cervical</li> <li>• Curva de descenso de la presentación fetal</li> </ul>			

Atención de la segunda etapa del parto normal: EXPULSIVO

- EXPULSIÓN DE LA CABEZA

<u>PASOS Y TAREAS</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>INCOMPLETO</u>
17. Se realiza aspirado de boca y nariz, cuando el bebé tiene líquido amniótico meconial.			

Atención de la tercera etapa de la labor de parto: ALUMBRAMIENTO

- MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO.  
ADMINISTRACIÓN DE UTEROTONICO

<u>PASOS Y TAREAS</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>INCOMPLETO</u>
-----------------------	-----------	-----------	-------------------

18. Se administra Oxitocina 10 unidades IM			
19. Si no dispone de Oxitocina, se administra engometrina 0.2mg IM, excepto a mujeres con preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vasculares.			

- MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO.  
TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDON UMBILICAL

<u>PASOS Y TAREAS</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>INCOMPLETO</u>
20. Se verifica y examina, que la placenta y las membranas se expulsaron completamente.			

- MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO.  
MASAJE UTERINO.

<u>PASOS Y TAREAS</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>INCOMPLETO</u>
21. Se realiza masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas.			
22. Se repara la episiotomía o los desgarros.			
23. En caso de retención placentaria por más de 30 minutos, con o sin sangrado, realiza la extracción manual de placenta y/o la revisión de la cavidad bajo anestesia general o sedación profunda.			

- TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO

<u>PASOS Y TAREAS</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>INCOMPLETO</u>
24. Antes de quitarse los guantes, elimine los materiales de desecho colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica			

25. Lávese las manos minuciosamente			
26. Registre los procedimientos realizados en Historia Clínica Materno Perinatal del MSP-HCU			



## Anexo No. 2



### UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Área de la Salud Humana  
CARRERA DE MEDICINA

Distinguida usuaria del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora:

Por favor, dar contestación al presente cuestionario, el mismo que permitirá obtener información para el trabajo investigativo sobre: Cumplimiento de la Aplicación de la Norma y Protocolo Materno establecidos por el Ministerio de Salud Pública en la Atención de los Partos Normal y Cesárea, de las Mujeres atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, en el Periodo Abril a Octubre 2011.

1. ¿Fue recibida con calidez en la unidad operativa y explicación sobre el procedimiento que se le iba a realizar, despejando sus inquietudes?

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2. ¿Le brindaron tranquilidad y apoyo emocional continuo?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

3. ¿Contó con el acompañamiento de su pareja o familia en todas las instancias de la labor de parto?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

4. ¿Usó ropa adecuada, como una bata?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

5. ¿Recibió alimentación?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

6. ¿Le permitieron libertad de movimientos?

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

No, ¿por qué? \_\_\_\_\_

7. ¿Fue alentada para que jadee o que dé pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsaba la cabeza del bebé?

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

8. ¿Le colocaron al bebé en el abdomen, mientras lo secaban por completo?

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

9. ¿Recibió estímulo acerca del inicio precoz de la lactancia y alojamiento conjunto?

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

## Anexo No. 3



### UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Área de la Salud Humana

CARRERA DE MEDICINA

Distinguido Profesional de Salud:

Por favor, dar contestación al presente cuestionario, el mismo que permitirá obtener información para el trabajo investigativo, que es un requisito necesario, previo la obtención del grado de Médico General.

Aplicado: Médicos, Internos, Personal de Enfermería. (Si ud. corresponde al personal de enfermería, favor dar contestación de la pregunta 1 a la 8)

1. ¿Ha sido capacitado por el Ministerio de Salud Pública, en la utilización del Manual “Norma y Protocolo Materno” del año 2008?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2. ¿Por qué razón no pone en práctica a cabalidad los pasos y tareas del Manual “Norma y Protocolo Materno del MSP?”

---

---

---

3. ¿Dentro de los pasos y tareas del Manual “Norma y Protocolo Materno del MSP, realiza enema evacuante rutinario?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

4. ¿Coloca venoclisis rutinaria?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

5. ¿Dispone de todos los instrumentos o equipos, para adecuar el entorno para la atención del parto?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

6. ¿Cuenta con los implementos necesarios, para garantizar bioseguridad, tanto para el personal de salud, como para la usuaria?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

7. ¿Explica a la mujer y a la persona que se encuentra con ella, lo que se le va a realizar?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

8. ¿Brinda apoyo emocional continuo y tranquilidad?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

9. ¿Cuándo se está expulsando la cabeza del bebé, coloca suavemente los dedos de una mano contra ésta, para mantenerla flexionada?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

10. ¿Sostiene con delicadeza el perineo a medida que la cabeza del bebé se expulsa?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

11. ¿Realiza episiotomía?

Rutinaria \_\_\_\_\_ Selectiva \_\_\_\_\_

12. Si existe circular de cordón:

- Lo desliza por encima de la cabeza

( )

- Lo pinza dos veces y lo corta, antes de desenrollarlo del cuello

( )

13. ¿Permite que la cabeza del bebé, gire espontáneamente en su movimiento de rotación externa?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

14. ¿Mueve la cabeza del bebé, hacia abajo para extraer el hombro anterior y hacia arriba para extraer el hombro posterior?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

15. ¿Realiza el pinzamiento y corte del cordón umbilical cuando este ha dejado de latir?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

16. ¿Mantiene tensión leve en el cordón umbilical y espera una contracción fuerte del útero (2-3 minutos)?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

17. ¿Al ser expulsada la placenta, la sostiene con las manos y la gira con delicadeza, hasta que las membranas queden torcidas y se expulsen?

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_