



FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 20

BUAP

**“GRADO DE APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE VIGILANCIA Y
MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 20 IMSS,
LA MARGARITA”**

**TESIS DE ESPECIALIDAD PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN:**

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



**PRESENTA:
DRA. ALMA DALIA GUERRERO GUZMÁN**

**ASESOR METODOLÓGICO:
MC. DRA. DOLORES GUILLERMINA MARTÍNEZ MARÍN**

**ASESOR EXPERTO:
DRA. MARÍA ISABEL LOBATÓN PAREDES**

NÚMERO DE REGISTRO NACIONAL SIRELCIS: R-2018-2106-001

PUEBLA, PUEBLA, MÉXICO, NOVIEMBRE DE 2018



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL EN PUEBLA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 20

PULBLA, PUEBLA NOVIEMBRE 2018

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

ASESOR EXPERTO
DRA. MARÍA ISABEL LOBATÓN PAREDES

ASESOR METODOLÓGICO
MC. DRA. DOLORES GUILLERMINA MARTÍNEZ MARÍN

TITULAR DE LA ESPECIALIDAD
DRA. MARÍA ISABEL LOBATÓN PAREDES

DE LA TESIS TITULADA
"GRADO DE APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE VIGILANCIA Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 20 IMSS, LA MARGARITA"

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE
DRA. ALMA DALIA GUERRERO GUZMÁN
DE LA ESPECIALIDAD EN: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

HACER CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTÍFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO
CON

NÚMERO DE REGISTRO NACIONAL SIRELCIS: R-2018-2106-001

AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN

MC. DRA. DOLORES GUILLERMINA MARTÍNEZ MARÍN

DRA. MARÍA ISABEL LOBATÓN PAREDES



Dra. María Isabel Lobatón Paredes
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
Ced. Prof. 4857122
Mat. 99325218



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud **2106** con número de registro **16 CI 21 114 025** ante COFEPRIS y número de registro ante **CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 21 CEI 003 2017082**.
H GRAL ZONA NUM 5

FECHA **Miércoles, 14 de febrero de 2018.**

DRA. MARÍA ISABEL LOBATÓN PAREDES
P R E S E N T E

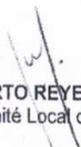
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"Grado de apego a la guía de práctica clínica de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo en pacientes atendidos en el Hospital General de Zona No. 20, "La Margarita" IMSS"

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-2106-001

ATENTAMENTE


DR. JULIO ROBERTO REYES LEYVA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2106

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino, darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades. Por bendecir mi vida con la hermosa oportunidad de estar al lado de las personas que me aman.

A mis padres

Rosa Guzmán Tapia y Rey David Guerrero Chávez por ser los principales promotores de mis sueños, gracias por confiar en mí, por acompañarme, desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida, por cada consejo y por sus palabras que me han guiado y enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada.

A mis hermanas

Eva, Candy, Tatiana, Nazareth, y Alexa, por su apoyo incondicional y por demostrarme la gran fe que tienen en mí.

A mi esposo

Víctor Dionisio Perdomo, por acompañarme en este camino demostrándome su amor infinito así como impulsarme cada día para seguir adelante.

A mi hija

Victoria Dionisio Guerrero tu mirada y sonrisa son los detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo y motivación para nunca rendirme.

A mis asesores

Dra. Dolores Guillermina Martínez Marín por su valiosa guía y asesoramiento en la realización de mi tesis y Dra. Isabel Lobatón Paredes por su disposición y paciencia para la realización de mi tesis.

A mis maestros

Dra. Miriam Cabrera Jiménez y Dr. Arturo García Galia por su ayuda para la realización de mi tesis.

RESUMEN

“GRADO DE APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE VIGILANCIA Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 20 IMSS, LA MARGARITA”.

AUTORES: Lobatón-Paredes MI*- Médico Gineco-Obstetra del Hospital General de Zona No. 20, “La Margarita”, Martínez-Marín DG*- Médico Gineco-Obstetra, Medicina Materno Fetal, Maestra en ciencias del Hospital General de Zona No. 20, “La Margarita”. Guerrero-Guzmán AD*- Residente de cuarto año de la especialidad Ginecología y Obstetricia Adscripción: Hospital General de Zona No. 20, La Margarita”.

INTRODUCCIÓN: La morbimortalidad materna y perinatal son indicadores de la calidad de atención que presenta un hospital. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son propuestas para mejorar la calidad en la atención Médica.

OBJETIVO: Determinar el grado de apego a la GPC de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo en pacientes del HGZ No. 20.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, prospectivo, homodémico y unicéntrico, en el HGZ No. 20, en el periodo Marzo-Junio de 2018, evaluando 200 pacientes, que cumplieron los criterios de inclusión: Pacientes en trabajo de parto con riesgo obstétrico bajo a su ingreso en la unidad de Tococirugía y con resolución del embarazo, se excluyeron pacientes no derechohabientes y con comorbilidad materno-fetal. Se utilizó un instrumento de evaluación ad hoc en base a la GPC con 16 ítems divididos en: valoración inicial, vigilancia y manejo del trabajo de parto, atención del parto en el 2o y 3er periodo y actividades del personal de salud en la atención del 3er periodo del trabajo de parto, realizando un análisis estadístico.

RESULTADOS: La edad materna promedio fue de 26.6 ± 5.3 años y la edad gestacional fue de 39.2 ± 1.2 semanas. El 61.5% de las pacientes fueron primigestas. En el 84% la resolución del embarazo fue por vía vaginal y el 16% fue por vía abdominal. Observando 34 % de apego a la GPC. El apartado con la menor puntuación fue: “VALORACIÓN INICIAL”, mientras que los mejores puntuados se obtuvieron en: “ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN DEL TERCER PERIODO DEL PARTO”. Los ítems individuales con el menor porcentaje de apego fue el ítem 1, (La paciente ingresó con trabajo de parto en fase activa) con el 5.50% de apego; y el ítem con mayor porcentaje de apego fue el ítem 16, (Se vigiló el sangrado, tono uterino, revisión de canal de parto y herida quirúrgica durante el puerperio inmediato a su ingreso a PBR/Hospitalización) con el 99% de apego. La indicación para resolución del embarazo por vía abdominal con mayor puntuado fue inducción fallida con 59.38%.

CONCLUSIÓN: Existe 34% de apego a la GPC de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo en pacientes atendidas en el HGZ No. 20.

ÍNDICE

1. ANTECEDENTES.....	1
2.JUSTIFICACIÓN	17
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
4. HIPOTESIS	20
5.OBJETIVOS.....	21
6.MATERIALES Y MÉTODOS	22
7.LOGISTICA.....	36
8.CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	38
9. ASPECTOS ÉTICOS	39
10. RESULTADOS.....	40
11. DISCUSIÓN	56
12. CONCLUSION.....	67
13. BIBLIOGRAFIA	68
14. ANEXOS	74

1. ANTECEDENTES

1.1 ANTECEDENTES GENERALES.

El crecimiento exponencial que ha tenido la producción científica en investigación clínica y el desarrollo de nuevas tecnologías y medicamentos es un asunto que ha hecho que los profesionales de la salud les sea difícil homologar las intervenciones y procedimientos médico- terapéuticos, ya que algunos han demostrado tener más beneficios para el paciente, mayor eficiencia y menor riesgo para su salud (1,5).

La salud Materno Infantil es uno de los indicadores que se utilizan para medir el nivel de desarrollo de un país, debido a que persigue como objetivo el óptimo estado de salud de la madre, evitando las posibles complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio. (2, 3). El artículo 4to de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos consagra el derecho a la salud para todos los mexicanos, en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 establece objetivos, estrategias y líneas de acción que mediante indicadores reflejen la situación basal y logros esperados, en base al marco conceptual que toma en cuenta el IMSS a través de la Dirección de Prestaciones Médicas contribuye para alcanzar los objetivos planteados por el gobierno federal, con el desarrollo de una propuesta de evaluación y monitoreo basada en procesos de salud-enfermedad prioritarios que afectan a la población derechohabiente (4, 5).

Es así que, dentro de los 10 temas prioritarios, se establece como prioridad número 5 de la lista de evaluación de los procesos, la Atención Materna Integral, fundamentado en donde el embarazo y el parto son eventos fisiológicos que en la mayoría de los casos transcurren sin complicaciones, no obstante, existen condiciones, que de no detectarse a tiempo, incrementan el riesgo de morbilidad de la madre y del recién nacido (2, 3).

Por ello, la atención materna es un tema impostergable para el IMSS, que trabaja para hacer eficiente el proceso de atención técnico-médica para este

grupo vulnerable, en los tres niveles de atención, mediante servicios institucionales de la mejor calidad y la incorporación de indicadores cualitativos y cuantitativos que evalúen los avances, a fin de lograr: (1, 2, 3).

- A. Que las mujeres se embaracen en las mejores condiciones de salud y evitar poner en riesgo su vida.
- B. Atención oportuna y periódica, en caso de embarazo, por considerar que es el momento inicial y fundamental para el desarrollo de una gestación óptima.
- C. Que acudan a la atención obstétrica hospitalaria que comprende la atención de las embarazadas con y sin complicaciones, así como la terminación del embarazo por la mejor vía para evitar riesgos inmediatos, mediatos y a largo plazo para el binomio.
- D. Espaciar el intervalo intergenésico o concluir la fecundidad con métodos anticonceptivos de alta continuidad.

Entre las principales alternativas para disminuir la morbimortalidad materna y perinatal se encuentra la de brindar una atención adecuada y oportuna a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio (4, 6).

Algunos estudios realizados en hospitales muestran que un alto porcentaje de la morbimortalidad materna y perinatal puede ser evitado y se relaciona directamente con la atención médica, ya que está en función directa con la responsabilidad y el compromiso que el médico experimenta al otorgarla, para lo cual es esencial que el clínico no sólo posea los conocimientos científicos y la técnica médica actual, sino que su desempeño esté sustentado en los aspectos normativos de la práctica profesional, con el objetivo de conocer las implicaciones legales en las que puede incurrir al realizar su trabajo. La evaluación en Servicios de Obstetricia, constituye una herramienta de gestión que permite realizar un diagnóstico de la situación y un análisis para determinar cómo se realiza la atención respecto de parámetros definidos y en caso necesario, orienta sobre los

aspectos a mejorar. Además permitirán identificar, si la atención realizada fue técnicamente adecuada, oportuna, segura y accesible, con una utilización eficiente de los recursos y en períodos de tiempo razonables (2, 4, 7, 8).

Así mismo se reconoce la necesidad de que las decisiones que se toman con relación a la administración de los servicios de salud, la práctica clínica y la salud pública se basen cada vez más en la evidencia científica, de manera que los conocimientos derivados de la investigación relevante puedan utilizarse para contribuir a incrementar en la atención médica la seguridad, efectividad y eficiencia (9).

Por lo tanto, es necesario disponer de herramientas que nos permitan acceder a la información adecuada en términos de calidad y actualidad, para contribuir en la mejor toma de decisiones, ya que en condiciones similares, el cuidado de la salud no debiera variar de médico a médico o de lugar a lugar (5, 6, 7).

Las GPC son un elemento de rectoría en la atención médica cuyo objetivo es establecer un referí nacional para favorecer la toma de decisiones clínica y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia posible, para mejorar la práctica médica y promover el uso eficiente de los recursos (5, 6, 7).

En la actualidad se distinguen diferentes tipos de guías de práctica clínica dependiendo del método que sea utilizado para su elaboración: basadas en la opinión de expertos, basadas en consensos, basadas en la evidencia (búsqueda de literatura y síntesis de evidencia), que proporcionan a los profesionales de la salud los siguientes aspectos: fisiopatología, signos y síntomas, diagnósticos diferenciales, métodos diagnósticos, tratamiento, manejo y evolución de la enfermedad. Permitiendo estandarizar procesos de atención en salud, facilitando la medición de resultados y ser aplicables a la realidad institucional (4).

La medicina basada en la evidencia (MBE), pone de manifestó que la

adopción de toda una serie de intervenciones que se han revelado inútiles, inoportunas, inapropiadas y/o innecesarias, ha constituido un grave error en el que se ha incurrido al tratar de mejorar los servicios de salud (10, 11, 12).

Reconociendo que la evidencia es general, las decisiones son de carácter individual enfocadas a una persona en particular, en donde convergen la pericia clínica, el contexto, la variabilidad biológica y los conocimientos (13, 14, 15, 16).

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE VIGILANCIA Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO

El IMSS con el propósito de brindar atención médica con profesionalismo y calidad, ha desarrollado la GPC como estrategia fundamental para mejorar el desempeño integral de las unidades prestadoras de servicios de salud (17).

En la GPC de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo: Evidencias y Recomendaciones del catálogo maestro de GPC IMSS-052-08 en su actualización del 2014 se documenta las recomendaciones como el ingreso de pacientes en fase activa, ya que no hacerlo genera mayor morbilidad por estancias hospitalarias prolongadas y múltiples intervenciones médicas (tactos, uso inadecuado de oxitocina y aumento de operación cesárea) innecesarias que pueden incrementar el riesgo de infecciones y solo son procedimientos rutinarios.

No se trata de limitar el quehacer de los profesionistas, sino establecer lineamientos básicos que contribuyan a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones médicas. En esta GPC se pone a disposición del personal del primer, segundo y tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de: proporcionar atención obstétrica segura y de

confianza para la paciente y su familiar en el parto eutócico, promover el uso de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento científico disponible apegada a la normatividad vigente y al marco de los derechos humanos, promover vigilancia y manejo del trabajo de parto en forma oportuna y eficiente, así como promover estrategias para la reducción de la morbilidad materno-fetal.

Las recomendaciones específicas que marca la GPC son: (17).

- ❖ Atención a la paciente embarazada en fase latente.
 - Evitar hospitalización si no están en fase activa.
 - Explicar a la paciente y familiar de manera clara y sencilla cuándo deberá regresar, así como los signos de alarma obstétrica.
- ❖ Momento para la hospitalización a la paciente embarazada para atención de trabajo de parto en fase activa.
 - Hospitalización de la paciente cuando presente actividad uterina regular (contracciones de 2 a 4 en 10 minutos), acompañadas de dolor abdominal en hipogastrio y cambios cervicales (borramiento cervical >50% a 80% y dilatación de 3 a 4 cm).
 - Realizar historia clínica y documentación en el expediente médico del diagnóstico, plan de manejo, consentimiento de hospitalización, partograma.
 - Vigilancia de actividad uterina, foco fetal, evaluación de la dilatación cervical, pérdidas de líquido vaginal e información de métodos para el control del dolor.
- ❖ Atención a la paciente en fase activa del trabajo de parto (calidez, acompañamiento, líquido orales y parenterales).
 - Favorecer estados emocionales positivos en la mujer embarazada y la parturienta, tratándolas de manera individualizada, con respeto y afecto, asegurando su entendimiento y aprobación de los procedimientos en todo momento.
 - Procurar el acompañamiento psicoafectivo continuo durante todo

el trabajo de parto de acuerdo a las condiciones del servicio.

- No se recomienda el uso rutinario de soluciones IV (intravenosas) durante el trabajo de parto en pacientes de bajo riesgo.
- Evitar el uso de soluciones glucosadas, ya que pueden poner en riesgo a la madre y al recién nacido por el desarrollo de hiponatremia y sus consecuencias.

❖ Indicaciones para conducción de trabajo de parto.

- La inducción y conducción del trabajo de parto normal debe tener indicación médica precisa, no aplicarse en todas las pacientes en forma rutinaria.
- Sí el trabajo de parto no evoluciona normalmente (modificaciones cervicales en 2 hrs) está indicado el manejo activo del mismo, con amniotomía u oxitócicos.
- La oxitocina está indicada en el trabajo de parto estacionario, bajo monitorización continua, en dosis de 2 a 5 miliunidades por minuto.

❖ Uso de enema

- No utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto.
- El enema evacuante durante el trabajo de parto debe realizarse sólo por indicación médica e informando a la paciente.

❖ Tricotomía

- Evitar el rasurado perineal ya que no tiene beneficios y causa molestia, como irritación, enrojecimiento, múltiples rasguños y ardor de la vulva.
- La tricotomía durante el trabajo de parto sólo se realizará en algunos casos por indicación médica e informando a la paciente.

❖ Vaciamiento vesical

- Favorecer siempre la micción espontánea.
- Se recomienda ante la sospecha de retención urinaria, ya que la vejiga vacía favorece el descenso de la presentación en el trabajo

de parto.

- ❖ Utilidad del partograma.
 - Se elaborará a toda mujer que ingresa para atención obstétrica.
- ❖ Dilatación del cérvix y ampliación del periné
 - No está sustentado de manera suficiente recomendar la utilidad de la dilatación manual del cérvix.
- ❖ Utilidad de la monitorización fetal
 - No se recomienda el monitoreo continuo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal en embarazo de bajo riesgo, ya que se incrementa el número de cesáreas y partos instrumentados.
 - Se recomienda la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal con Pinard o Doptone posterior a la contracción uterina cada 30 minutos.
 - La cardiotocografía se reserva para embarazos de riesgo alto o para mujeres con progreso anormal del trabajo de parto, en los casos en que exista dificultad para auscultar el foco fetal y cuando este indicado el uso de oxitocina.
- ❖ Periodicidad de la evaluación del estado fetal y materno en trabajo de parto.
 - Se recomienda la auscultación intermitente, registrando en el partograma, la frecuencia cardíaca fetal y la evolución del trabajo de parto por lo menos cada media hora, hasta el periodo expulsivo.
 - Se realizará tacto vaginal cada 2 horas en la fase activa del trabajo de parto.
 - Proporcionar privacidad, dignidad y comodidad a la mujer, explicándole la razón de realizar la exploración vaginal y sus hallazgos.
- ❖ Utilidad de la movilización en el trabajo de parto.
 - Alentar y ayudar a las mujeres a moverse procurando una posición cómoda de acuerdo a la infraestructura hospitalaria y las

condiciones del servicio, de manera que se garantice la seguridad de la paciente.

- ❖ Procedimientos para el control del dolor en trabajo de parto.
 - Informar y preparar a la mujer embarazada de las causas del dolor durante el trabajo de parto, así como informar las diferentes estrategias medicalizadas y desmedicalizadas para su manejo, ventajas y desventajas.
 - Aportar información acerca de la analgesia obstétrica como método eficaz para el alivio del dolor, así como de sus efectos secundarios.
 - La analgesia obstétrica no se realizará de modo rutinario.
- ❖ Amniotomía.
 - No realizar amniotomía precoz de rutina, se reservará para mujeres con un progreso anormal del trabajo de parto o sospecha de afección de bienestar fetal.
- ❖ Posición en el período expulsivo.
 - Pasar a la paciente a la sala de expulsión cuando se encuentre en el segundo periodo del trabajo de parto (10 cm de dilatación o dilatación completa)
 - Se recomienda que adopten la posición que les sea más cómoda siempre y cuando no exista contraindicación médica fundamentada por escrito y tomando en cuenta las actividades del personal de salud que atiende a la paciente para no afectar los elementos de seguridad e higiene, ni el marco normativo de la atención del parto.
- ❖ Estrategias para la protección del periné en el periodo expulsivo.
 - Uso de compresas calientes y masaje perineal durante el segundo periodo del trabajo de parto, ya que disminuyen el riesgo de desgarros de tercer y cuarto grados, así como la frecuencia del

uso de episiotomía.

- ❖ Uso de la episiotomía
 - No debe practicarse episiotomía de rutina en todos los partos.
 - Se deberá realizar si hay necesidad clínica (parto instrumental, periné corto y/o rígido que afecte el estado fetal).
 - Su indicación debe ser por escrito e informado a la paciente.
 - Antes de llevar a cabo una episiotomía, deberá realizarse una analgesia adecuada.
- ❖ Maniobra de Kristeller.
 - Por falta de beneficios reportados en las evidencias médicas y por el incremento en el riesgo de desgarros perineales y anales, no se recomienda utilizar la maniobra de Kristeller.
- ❖ Momento para pinzamiento del cordón umbilical.
 - Se recomienda pinzamiento tardío del cordón umbilical en el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto (1 a 3 minutos después del nacimiento) o al cese del latido del cordón umbilical.
 - Está contraindicado en casos de asfixia fetal al nacimiento.
- ❖ Actividades del personal de salud en la atención del tercer periodo del parto (alumbramiento).
 - Se recomienda el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto a fin de reducir la hemorragia postparto (uso de agentes uterotónicos, tracción controlada del cordón umbilical, masaje uterino después del descenso placentario).
 - Uso de oxitocina como agente uterotónico de primera elección, la carbetocina es de segunda elección.
- ❖ Revisión de cavidad uterina posterior al alumbramiento y atención del puerperio inmediato.
 - No se recomienda la revisión manual de la cavidad uterina de rutina, debido a que incrementa el riesgo de hemorragia obstétrica,

endometriosis, y dolor en la paciente, solo en casos seleccionados, como sospecha de retención placentaria parcial o completa hemorragia uterina post nacimiento por sospecha de atonía uterina o para masaje uterino.

- Información y autorización de la paciente por escrito.
- Durante el internamiento y antes del alta, se debe orientar a la madre acerca de los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de lactancia materna exclusiva, signos y síntomas de alarma que ameriten atención médica de la madre.
- Todo procedimiento invasivo debe ser registrado en el expediente clínico.
- Revisar el conducto vaginal, así como la presión arterial y frecuencia cardiaca.

❖ Beneficios del apego inmediato y lactancia materna inmediata.

- La lactancia materna exclusiva debe ser facilitada y alentada en el periodo postparto inmediato, apoyando el contacto piel a piel dentro de los primeros 30 minutos de vida del recién nacido.

Evaluar la atención que brindan las instituciones de salud a mujeres gestantes que son un grupo vulnerable es una investigación con un gran reto, sin embargo el lograrlo contribuye a beneficiar la salud de la población, tal es el caso de la investigación realizada en el Hospital Comunitario de Tenosique Tabasco la cual fue de tipo descriptivo, transversal y mixta que tuvo como objetivo ver la calidad en la atención del parto y como poder mejorarla para evitar comorbilidad, donde la población a estudiar fue el total de médicos que trabajan en dicho hospital y que participaron en la atención del parto eutócico, durante el año 2016; para el desarrollo de esta investigación se tomó como referente el programa para evaluar servicios de obstetricia, ginecología y neonatología de Chile 2013, se adaptaron criterios y estándares mediante análisis de normas y guías de práctica

clínica oficiales de atención del parto en México y se tuvo como base teórica la evaluación de la calidad según las postulaciones de Avedis Donabedian. Se obtuvo un instrumento de evaluación de la gestión de la calidad en la atención del parto que cuenta con tres dimensiones: Estructura, Proceso y Resultado. Posterior a su aplicación se pudo concluir que aunque se alcanzó una calidad suficiente en las dimensiones de estructura y proceso, se identificaron inequidades en la disponibilidad y accesibilidad de recursos materiales y humanos. Identificando en la calidad de la atención a las usuarias puntos críticos para favorecer un ambiente emocional positivo, entendimiento y aprobación de los procedimientos (18).

GRADO DE APEGO A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

El término apego se refiere a adherencia, que se define como, la capacidad y disposición del profesional de salud y del paciente, para llegar a un acuerdo y compromiso en relación con las recomendaciones de salud pertinentes basadas en la evidencia científica y práctica (19).

El apego o la adherencia y la correcta implementación a las guías permite analizar la aceptación que tienen los profesionales médicos frente al manejo estandarizado de un proceso patológico o patología, un adecuado apego es el reflejo de un proceso debidamente diseñado, estandarizado y que permite ser medido y de esta medición establecer indicadores de gestión (10).

No obstante, a los grandes beneficios que se conocen sobre la utilización de la guías, se continúan presentando barreras para su implementación en la práctica médica. Para mejorar este proceso es indispensable medir en qué proporción el personal médico aplica los contenidos de las guías, esta medición deberá hacerse a partir de los registros que arroja la práctica diaria de la

medicina. Por lo tanto, el grado de apego a las guías es un excelente indicador para medir el nivel de aceptación por parte del personal médico de las guías adoptadas, esta información se obtiene de calcular el cociente entre casos tratados de una patología que acogieron la guía sobre casos tratados de la patología en total multiplicado por cien. Este indicador nos muestra el porcentaje de casos en que el personal asistencial se está apegando a la guía clínica y nos sirve para evaluar esta misma, este junto a otros indicadores sencillos permitirán la obtención de información necesaria para la toma de decisiones, el objetivo de esta metodología de evaluación es, lograr una retroalimentación que permita el mejoramiento del proceso (9, 10).

RIESGO OBSTÉTRICO

Durante el embarazo, la atención prestada a las mujeres gestantes debe ser coherente con la atención a un proceso fisiológico natural y estar basada en los cuidados para su desarrollo natural, con el uso de la tecnología apropiada y el reconocimiento del importante papel que tiene la propia mujer en la toma de las decisiones que le afectan (7).

El éxito de la atención prenatal reside en la evaluación estrecha a toda mujer en edad reproductiva donde se valore el riesgo reproductivo y obstétrico para permitir acciones preventivas que salvaguarden la vida de la madre y del hijo. La morbilidad obstétrica está relacionada con los eventos que se presentan en la embarazada y que pueden influir negativamente en la salud y el bienestar de madre e hijo (20).

La valoración del riesgo es un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante, por lo tanto, el concepto de embarazo de riesgo, atañe tanto a la madre como a su hijo en desarrollo. Se define como

embarazo de bajo riesgo, aquel carente de antecedentes patológicos de la madre que signifiquen incremento del riesgo obstétrico o evidencia clínica de complicación menor o mayor del embarazo, el embarazo de alto riesgo es aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto (21).

Un índice de riesgo es un instrumento clínico que nos permite, en función de las características de la gestante, predecir sus problemas futuros y, en consecuencia, decidir nuestro plan de cuidados, calificar el riesgo de un embarazo presupone que el instrumento usado para ello es lo suficientemente válido para detectar verdaderos positivos y verdaderos negativos (8).

1.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Nagpal et al. refiere que en los estudios de países desarrollados informan una menor prevalencia de prácticas desactualizadas y menor tasa de intervenciones médicas, obteniendo mejores resultados obstétricos, solo el 9.2% de las mujeres en el National Maternity Hospital de Irlanda se les realiza afeitado del vello púbico, cateterismo urinario y el enema habitual. La desviación generalizada de las directrices basadas en la evidencia es motivo de preocupación por varias razones, principalmente la morbilidad materna y neonatal evitable. Las intervenciones médicas deben llevarse a cabo solo cuando se indique, y se sabe que su uso indiscriminado aumenta los falsos positivos. Esto implica que las altas tasas de monitorización fetal electrónica pueden estar contribuyendo a la alta tasa de cesáreas, lo que a su vez generará un aumento de las complicaciones relacionadas a corto y largo plazo (22).

Una problemática destacada por Bartlett et al., es que la confusión sobre

las definiciones y las pautas es una barrera para la implementación óptima del manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto.

Estudios realizados en Colombia, Ghana y la República Unida de Tanzania han llegado a la conclusión de que la falta de uniformidad en las definiciones puede contribuir a la creación de barreras para la difusión efectiva del conocimiento, la capacitación constante y la aplicación de directrices clínicas en la práctica promueve mejores resultados obstétricos, evitando sus complicaciones.

Una intervención multifactorial utilizando pautas claras de prestación de servicios, revisiones periódicas podría mejorar los resultados.

El desarrollo de normas y directrices apropiadas y auditorías clínicas promueve una llamada cultura de calidad (23).

Schorn et al. en una revisión de la literatura estadounidense de 1998 a 2013 evidenció que los obstetras reportan la realización todo el tiempo de: extracción manual de la placenta inmediatamente después del nacimiento del neonato. Así mismo el pinzamiento inmediato del cordón umbilical, sin reportar los tiempos en que se realiza esto (24).

En un estudio realizado con 60 mujeres en trabajo de parto realizado en el National Maternity Hospital de Irlanda describe que el 100% de los asistentes del parto utilizaron al menos uno de los componentes del manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto de la siguiente manera; 8.3% utilizó un componente, 27% utilizó dos componentes, 33% utilizó tres componentes, mientras que 31.5% utilizó los cuatro componentes del manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto.

La tracción controlada del cordón fue el componente más utilizado con 96.5% de los obstetras utilizándolo. El masaje uterino después de cada 15 minutos durante

1 a 2 horas (masaje posterior) fue el componente menos utilizado con solo el 33.1%.

La administración de oxitocina y la tracción controlada del cordón fueron los componentes más utilizados del manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto.

Esto se explica por el hecho de que estos dos componentes se encontraban en las pautas anteriores de manejo de la tercera etapa del trabajo de parto.

La administración de oxitocina y la tracción controlada del cordón umbilical también toman menos tiempo para realizarse y son procedimientos únicos, a diferencia del masaje uterino después de cada 15 minutos durante 2 horas, que fue el componente menos reañizado.

Un estudio cualitativo realizado para evaluar los factores que influyen en el cumplimiento en los procedimientos estándar identificó los "procedimientos lentos" como razones detrás del incumplimiento (25).

En el estudio observacional realizado por Miranda et al. de prácticas obstetras durante la tercera etapa del trabajo de parto, se encontró no apego a lo recomendado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) / Confederación Internacional de Matronas (ICM) y OMS.

Este hallazgo es consistente con informes anteriores y es preocupante por ser una práctica que se ha recomendado a nivel mundial para reducir las complicaciones del parto, pero que se ha demostrado consistentemente que no se implementa en la práctica.

En una encuesta desarrollada por Oladapo et al. para evaluar las políticas de pinzamiento del cordón umbilical en 14 países europeos mostró diferencias considerables en el momento del pinzamiento: 66-90% de las unidades de maternidad en 9 países tenían políticas de pinzamiento y corte inmediatamente después del nacimiento, en comparación con solo 15-25% en los otros 5 países,

donde el 65-74% de las unidades de maternidad tenían políticas del pinzamiento retrasado del cordón umbilical (≥ 1 minuto después del nacimiento) (26).

Schorn et al. realizó un estudio comparativo que incluyó 15 centros obstétricos de EE. UU., 11 de los centros participantes en el estudio de Schorn et al. informaron un mayor uso de oxitocina (mediana del 90% de los nacimientos) que los hospitales de EE. UU. Por el contrario, Schorn et al. reporta una variación significativa en el uso típico de la tracción controlada del cordón, similar a los hallazgos de Festin.

Farrar et al. refiere que la oxitocina intramuscular también es recomendada por el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE), el tiempo de administración de un fármaco uterotónico profiláctico en el parto vaginal varía, administrar el medicamento uterotónico con el parto del hombro anterior es la política habitual para dos tercios de las unidades de maternidad del Reino Unido. (28)

La práctica obstétrica debe ser en función de las características de la gestante para predecir problemas futuros y decidir plan de cuidados (8).

2. JUSTIFICACIÓN

La guía de práctica clínica es una fuente importante de recomendaciones, análisis y evaluaciones para mejorar la atención obstétrica, que promueven un modelo de bienestar en los cuidados para la maternidad y el mejoramiento de los resultados del parto, llegando a acciones establecidas en la iniciativa de Atención Amigable a la Madre, la investigación científica es un proceso que tiene como fin resolver problemas de vacío de conocimiento, garantizando la producción de conocimiento, o bien alternativas de solución, esto es de donde surge nuestra investigación, ya que dentro de los servicios de salud, y específicamente dentro de la Delegación Puebla, no hay datos de investigaciones similares a la propuesta por este trabajo, no se cuenta con datos de evaluaciones en cuanto al grado de apego a la normatividad de la GPC específicamente de vigilancia y manejo de trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo existente para la atención de los derechohabientes del HGZ No. 20 “La Margarita” IMSS, Puebla; es por esto que se considera que el presente estudio aportará datos importantes para conocer este proceso de atención, así como identificar áreas de mejora en los procesos de atención a la mujer en el trabajo de parto, ya que la muerte materna, en la actualidad, es un grave problema de Salud Pública, por lo que se ha incluido dentro de los objetivos del milenio, en donde México, adquirió el compromiso de reducir la muerte materna en tres cuartas partes.

Trascendencia: Actualmente la sociedad demanda más servicios que garanticen que el parto que es un evento fisiológico y trascendental tenga como objetivo que este culmine con el nacimiento exitoso de un recién nacido sano y una madre sana de aquí la trascendencia que tiene el apego a la normatividad existente para la atención de la mujer en el trabajo de parto, el apego a estándares y lineamientos de atención pueden contribuir en la detección oportuna de complicaciones que conducen a la muerte materna o fetal, así

como a la atención adecuada de los casos de urgencia, sin dejar de lado la trascendencia a nivel familiar y social que trae consigo una muerte materna o fetal. Es importante mencionar también la trascendencia que puede tener la evaluación en la vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo como punto de partida para emprender modificaciones que permitan implementar acciones de mejora.

Vulnerabilidad: Desde el punto de vista en el que esta investigación plantea la problemática del apego a la normatividad en el proceso de atención de la mujer durante el trabajo de parto, se considera que éste es un problema que puede ser modificable favorablemente, ya que los programas de calidad médica plantean que la estandarización de procesos de atención médica, aseguran la mínima calidad requerida, con lo que se logra mejorar el resultado final de la atención, en este caso la disminución de la morbimortalidad, es posible evitar si se logran identificar los fallos en los procesos de atención. Dentro de los modelos de evaluación en la atención médica, una parte importante y difícil, es involucrar a todo el personal en la organización en esta nueva filosofía de evaluación; sin embargo, la implementación de estos modelos en forma más frecuente en la actualidad dentro de los servicios de salud, y de acuerdo a las demandas que la población exige, garantiza que el cambio en la actitud hacia la evaluación por parte del personal puede ser posible, llevando implícito en este caso el apego a los lineamientos específicos, que se marca para realizar cada proceso, así como su propia evaluación a este apego en los procesos como base para la mejora continua.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad se ha establecido que en muchos hospitales gubernamentales y privados, no se cuenta con capacitación y herramientas necesarias para la práctica de la Atención Amigable a la Madre, para facilitar la participación de las mujeres en su parto y apoyar las iniciativas de mejora en los servicios obstétricos. Las guías de práctica clínica son de ayuda invaluable, entre otros beneficios, auxilian al profesional a tomar mejores decisiones; en el sistema de salud, proveen líneas encaminadas a la atención médica, ya que en la provisión de la atención médica confluyen factores del paciente, del médico y del entorno social, físico y organizativo; esta interacción puede resultar en variabilidad de la práctica clínica y en su nivel de calidad, resultados en salud y costos. Los patrones culturales y actitudes del paciente, la experiencia, juicios y conocimientos del médico y la disponibilidad de recursos son determinantes en la interacción del paciente y el sistema de atención médica ya que es determinante propiciar la atención obstétrica en forma integral, mediante la participación del equipo multidisciplinario, aumentar su efectividad estimulando acciones que tengan impacto positivo en los resultados materno fetales, lo que favorecerá la mejora en la efectividad y seguridad de la atención médica que constituye el objetivo central y la razón de los servicios de salud. Por lo que surge la siguiente pregunta:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el grado de apego a la guía de práctica clínica de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo en pacientes atendidas en el Hospital General de Zona No.20 IMSS, “La Margarita”?

4. HIPÓTESIS

Existe apego (34%) a la guía de práctica clínica de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo en pacientes atendidas en el Hospital General de Zona N0. 20, “La Margarita”.

5. OBJETIVOS

a. OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de apego a la guía de práctica clínica de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo en pacientes atendidos en el HGZ No. 20 IMSS “La Margarita”.

b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterización obstétrica de las pacientes.

Determinar el grado de apego en la valoración inicial.

Determinar el grado de apego en la vigilancia y manejo del trabajo de parto en servicio de labor.

Determinar el grado de apego en la atención del parto en el segundo y tercer periodo.

Determinar el grado de apego en las actividades del personal de salud en la atención del tercer periodo del parto.

6. MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio de tipo descriptivo, observacional, prospectivo, homodémico y unicéntrico; llevado a cabo en el Servicio de Obstetricia del HGZ No. 20, IMSS Puebla, en el periodo de Marzo a Junio de 2018.

El estudio se realizó en mujeres obstétricas con bajo riesgo que ingresaron al servicio de Tococirugía para resolución de embarazo y que firmaron consentimiento informado. Se excluyeron pacientes no derechohabientes y con comorbilidad materno-fetal.

El muestreo se realizó de manera probabilística por casos consecutivos y se calculó el tamaño de muestra para población finita con un nivel de confianza del 95%, obteniendo una muestra de 200 pacientes.

Las pacientes fueron captadas desde el área de admisión hospitalaria donde se aplicó la tabla de riesgo obstétrico e invito a participar de forma voluntaria en la investigación. Las aceptantes firmaron hoja de consentimiento informado, previo a la explicación sobre el propósito del estudio y confidencialidad de los datos. A las pacientes se aplicó el instrumento de evaluación elaborado *ad hoc*, para el estudio en base a GPC de Vigilancia y Manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo el cual determino el grado de apego, del cual se elaboró una primera versión por los investigadores; tomando como base las recomendaciones de la GPC; para su validez de apariencia y formulación, el instrumento, se sometió a consulta por un comité médico constituido por seis expertos que tienen amplia experiencia y conocimiento en el área, integrado por: dos jefes de servicio del área de Gineco-obstetricia y expertos administrativos, tres ginecólogos operativos como expertos asistenciales y un experto clinimétrico en calidad de atención. El instrumento está constituido de 16 ítems cada uno con tres respuestas (Si, No y No Aplica), divididos en cuatro apartados (Anexo 2): 1.-

Valoración inicial, 2.- Vigilancia y manejo del trabajo de parto en servicio de labor, 3.- Atención del parto: segundo y tercer periodo y 4.- Actividades del personal de salud en la atención del tercer periodo del parto (alumbramiento).

Para otorgar una calificación a las variables del instrumento de medición se consideran dos fases: 1) Fase cualitativa; en la que se evaluará el expediente clínico con base en el principio de “todo o nada” y 2) Fase cuantitativa en la que se establece el grado de apego a la GPC por la determinación del cumplimiento de las recomendaciones descritas en esta. La calificación se otorgó colocando en la celda pertinente a cada ítem “1” en valor numérico para «SI» cuando en el expediente conste como realizada la recomendación sugerida en la GPC, o en caso de no cumplir con la variable o se cumplió parcialmente se colocará “0” en valor numérico para «NO», y cuando la sugerencia recomendada por la GPC no aplique al caso en particular se colocará un valor nulo «NA».

El valor para los siguientes ítems: (1) la paciente ingresó con trabajo de parto fase activa, utilidad del partograma para monitorización de atención y vigilancia del trabajo de parto, (4) se realiza inducción y conducción de trabajo de parto según indicaciones, (14) actividades del personal de salud en la atención del tercer periodo del parto (alumbramiento) y (16) Se vigiló el sangrado, tono uterino, revisión de canal de parto y herida quirúrgica durante el puerperio inmediato a su ingreso a PBR/Hospitalización; corresponderá a un doble valor, es decir, “2” para cuando conste como realizada la recomendación sugerida «SI», “0” en caso de «NO» cumplir con la recomendación y “Nulo” para cuando la sugerencia recomendada no aplique al caso particular «NA». Ya que a juicio de los expertos son los criterios con mayor relevancia para la evaluación, como herramienta de mayor utilidad para la toma de decisiones en la terapéutica a seguir durante el proceso. Se midió el grado de apego en valor porcentual en una escala de medición ordinal, utilizando el método basado en la escala de Likert, quedando de la siguiente manera:

- Muy buen apego de 19 a 21 puntos (76-100%)
- Buen apego de 18 a 17 puntos (54-75%)
- Regular apego de 16 a 15 puntos (38-53%)
- No apego de 14 puntos o menos. (<35%)

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes en trabajo de parto, con riesgo obstétrico catalogado de bajo riesgo a su ingreso en la unidad de Tococirugía.
- Pacientes con resolución del embarazo por vía vaginal o abdominal.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con comorbilidad materna o fetal (Alto riesgo obstétrico).

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pérdida de la información.
- Pacientes que no deseen participar en el estudio.

DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

Muestreo probabilístico por casos consecutivos.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula para estudios descriptivos de tipo cualitativo para una población finita, ya que se conoce el número de unidades de observación que la integran. Con un nivel de confianza al 95% con relación a la media poblacional, es decir que se tiene el 95% de probabilidad de

encontrar el valor verdadero de las variables en la muestra calculada. Como se describe a continuación:

$$n = \frac{NZ\alpha^2pq}{d^2(N - 1) + Z^2pq}$$

Dónde:

Tamaño de Población: N=2400

Nivel de Confianza (95%): $Z\alpha=1.96$ Proporción a favor: $p=0.5$

Proporción en contra: $q=0.95$

Error de precisión: $d=0.05$

Sustituyendo de la siguiente forma:

$$\frac{(2400)1.96^2(.5)(.95)}{.05^2(2400 - 1) + 1.96^2(.5)(.95)}$$

$$n = \frac{2400(3.8416)(.475)}{5.9975 + 3.8416(0.475)}$$

$$n = 187.7 \sim 190 \sim 200$$

n = tamaño de la muestra= 200 expedientes

DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN:

Variable	
Apego	Definición Conceptual: Medición de preferencia estadística referida a la cantidad y magnitud de un conjunto de procedimientos que se pueden emplear para la toma de decisiones en una organización.
	Definición Operacional: Medición de preferencia estadística referida a la cantidad y magnitud de un conjunto de procedimientos que se pueden emplear para la toma de decisiones en cuanto la vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo.
	Tipo de Variable: Cualitativa nominal
	Unidad de Medición: <ul style="list-style-type: none"> • Muy buen apego de 19 a 21 puntos (76- 100%) • Buen apego de 18 a 17 puntos (54-75%) • Regular apego de 16 a 15 puntos (38-53%) • No apego de 14 o menos puntos (< 35%)
Riesgo obstétrico	Definición Conceptual: Estado de vulnerabilidad de la gestante frente a una enfermedad en particular.
	Definición Operacional: Estado de vulnerabilidad de la gestante frente a una enfermedad en particular. Considerándose como alto riesgo obstétrico a las gestantes con antecedentes personales patológicos, ginecológicos y sociales de riesgo y aquellas condiciones y enfermedades médicas que coloquen en riesgo su salud y la del feto.
	Tipo de Variable: Cualitativa nominal
	Unidad de Medición: <ul style="list-style-type: none"> • 1 = Bajo riesgo • 2= Alto riesgo
Edad materna	Definición Conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo
	Definición Operacional: Tiempos transcurrido desde el nacimiento de la madre hasta el momento del embarazo
	Tipo de Variable: Cuantitativa continua
	Unidad de Medición: Años cumplidos

Fecha de ultima regla	Definición Conceptual: Fecha en la cual se presentó el primer día de la última menstruación
	Definición Operacional: Fecha en la cual se presentó el primer día de la última menstruación.
	Tipo de Variable: Cualitativa nominal.
	Unidad de Medición: Día/Mes/Año
Gestas	Definición Conceptual: Número de embarazos.
	Definición Operacional: Número de embarazos al momento del estudio.
	Tipo de Variable: Cuantitativa continúa.
	Unidad de Medición: Número de embarazos.
Partos	Definición Conceptual: Finalización de la gestación, en la cual se expulsan el feto, placenta y membranas por vía vaginal.
	Definición Operacional: Número de fetos expulsados por vía vaginal, previos al estudio.
	Tipo de Variable: Cuantitativa continúa.
	Unidad de Medición: Número de partos.
Cesáreas	Definición Conceptual: Intervención quirúrgica que permite la salida o nacimiento de los productos de la concepción mediante una incisión abdominal y uterina.
	Definición Operacional: Número de incisiones abdominales/uterinas previas en la paciente con el fin de obtener los productos de la gestación.
	Tipo de Variable: Cuantitativa continúa.
	Unidad de Medición: Número de cesáreas.
Abortos	Definición Conceptual: Terminación espontánea o provocada de la gestación, o expulsión del producto de la gestación, antes de la vigésima semana, contando desde el primer día de la última menstruación normal.
	Definición Operacional:

	Número de pérdidas gestacionales antes de la vigésima semana, previos al estudio.
	Tipo de Variable: Cuantitativa continúa.
	Unidad de Medición: Número de abortos.
Edad gestacional	Definición Conceptual: Edad del feto desde el primer día de la última menstruación, establecida en semanas.
	Definición Operacional: Semanas transcurridas desde la fecha de última menstruación hasta el momento de la evaluación.
	Tipo de Variable: Cuantitativa continúa.
	Unidad de Medición: Semanas
Trabajo de parto en fase latente	Definición Conceptual: Desde el inicio del trabajo de parto hasta alcanzar dilatación de 3 cm.
	Definición Operacional: Periodo de tiempo donde hay contracciones irregulares y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta 4cm y que en promedio dura aproximadamente 18 horas en pacientes nulíparas y 12 horas en pacientes multíparas.
	Tipo de Variable: Cualitativa Dicotómica.
	Unidad de Medición: <ul style="list-style-type: none"> • 1= Si • 2= No
Trabajo de parto en fase activa	Definición Conceptual: De 4cm de dilatación hasta dilatación completa.
	Definición Operacional: Contracciones regulares y dilatación progresiva a partir de 4cm en nulíparas con duración de 8 a 18 horas y en multíparas de 5 a 12 horas.
	Tipo de Variable: Cualitativa Dicotómica.
	Unidad de Medición: <ul style="list-style-type: none"> • 1= Si • 2= No
Admisión a labor	Definición Conceptual: Hospitalización de pacientes con actividad uterina regular, acompañadas de dolor en hipogastrio y cambios cervicales.
	Definición Operacional:

	<p>Hospitalización de pacientes con actividad uterina regular (contracción de 2 a 4 en 10 minutos) acompañadas de dolor en hipogastrio y cambios cervicales (Borramiento mayor al 50% y dilatación de 4cm).</p> <p>Tipo de Variable: Cualitativa nominal.</p> <p>Unidad de Medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1= Temprana • 2= Oportuna
Documentación de ingreso	<p>Definición Conceptual: El plan de manejo descrito, donde incluye: Consentimiento Informado de hospitalización, partograma, vigilancia de actividad uterina, foco fetal, dilatación cervical, pérdida de líquidos corporales y plan de atención.</p>
	<p>Definición Operacional: Diagnóstico, plan de manejo, consentimiento de hospitalización, partograma.</p>
	<p>Tipo de Variable: Cualitativa Dicotómica</p>
	<p>Unidad de Medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1= Si • 2= No
Vigilancia del trabajo de parto en el partograma	<p>Definición Conceptual: Herramienta de monitoreo en la atención obstétrica moderna para la buena gestión del trabajo de parto.</p>
	<p>Definición Operacional: Actividad uterina, foco fetal, evaluación de la dilatación cervical, pérdidas de líquido vaginal.</p>
	<p>Tipo de Variable: Cualitativa Dicotómica</p>
	<p>Unidad de Medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1= Si • 2= No
Atención a la paciente en fase activa del trabajo de parto	<p>Definición Conceptual: Decisión del médico-obstetra en la combinación de maniobras de aceleración del trabajo de parto.</p>
	<p>Definición Operacional: Conjunto de procedimientos dirigido a provocar de manera artificial la finalización del embarazo.</p>
	<p>Tipo de Variable: Cualitativa Dicotómica</p>
	<p>Unidad de Medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1= Si • 2= No

Indicaciones de Inducción del trabajo de parto	Definición Conceptual: No son absolutas deben tener en cuenta las condiciones maternas y fetales, la edad gestacional, el estado del cuello uterino y otros factores.
	Definición Operacional: Cuando los beneficios de finalizar la gestación para la madre y el feto sobrepasan los beneficios potenciales de continuarla.
	Tipo de Variable: Cualitativa nominal
	Unidad de Medición: <ul style="list-style-type: none"> • 1= Sí • 2=No
Conducción del trabajo de parto	Definición Conceptual: Proceso por el que se estimula el útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones después del inicio del trabajo de parto.
	Definición Operacional: Estimulación del útero para tratar un trabajo de parto en el que se ha determinado que las contracciones uterinas no están bien coordinadas para dilatar el cérvix.
	Tipo de Variable: Cualitativa Dicotómica.
	Unidad de Medición: <ul style="list-style-type: none"> • 1= Si • 2= No
Indicaciones de conducción del trabajo de parto	Definición Conceptual: Falta de progresión de modificaciones cervicales durante dos horas.
	Definición Operacional: Tratamiento de la prolongación de las etapas del trabajo de parto, con la capacidad de manejar sus posibles efectos adversos, logrando parto vaginal.
	Tipo de Variable: Cualitativa Dicotómica.
	Unidad de Medición: <ul style="list-style-type: none"> • 1= Si • 2= No
Uso de enema	Definición Conceptual: Procedimiento de introducir líquidos en el recto y el colon a través del ano.
	Definición Operacional: Administración de líquidos por el recto para tratar la retención fecal.
	Tipo de Variable:

	<p>Cualitativa Dicotómica.</p> <p>Unidad de Medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1= Si • 2= No
Tricotomía	<p>Definición Conceptual: Es el corte o extracción de bello en la preparación del paciente antes de la cirugía.</p>
	<p>Definición Operacional: Rasurado perineal realizado en la creencia de disminuir el riesgo de infección que era necesario para facilitar la sutura de la episiotomía.</p>
	<p>Tipo de Variable: Cualitativa Dicotómica.</p>
	<p>Unidad de Medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1= Si • 2= No
Vaciamiento vesical	<p>Definición Conceptual: Técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral con fin de establecer vía de drenaje.</p>
	<p>Definición Operacional: Introducción de una sonda a través de la uretra al interior de la vejiga urinaria con fines diagnósticos y terapéuticos.</p>
	<p>Tipo de Variable: Cualitativa Dicotómica.</p>
	<p>Unidad de Medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1= Si • 2= No
Partograma	<p>Definición Conceptual: Método gráfico que transforma la conducta clínica, intuitiva en ciencia predictiva.</p>
	<p>Definición Operacional: Registro objetivo y sistematizado del trabajo de parto gráfico para el análisis y la toma de decisiones en la atención de servicios obstétricos.</p>
	<p>Tipo de Variable: Cualitativa Dicotómica.</p>
	<p>Unidad de Medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1= Si • 2= No
Dilatación del cérvix	<p>Definición Conceptual: Diámetro de apertura del cuello uterino medido por exploración vaginal y expresada en centímetros.</p>

	<p>Definición Operacional: Apertura del cuello uterino que comunica el cuerpo del útero con la vagina.</p> <p>Tipo de Variable: Cualitativa Dicotómica</p> <p>Unidad de Medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1= Si • 2= No
Ampliación manual del periné	<p>Definición Conceptual: Técnica manual intraparto de protección del periné para la prevención de desgarros perineales.</p>
	<p>Definición Operacional: Técnica que favorece la expulsión de la cabeza fetal disminuyendo al máximo el riesgo de desgarro vaginal y perineal sin evidencia contundente.</p>
	<p>Tipo de Variable: Cualitativa Dicotómica</p>
	<p>Unidad de Medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1= Si • 2= No
Monitorización fetal	<p>Definición Conceptual: Técnica indolora y no invasiva que se realiza durante el trabajo de parto con objeto de controlar actividad uterina y bienestar fetal intrauterino.</p>
	<p>Definición Operacional: Estudio que permite evaluar el estado de salud fetal mediante el registro grafico de frecuencia cardiaca fetal, motilidad fetal y actividad uterina.</p>
	<p>Tipo de Variable: Cualitativa nominal.</p>
	<p>Unidad de Medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1= Intermitente con Pinard/Doptone. • 2=Continua con tococardiógrafo.
Periodicidad de la evaluación del estado fetal y materno en trabajo de parto	<p>Definición Conceptual: Verificación y registro de contracción uterina y latido cardiaco fetal entre 30 y 60 minutos.</p>
	<p>Definición Operacional: Auscultación intermitente por lo menos cada media hora de frecuencia cardiaca fetal y evolución del trabajo de parto en el partograma hasta el periodo expulsivo.</p>
	<p>Tipo de Variable: Cualitativa nominal.</p>
	<p>Unidad de Medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 = Cada 15 minutos.

	<ul style="list-style-type: none"> • 2 = Cada 30 minutos. • 3= Cada 60 minutos.
Analgesia obstétrica	Definición Conceptual: Método sencillo para aliviar el dolor y la ansiedad, con una combinación de sedantes y narcóticos.
	Definición Operacional: Se refiere a múltiples técnicas útiles para aliviar el dolor que acompaña al trabajo de parto o procedimiento quirúrgico.
	Tipo de Variable: Cualitativa Dicotómica.
	Unidad de Medición: <ul style="list-style-type: none"> • 1= Si • 2= No
Amniotomía	Definición Conceptual: Es la ruptura artificial de las membranas amnióticas llevada a cabo por medio de la introducción de un instrumento punzante a través de la vagina.
	Definición Operacional: Practica obstétrica para romper de manera artificial e intencionada la bolsa del líquido amniótico con fines diagnóstico terapéuticos.
	Tipo de Variable: Cualitativa Dicotómica.
	Unidad de Medición: <ul style="list-style-type: none"> • 1= Si • 2= No
Protección del Periné en el periodo expulsivo	Definición Conceptual: Serie de maniobras para intentar fruncir el periné posterior cerca de la horquilla vulvar sosteniendo el polo cefálico para evitar deflexión brusca con menor riesgo de desgarro perineal.
	Definición Operacional: Serie de maniobras activas por el médico-obstetra para prevenir trauma perineal.
	Tipo de Variable: Cualitativa nominal.
	Unidad de Medición: <ul style="list-style-type: none"> • 1=Maniobra de Ritgen modificada. • 2=Compresas calientes. • 3=Masaje perineal.
Episiotomía	Definición Conceptual: Es la sección del anillo vulvar y del fascículo puborrectal del musculo elevador del ano.
	Definición Operacional:

	<p>Técnica para prevenir los desgarros perineales graves, así como los trastornos de la estética pélvica, permite abreviar la expulsión fetal y facilita las maniobras obstétricas.</p> <p>Tipo de Variable: Cualitativa Dicotómica.</p> <p>Unidad de Medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1= Si • 2= No
Maniobra de Kristeller	<p>Definición Conceptual: Maniobra que consiste en presionar de modo enérgico con ambos puños el fondo del útero independientemente de la altura de la cabeza fetal.</p> <p>Definición Operacional: Es la aplicación de una fuerte presión manual sobre el costado izquierdo el cuerpo de la parturienta a la altura del fondo del útero sujetando el lado derecho en forma considerable utilizando todo el peso del cuerpo de una persona adulta contra el cuerpo de la parturienta, a fin de lograr la expulsión del bebe.</p> <p>Tipo de Variable: Cualitativa Dicotómica.</p> <p>Unidad de Medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1= Si • 2= No
Pinzamiento del cordón umbilical	<p>Definición Conceptual: Técnica realizada en los primeros 60 segundos tras el parto.</p> <p>Definición Operacional: Oclusión realizada transcurrido al menos un minuto desde el parto o cuando han cesado las pulsaciones del cordón umbilical.</p> <p>Tipo de Variable: Cualitativa nominal.</p> <p>Unidad de Medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1= Inmediato • 2= Tardío
Alumbramiento activo	<p>Definición Conceptual: Tracción controlada del cordón umbilical para favorecer la expulsión precoz de la placenta.</p> <p>Definición Operacional: Maniobras combinadas que consiste en la expulsión de la placenta como aplicación de oxitócicos, tracción controlada del cordón y masaje en fondo uterino.</p> <p>Tipo de Variable: Cualitativa Dicotómica.</p> <p>Unidad de Medición: 1= Si</p>

	2= No
Revisión de cavidad uterina posterior al alumbramiento	Definición Conceptual: Práctica médica que consiste en exploración manual de cavidad uterina en el post- alumbramiento Inmediato.
	Definición Operacional: Exploración manual o instrumentada de la cavidad uterina realizada con fin de detectar la presencia de restos placentarios, membranas ovulares y soluciones de continuidad de las paredes uterinas.
	Tipo de Variable: Cualitativa Dicotómica.
	Unidad de Medición: 1= Si 2= No

ANÁLISIS DE DATOS

La información se concentró en una base de datos del programa Excel y se analizó con el software analítico SPSS versión 25. Se realizó estadística descriptiva, para variables categóricas se utilizaron porcentajes y para variables ordinales y dimensionales se hizo el cálculo de media y desviación estándar.

7. LOGISTICA

RECURSOS HUMANOS

- Un investigador metodológico:

Mc. Dra. Dolores Guillermina Martínez Marín.

Medico Gineco-Obstetra y Maestra en ciencias, Delegación IMSS Puebla.

- Un investigador clínico:

Dra. María Isabel Lobatón Paredes

Medico Gineco-Obstetra. HGZ No. 20 IMSS.

- Un Residente de ginecología y obstetricia:

Dra. Alma Dalia Guerrero Guzmán

Residente de cuarto año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia del HGZ No. 20.

RECURSOS MATERIALES:

- Expedientes clínicos.
- Computadora.
- Hojas papel bond.
- Memoria USB.

- Impresora Lexmark X3650.
- Bolígrafos Negros.
- Marca textos fluorescentes.
- Engrapadora.
- Paquete de Clips.
- Paquete de post-it.

RECURSOS FINANCIEROS

Para la realización de este trabajo de investigación se emplean recursos del propio investigador.

8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TIEMPO A PARTIR DE LA AUTORIZACIÓN DEL PROTOCOLO										
ACTIVIDADES	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Revisión y autorización del protocolo de Investigación por parte del comité de investigación.										
Revisión de expedientes.										
Recopilación de Datos										
Análisis y procesamiento de la información.										
Redacción de tesis.										
Presentación de tesis.										

9. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio fue aprobado por el Comité Local de investigación en salud obteniendo su autorización y registro.

Se guardó la confidencialidad de los nombres de los médicos y pacientes. Se dio a conocer el proyecto, el instrumento a aplicar y su finalidad, así como el tiempo estimado que se requiere para la recolección de datos, horarios, estancia en el hospital y se respetaron cabalmente los principios contenidos en los siguientes códigos:

Reglamento de la ley General de Salud: De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, para la salud, títulos del primero al sexto y noveno 1987.

Norma Técnica No. 313 para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las instituciones de atención a la salud.

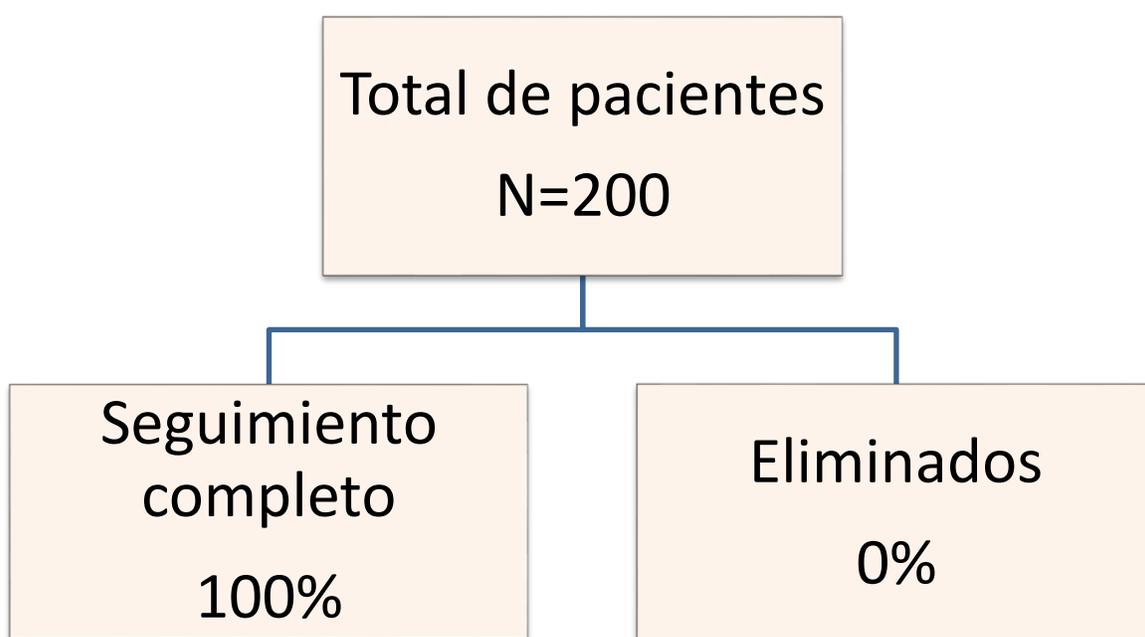
Reglamento federal: título 45, sección 46 y que tiene consistencia con las buenas prácticas clínicas.

Declaración de Helsinki: Principios éticos en las investigaciones médicas en seres humanos, con última revisión Brasil 2013.

Principios éticos que tienen su origen en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, titulado: "Todos los sujetos en estudio firmarán el consentimiento informado acerca de los alcances del estudio y la autorización para usar los datos obtenidos en presentaciones y publicaciones científicas, manteniendo el anonimato de los participantes".

10. RESULTADOS

El presente estudio de investigación se llevó a cabo en el periodo de Marzo-Junio del 2018, en el Hospital General de Zona No. 20, del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en la Ciudad de Puebla, México, se incluyeron un total de 200 pacientes, ninguna paciente fue eliminada del estudio y se les dio seguimiento al 100%.



Se registró la edad de las pacientes, encontrando que el promedio de edad de las pacientes fue de 26.67 años, con un mínimo de 17 años, un máximo de 39 años, y una moda de 24 años; tal como se muestra en la tabla 1.

	Mínimo	Máximo	Moda	Promedio
Edad materna	17	39	24	27

Tabla 1: Estadísticos de edad materna

Se registró la edad gestacional de las pacientes, encontrándose que 3 pacientes presentaron edad gestacional pretérmino (1.50%), 196 pacientes presentaron edad gestacional a término (98%), 1 paciente presentó edad gestacional post-término (0.50%); tal como se muestra en la tabla 2.

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje (%)
Pretérmino	3	1.50
Término	196	98
Post-término	1	0.50
Total	200	100

Tabla 2: Frecuencia de edad gestacional

Se registraron las gestas de las pacientes, encontrándose que el promedio de pacientes primigestas es del 61.5%, secundigestas 11.5% y multigestas fue del 27% tal como se muestra en la tabla 3.

Gestas	Frecuencia N=200	Porcentaje (%)
Primigestas	123	61.5
Secundigestas	23	11.5
Multigestas	54	27

Tabla 3: Frecuencia de gestación

Al registrar el riesgo obstétrico de las pacientes estudiadas, encontramos que 200 pacientes tuvieron riesgo bajo (100 %), y 0 pacientes tuvieron riesgo alto (0 %); tal y como se muestra en la tabla 4.

Riesgo obstétrico	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bajo	200	100
Alto	0	0
Total	200	100

Tabla 4: Frecuencia de riesgo obstétrico

Al registrar la vía de resolución del parto en las pacientes estudiadas, encontramos que 32 pacientes (16%) fueron sometidas a cesárea, y 168 pacientes (84%) tuvieron parto vaginal, tal como se muestra en la tabla 5.

Vía de resolución del parto	Frecuencia	Porcentaje (%)
Cesárea	32	16
Vaginal	168	84
Total	200	100

Tabla 5: Frecuencia de vía de resolución del parto

Al registrar el cumplimiento de trabajo de parto en fase activa en las pacientes estudiadas, encontramos que 11 pacientes tuvieron cumplimiento (5.50%), y 189 pacientes no tuvieron cumplimiento (94.50%); tal y como se muestra en la tabla 6.

Cumplimiento de trabajo de parto en fase activa	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	11	5.50
No	189	94.50
Total	200	100

Tabla 6: Frecuencia de cumplimiento de trabajo de parto en fase activa

Al registrar el cumplimiento del expediente clínico al ingreso de las pacientes estudiadas, encontramos que 197 expedientes tuvieron cumplimiento (98.50%), y 3 expedientes no tuvieron cumplimiento (1.50%); tal y como se muestra en la tabla 7.

Cumplimiento del expediente clínico al ingreso	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	197	98.50
No	3	1.50
Total	200	100

Tabla 7: Frecuencia de cumplimiento del expediente clínico

Al registrar el cumplimiento del partograma en los expedientes de las pacientes estudiadas, encontramos que 106 expedientes tuvieron cumplimiento (53 %), y 94 expedientes no tuvieron cumplimiento (47 %); tal y como se muestra en la tabla 8.

Cumplimiento del partograma	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	106	53
No	94	47
Total	200	100

Tabla 8: Frecuencia de cumplimiento del partograma

Al registrar el cumplimiento de la inducción y conducción en las pacientes estudiadas, encontramos que 139 pacientes tuvieron cumplimiento (69.50%), y 61 pacientes no tuvieron cumplimiento de las indicaciones para esta (30.50%); tal y como se muestra en la tabla 9.

Cumplimiento de la inducción y conducción	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	139	69.50
No	61	30.50
Total	200	100

Tabla 9: Frecuencia de cumplimiento de la inducción y conducción

Al registrar el cumplimiento de la monitorización de la frecuencia cardiaca fetal en las pacientes estudiadas, encontramos que 72 pacientes tuvieron cumplimiento (36 %), y 128 expedientes no tuvieron cumplimiento (64 %); tal y como se muestra en la tabla 10.

Cumplimiento de la monitorización de la frecuencia cardiaca fetal	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	72	36
No	128	64
Total	200	100

Tabla 10: Frecuencia de cumplimiento de la monitorización de la frecuencia cardiaca fetal

Al registrar el cumplimiento del manejo del dolor en las pacientes estudiadas, encontramos que 77 pacientes tuvieron cumplimiento (38.50%), y 123 no tuvieron cumplimiento (61.50%); tal y como se muestra en la tabla 11.

Cumplimiento del manejo del dolor	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	77	38.50
No	123	61.50
Total	200	100

Tabla 11: Frecuencia de cumplimiento del manejo del dolor

A partir de aquí, solo se reporta el cumplimiento a la guía de atención del trabajo de parto en las pacientes con parto vaginal; dado que la atención de las pacientes sometidas a cesárea no sigue los siguientes pasos de atención.

Al registrar el cumplimiento de tricotomía en las pacientes estudiadas, encontramos que 155 pacientes tuvieron cumplimiento (92.26%), y 13 no tuvieron cumplimiento (7.74%); tal y como se muestra en la tabla 12.

Cumplimiento de tricotomía	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	155	92.26
No	13	7.74
Total	168	100

Tabla 12: Frecuencia de cumplimiento de tricotomía

Al registrar el cumplimiento del vaciamiento vesical en las pacientes estudiadas, encontramos que 161 pacientes tuvieron cumplimiento según las especificaciones para realizarla (95.83%), y 7 no tuvieron cumplimiento (4.17%); tal y como se muestra en la tabla 13.

Cumplimiento del vaciamiento vesical	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	161	95.83
No	7	4.17
Total	168	100

Tabla 13: Frecuencia de cumplimiento de vaciamiento vesical

Al registrar el cumplimiento de la aplicación de enema en las pacientes estudiadas, encontramos que 161 pacientes tuvieron cumplimiento de las indicaciones para realizarlo (95.83%), y 7 no tuvieron cumplimiento (4.17%); tal y como se muestra en la tabla 14.

Cumplimiento del enema	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	161	95.83
No	7	4.17
Total	168	100

Tabla 14: Frecuencia de cumplimiento del enema

Al registrar el cumplimiento de la no dilatación del cérvix en las pacientes, encontramos que 160 pacientes tuvieron cumplimiento (95.24%), y 8 no tuvieron cumplimiento (4.76%); tal y como se muestra en la tabla 15.

Cumplimiento de dilatación del cérvix	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	160	95.24
No	8	4.76
Total	168	100

Tabla 15: Frecuencia de cumplimiento de dilatación del cérvix

Al registrar las complicaciones de realizar dilatación del cérvix, en un total de 8 pacientes, encontramos que 7 pacientes tuvieron desgarro cervical (87.5%), y 1 no tuvo complicaciones (12.5%); tal y como se muestra en la tabla 16.

Complicaciones de la dilatación del cérvix (Desgarro cervical)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	7	87.5
No	1	12.5
Total	8	100

Tabla 16: Frecuencia de complicaciones de la dilatación del cérvix

Al registrar el cumplimiento de protección al periné en las pacientes estudiadas, encontramos que 71 pacientes tuvieron cumplimiento (42.26%), y 97 no tuvieron cumplimiento (57.74%); tal y como se muestra en la tabla 17.

Cumplimiento de protección al periné	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	71	42.26
No	97	57.74
Total	168	100

Tabla 17: Frecuencia de cumplimiento de protección al periné

Al registrar el no cumplimiento de protección al periné en las pacientes estudiadas de un total de 97 pacientes, encontramos que 38 pacientes presentaron desgarro perineal de primer grado (39.1%), 34 pacientes presentaron desgarro de segundo grado (35.05%), 9 pacientes presentaron desgarro de tercer grado tipo a (9.27%), 7 pacientes presentaron desgarro de tercer grado tipo b (7.21%), 3 pacientes presentaron desgarro de tercer grado tipo c (3.09%) y 6 pacientes presentaron desgarro de 4 grado (6.18%), tal y como se muestra en la tabla 18.

Frecuencia de complicaciones de la no protección del periné (Desgarro perineal)	Frecuencia		Porcentaje (%)
1	38		39.1
2	34		35.05
3	A	9	9.27
	B	7	7.21
	C	3	3.09
4	6		6.18
Total	97		100

Tabla 18: Frecuencia de complicaciones de la no protección al periné.

Al registrar el cumplimiento de las indicaciones para realizar episiotomía en las pacientes estudiadas, encontramos que 67 pacientes (39.88%) tenían registro de su realización, sin consentimiento informado e indicación para ello, tomándose como no adecuado y 101 expedientes (60.12%) no registraron su realización; tal y como se muestra en la tabla 19.

Cumplimiento de episiotomía	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	101	60.12
No	67	39.88
Total	168	100

Tabla 19: Frecuencia de cumplimiento de episiotomía

Al registrar el cumplimiento de pinzamiento del cordón umbilical en las pacientes estudiadas, encontramos que 62 pacientes tuvieron cumplimiento (36.90%), y 106 no tuvieron cumplimiento (63.10%); tal y como se muestra en la tabla 20.

Cumplimiento de pinzamiento del cordón umbilical	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	62	36.90
No	106	63.10
Total	168	100

Tabla 20: Frecuencia de cumplimiento de pinzamiento del cordón

Al registrar el cumplimiento del manejo activo del alumbramiento en las pacientes estudiadas, encontramos que 165 pacientes tuvieron cumplimiento (98.21%), y 3 no tuvieron cumplimiento (1.79%); tal y como se muestra en la tabla 21.

Cumplimiento del manejo activo del alumbramiento	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	165	98.21
No	3	1.79
Total	168	100

Tabla 21: Frecuencia de cumplimiento de manejo activo del alumbramiento

Al registrar el cumplimiento de la revisión manual de cavidad en las pacientes estudiadas, según indicaciones específicas en GPC encontramos que 37 pacientes (22.02%) no tuvieron registro de su realización y 131 pacientes (77.98%) se realizó sin tener fundamento en las indicaciones precisas para su realización; tal y como se muestra en la tabla 22.

Cumplimiento de revisión manual de cavidad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	131	77.98
No	37	22.02
Total	168	100

Tabla 22: Frecuencia de cumplimiento de revisión manual de cavidad

Al registrar el cumplimiento de vigilancia del puerperio de las pacientes estudiadas, se estudian a la totalidad de las pacientes dado que las que fueron sometidas a cesárea, requieren de vigilancia durante el puerperio; de modo que encontramos que 198 expedientes tuvieron cumplimiento (99 %), y 2 expedientes no tuvieron cumplimiento (1 %); tal y como se muestra en la tabla 23.

Cumplimiento de vigilancia del puerperio	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	198	99
No	2	1.00
Total	200	100

Tabla 23: Frecuencia de cumplimiento de vigilancia del puerperio.

Para una comparación de porcentajes de cumplimiento de los ítems individuales, se hace un concentrado de los respectivos resultados; se observa que los menores puntuados son: “La paciente ingresó con trabajo de parto en fase activa” con el 5.50% de cumplimiento; mientras que el mejor puntuado se obtuvo en: “Se vigiló el sangrado, tono uterino, revisión de canal de parto y herida quirúrgica durante el puerperio inmediato a su ingreso a PBR /Hospitalización” con el 99 % de cumplimiento. Como se aprecia en la tabla 24.

Calificación del apartado	Ítem	Porcentaje de cumplimiento (%)
“VALORACIÓN INICIAL”	1.-La paciente ingresó con trabajo de parto en fase activa:	5.50
	2.- Expediente clínico documentar:	98.50
“VIGILANCIA Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO EN SERVICIO DE LABOR”	3.- Utilidad del partograma para monitorización de atención y vigilancia del trabajo de parto:	53
	4.- Se realiza inducción y conducción de trabajo de parto según indicaciones	69.50
	5.-Monitorización electrónica de FCF intraparto solo en:	36
	6.- Procedimientos para el control del dolor en trabajo de parto:	38.50
“ATENCIÓN DEL PARTO: SEGUNDO Y TERCER PERIODO”	7.- No realizar Tricotomía	92.26
	8.- No realizar vaciamiento vesical excepto ante sospecha retención urinaria	95.83
	9.- No realizar enema excepto ante ámpula rectal llena	95.83
	10.- No realizar Dilatación del cérvix y ampliación del periné	95.24

“	11.- Estrategias para la protección del periné en el periodo expulsivo	42.26
	12.- Uso de la episiotomía debe ser:	60.12
	13.- Momento para pinzamiento del cordón umbilical	36.90
“ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN DEL TERCER PERIODO DEL PARTO (ALUMBRAMIENTO)”	14.- Manejo activo del alumbramiento:	98.21
	15.- Revisión manual de cavidad solo en caso de:	22.02
	16.- Se vigiló el sangrado, tono uterino, revisión de canal de parto y herida quirúrgica durante el puerperio inmediato a su ingreso a PBR/Hospitalización	99

Cuadro 24: Grado de apego por ítems del instrumento de estudio

Al categorizar los puntajes totales del instrumento, de acuerdo a los puntos de corte establecidos previamente, hallamos que no hay apego en 64 de las pacientes (32 %), apego regular en 68 pacientes (34 %), apego bueno en 62 pacientes (31 %), y apego muy bueno en 6 pacientes (3 %); tal y como se muestra en la tabla 25.

Grado de apego a la GPC	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sin apego	64	32
Regular	68	34
Bueno	62	31
Muy bueno	6	3
Total	200	100

Tabla 25: Frecuencia de grado de apego a la GPC

Al registrar el motivo de ingreso en las pacientes sometidas a cesárea, hallamos que el 93.75% de las pacientes con cesárea ingresaron por trabajo de parto en fase latente; tal y como se muestra en la tabla 26.

Motivo de ingreso de pacientes sometidas a cesárea	Frecuencia	Porcentaje (%)
Trabajo de parto en fase latente	30	93.75
Trabajo de parto en fase activa	2	6.25
Total	32	100

Tabla 26: Frecuencia de motivo de ingreso de pacientes sometidas a cesárea

Al registrar la indicación de la cesárea, hallamos que el 59.38% de las pacientes con cesárea la indicación para su realización fue inducción fallida; tal y como se muestra en la tabla 27.

Indicación de la cesárea	Frecuencia	Porcentaje (%)
Inducción fallida	19	59.38
Distocia de contracción	10	31.25
Expulsivo prolongado	3	9.38
Total	32	100

Tabla 27: Frecuencia de indicación de la cesárea

A fin de dicotomizar el apego a la guía de práctica clínica, se colapsaron las categorías “sin apego” y “regular” en no apego a la guía de práctica clínica, y las categorías de “bueno” y “muy bueno” en apego a la guía de práctica clínica. Hallándose de tal modo que el apego a la guía existió en 68 pacientes (34 %), y que no hubo apego a la guía en 132 pacientes (66 %); tal y como se muestra en la tabla 28.

Apego a la GPC	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	68	34
No	132	66
Total	200	100

Tabla 28: Frecuencia de apego a la GPC

11. DISCUSIÓN

La evaluación del cambio a lo largo del tiempo en el uso de intervenciones obstétricas durante el trabajo de parto y el parto es compleja porque pocos factores, o ninguno, operan de manera aislada. La tendencia de las intervenciones obstétricas de acumularse, con una intervención que aumenta la probabilidad de otra, se ha documentado previamente. Sin embargo, el monitoreo de las tendencias en la práctica brinda la oportunidad de considerar si los cambios observados van en una dirección que logrará los mejores resultados para las madres e hijos.

Con el fin de evaluar las intervenciones aplicadas a las pacientes atendidas en nuestra institución, se planteó el presente trabajo de investigación, el cual pretende ser la base del conocimiento de la atención a la gestante en trabajo de parto y además, sentar la base para la mejora continua y la evaluación de las intervenciones a estas pacientes.

Los resultados obtenidos por cada ítem del instrumento de evaluación del apego a la guía de práctica clínica de atención a la gestante en trabajo de parto se reportó como:

I. VALORACIÓN INICIAL

Ingreso de la paciente con trabajo de parto en fase activa

Los hallazgos encontrados sugieren que el cumplimiento del ingreso de la paciente con trabajo de parto en fase activa se cumplió de manera inadecuada ya que solo el 5.50% de las pacientes cumplió con esta indicación. La posible explicación se puede dar en el hecho de un desconocimiento de las condiciones que debe presentar la gestante para ser admitida al área de hospitalización o a que aunque exista el conocimiento, no exista la pericia del personal para determinar la existencia o no de las condiciones clínicas que justifiquen el ingreso de la paciente. Siendo una parte angular de la atención a la paciente en trabajo de parto. Resulta alarmante el hecho de que el personal de atención del servicio de obstetricia de

nuestra institución no identifique adecuadamente a la paciente en fase activa del trabajo de parto. No se encontraron estudios que evaluaran específicamente el grado de apego al ingreso de la paciente en fase activa del trabajo de parto, la literatura existente se limita a guías de actuación clínica que resaltan las condiciones que deben presentar las pacientes para ser ingresadas, de modo que existe uniformidad de criterios en este rubro.

Expediente clínico

El cumplimiento en el llenado del expediente clínico al ingreso se sugiere adecuado, siendo el 98.50% de expedientes llenados de manera adecuada de acuerdo a los parámetros de: Historia clínica, diagnóstico de ingreso con plan de manejo, consentimiento de hospitalización, partograma. La explicación posible es un conocimiento adecuado, desde las etapas de formación de pregrado, de la importancia del llenado del expediente clínico. Los resultados de la presente investigación de cumplimiento son mayores que lo reportado por Eden et al. quien consideró críticas cuatro cuestiones para las mujeres que presentan síntomas de trabajo de parto que deben ser registradas en el expediente clínico: presencia o ausencia de contracciones, estado de la membrana / pérdida de líquido, sangrado y movimiento fetal.

II. VIGILANCIA Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO EN SERVICIO DE LABOR

Utilidad del partograma para monitorización de atención y vigilancia del trabajo de parto.

El partograma se sugirió adecuado en el 53.00% de expedientes estudiados; dado que es un componente crítico de la evaluación de la atención y evolución del trabajo de parto, evaluando: Vigilancia de actividad uterina cada 30 o 60 minutos como máximo, evaluación del feto fetal cada 30 o 60 minutos como máximo, y vigilancia de la dilatación cervical con la realización de tacto vaginal cada 2 horas o antes de la presencia de complicaciones, tal como lo analizó Sousa et al. quien reportó que

en Brasil, el uso del partograma en los expedientes clínicos fue solo del 28.5% y en el 13% de los casos no hubo ninguna nota, porcentajes menores al mostrado en la presente investigación.

Se realiza inducción y conducción de trabajo de parto según indicaciones

El cumplimiento de la inducción y conducción del trabajo de parto según indicaciones fue del 69.50% de las pacientes. Una explicación posible radica en el hecho de que las indicaciones para la inducción del trabajo de parto no son absolutas, sino que deben tener en cuenta las condiciones maternas y fetales, la edad gestacional, el estado del cuello uterino y otros factores. Esta falta de uniformidad en criterios absolutos da un margen de maniobra que varía de institución a institución, que ocasiona que las prácticas de un hospital, puedan no ser adecuadas para otra institución. En el estudio de Monguilhott et al., la mitad de las mujeres recibió al menos una de dos intervenciones (oxitocina, amniotomía), aunque no hubo pruebas suficientes para justificar estas prácticas. Además de los riesgos asociados con el uso liberal de oxitocina para la corrección de la dinámica durante el parto, incluidos el agotamiento materno, la hiperestimulación uterina, la rotura del útero o la placenta y el sufrimiento fetal, la infusión intravenosa continua también limita la libertad de movimiento de las mujeres, lo que puede prolongar la duración del parto. Al analizar los resultados, encontramos que el 30.50% de las pacientes con una inducción y conducción no adecuada, el 16% de ellas, la resolución del embarazo fue por vía abdominal, tomando en cuenta que se trata de pacientes de bajo riesgo obstétrico, este incremento es un indicador indirecto de las condiciones precarias de la atención al trabajo de parto, añadiendo que no existen instalaciones adecuadas para conducir un parto vaginal, de modo que la opción más rápida, más no la más adecuada, es el uso sistemático de las cesáreas como un intento de reducir el tiempo que se encuentra la paciente en el servicio de labor. Este porcentaje de cesáreas es similar al reporte de Litorp et al. quien refiere que la tasa total de cesáreas aumentó del 16.5% durante el primer período de tiempo (año 2009 a 2011) al 49% en el último período de tiempo (2012 a 2016). Durante todo el período de estudio, la tasa de cesáreas fue del 46% entre las pacientes de

hospitales privados y del 29% entre las pacientes de hospitales públicos.

Al analizar el motivo de ingreso de las pacientes sometidas a cesárea, se encontró que el 93.75% de pacientes sometidas a cesárea su ingreso fue por trabajo de parto en fase latente; además, la indicación más frecuente para la realización de la cesárea fue la inducción fallida en el 59.38%. Lo cual es controversial con la descripción de Freyermuth et al. quien recapitula que durante la primera mitad del siglo XX, las cesáreas fueron un procedimiento terapéutico por razones muy precisas: desprendimiento prematuro de la placenta, preeclampsia / eclampsia, prolapso del cordón umbilical y más recientemente la presencia de enfermedades virales maternas: virus de inmunodeficiencia humana y virus del papiloma humano.

Monitorización electrónica de FCF intraparto solo de acuerdo a las indicaciones

Se encontró que la monitorización electrónica de la frecuencia cardiaca fetal intraparto bajo las indicaciones adecuadas fue del 36.00%. Sugiriendo una baja adherencia a este rubro de la guía de atención clínica. Lo cual se puede explicar por la creencia sistemática de que su uso continuo permite una monitorización adecuada; mas, sin embargo, su uso indiscriminado es más bien negativo. Ante tal panorama, Sartwelle et al. reporta que la monitorización electrónica de FCF ha producido sistemáticamente más cesáreas que cualquier otro método de vigilancia fetal. En 1970, la tasa de cesáreas era del 2%. En 2013, del 33%. Gran parte de ese aumento fue impulsado por la obstetricia defensiva: cesáreas en cualquier caso con un patrón cuestionable de monitorización electrónica de FCF. La interpretación de la monitorización electrónica de FCF hoy y en el pasado, incluso entre los expertos, es subjetiva, imposible de estandarizar, poco reproducible y contradictoria; no hay beneficios a largo plazo de la monitorización electrónica de FCF, esta tiene una enorme tasa de falsos positivos. La monitorización electrónica de FCF no predice parálisis cerebral, lesión neurológica neonatal, muerte fetal ni encefalopatía neonatal. A pesar de estas limitaciones, la mayoría de los expertos creen que la monitorización continua de la FCF debe considerarse en todas las

situaciones en las que existe un alto riesgo de hipoxia o acidosis fetal, ya sea debido a condiciones de salud materna (como hemorragia vaginal y pirexia materna), crecimiento anormal del feto durante el embarazo, analgesia epidural, líquido amniótico teñido de meconio o la posibilidad de actividad uterina excesiva, como ocurre con el parto inducido o aumentado.

Procedimientos para el control de dolor en trabajo de parto

Se sugiere que el cumplimiento en este rubro fue de 38.50%, aunque se aprecia como bajo porcentaje, la guía de práctica clínica indica que no debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes o anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales, se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la paciente. Por lo cual, un bajo porcentaje de aplicación de analgesia es una práctica adecuada en el manejo del trabajo de parto, pero esto se realiza sin utilización de consentimiento informado, sin dar información acerca de la analgesia y los efectos secundarios.

III. Atención del parto: Segundo y tercer periodo

No realizar tricotomía, no realizar vaciamiento vesical excepto ante la sospecha de retención urinaria, no realizar enema excepto ante ámpula rectal llena, no realizar dilatación del cérvix y ampliación del periné

Se agruparon las categorías dado que se incluyen dentro de maniobras potencialmente dañinas, encontrando que la evitación de tricotomía se realiza en el 92.26%, la evitación del vaciamiento vesical en el 95.83%, la evitación del enema en el 96.00% y la evitación de la dilatación del cérvix en el 95.24% de las pacientes. Resulta un punto de práctica adecuada que en un alto porcentaje sean evitadas estas maniobras innecesarias; más sin embargo se constata que a pesar de no estar recomendadas estas intervenciones de manera rutinaria, se continúe su realización, observando la realización de la dilatación del cérvix en un 4.76%, con presencia de desgarro cervical en 7 pacientes con 87.5%. Esta realización injustificada se puede explicar en el hecho de que son prácticas antiguamente arraigadas en la práctica y

la educación médica. A pesar de no encontrarse estudios que describieran la realización de estas prácticas por separado con los cuales comparar los hallazgos del presente estudio, se ha descrito en la literatura clínica que la tricotomía, el enema, el vaciamiento vesical y demás prácticas invasivas que se realizan en casi la mitad de las mujeres, son prácticas dañinas e ineficaces que deberían desalentarse y eliminarse por no tener un efecto beneficioso significativo y si aumentar las tasas de infección o dehiscencia de la herida perineal así como infecciones neonatales y constituyen maniobras que afectan el desarrollo natural del trabajo de parto.

Estrategias para la protección del periné en el periodo expulsivo

Se encontró que las maniobras para la protección del perineo no se realizaron en el 57.74%, observándose 38 pacientes con desgarro de primer grado, 34 pacientes con desgarro de segundo grado, 9 pacientes con desgarro de tercera grado tipo a, 7 pacientes con desgarro de tercer grado tipo b , 3 pacientes con desgarro de tercer grado tipo c y 6 pacientes con desgarro de 4 grado, traduciéndose a que más de la mitad de las gestantes atendidas en nuestro hospital no reciben maniobras adecuadas para la protección del periné. Esta baja adherencia se explica en el hecho que existe un desconocimiento de las técnicas de protección al perineo durante el trabajo de parto por parte del personal de nuestra institución. La protección perineal manual puede entenderse como el uso de una o dos manos cuando la cabeza fetal está coronando. En 1889, se describieron tres procedimientos principales para apoyar el perineo usando la mano dominante: el soporte perineal central, el método vienés y la maniobra de Ritgen. En el soporte central, la palma de la mano se aplica firmemente al perineo en la línea media, sin trabajo coordinativo mediado por los dedos. En la técnica vienesa, los dedos se colocan a lo largo de la horquilla y la abertura vaginal. En la maniobra de Ritgen, las puntas de cuatro dedos se colocan en el perineo posterior, detrás del ano, y ejecutan una presión hacia adelante sobre la barbilla fetal para extender la cabeza fetal. En algunos países, la práctica de la protección perineal manual de rutina ha caído en desgracia y parece haber desaparecido en los últimos años. Se considera que estas

técnicas reducen el trauma perineal al favorecer el nacimiento de la cabeza fetal.

La Guía del Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE), recomienda la práctica de la protección manual para facilitar el parto vaginal espontáneo. Los hallazgos del presente estudio realizado en el 2014 por East et al. reveló que el 11.8% de los médicos y el 61% de las parteras utilizan sus manos sobre la cabeza fetal / perineo para reducir el riesgo de traumatismo perineal en el momento del parto.

Uso de episiotomía

Respecto a la realización de episiotomía se reporta realizada en el 60.12% sin indicaciones precisa y sin la realización de consentimiento informado. Lo cual sugiere que la realización de la episiotomía no justificada es elevada en este estudio. Este hallazgo se puede explicar por el hecho de una creencia arraigada sin fundamento científico, de que su realización favorece el parto. Idealmente, la tasa de episiotomía no debe exceder el 10%, un objetivo considerado razonable por la OMS. El porcentaje de realización de episiotomía en este estudio es mayor que el reportado por García et al. quien reportó una tasa de realización de episiotomía del 21.2%. Además, la episiotomía de rutina ahora se considera una forma de violencia obstétrica, especialmente cuando se realiza sin un consentimiento informado.

Momento para el pinzamiento del cordón umbilical

El pinzamiento del cordón umbilical se realiza de manera tardía, solo en el 36.90% de las pacientes estudiadas. Se sugiere que este porcentaje resulta alarmantemente bajo, más si se toma en consideración que en los bebés a término, el pinzamiento tardío del cordón umbilical aumenta los niveles de hemoglobina al nacer y mejora las reservas de hierro en los primeros meses de vida, lo que puede tener un efecto favorable en los resultados del desarrollo. De manera similar, la evidencia también apoya el retraso del pinzamiento del cordón umbilical durante al menos 30 a 60 segundos en bebés prematuros, asociándose con importantes beneficios neonatales que incluyen una mejor circulación de la transición, un mejor establecimiento del volumen de glóbulos rojos, una menor necesidad de transfusión

de sangre y una menor incidencia de enterocolitis necrotizante y hemorragia intraventricular. Este resultado se explica por el hecho de que es una práctica que a pesar de las indicaciones claras, se desconoce o no se realiza con la frecuencia adecuada en nuestro hospital debido a carencias en los procesos de atención. No encontramos estudios que estudiaran expresamente el porcentaje en que se realiza el pinzamiento tardío del cordón umbilical, más, sin embargo, la OMS fue la primera en recomendar el pinzamiento tardío del cordón umbilical.

IV. ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN DEL TERCER PERIODO DEL PARTO (ALUMBRAMIENTO)

Manejo activo del alumbramiento

El manejo activo del alumbramiento es una práctica que se llevó a cabo en el 98.21% de las pacientes, sugiriendo que es una de las prácticas mejor arraigadas en el manejo de la paciente obstétrica en nuestro estudio. El motivo de este alto porcentaje de apego en este rubro, resulta del conocimiento generalizado que la administración de oxitocina posterior al nacimiento del hombro anterior del recién nacido, es la principal intervención para reducir la hemorragia post-parto y la primera opción uterotónica, ya que actúa de manera rápida y efectiva con efectos adversos mínimos y puede utilizarse en todas las mujeres. Si no se dispone de oxitocina, se pueden usar otros uterotónicos, como ergometrina, metilergometrina y misoprostol. Sin embargo, considerando que estos medicamentos causan efectos adversos y no son adecuados para mujeres con hipertensión o enfermedad cardíaca, generalmente no se usan para la prevención de la hemorragia post-parto. El resultado de la presente investigación contrasta con el de Prick et al. quien observó una adherencia subóptima a la guía en dos hospitales holandeses. Las tres intervenciones de la guía (administración inicial de 10 UI de oxitocina, el rendimiento de la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino) se realizaron en menos del 50% de los partos vaginales. Además, hubo una adherencia completa de la guía en solo el 5%, incluida la frecuencia correcta para el masaje uterino.

Revisión manual de cavidad solo en indicaciones precisas

Al analizar el cumplimiento de la revisión de cavidad uterino solo en casos con indicación precisa se encontró que esta se realiza de manera rutinaria e inadecuada en el 77.98% de las pacientes. La explicación de la ejecución sin indicaciones precisas radica en que no existe un conocimiento adecuado de la Guía, así como de la concientización de los efectos adversos de su realización rutinaria. Se observa que no existe un consentimiento informado para la revisión de cavidad uterina; así como lo reporta Sachse et al., se debe solicitar consentimiento informado por parte de la mujer para llevar a cabo este procedimiento, explicando de forma clara y precisa las posibles complicaciones de la maniobra, por otra parte siempre deberá estar registrado en el expediente clínico de la paciente, para dar formal cumplimiento a la normativa. Esta situación se considera prioritaria en su correcta ejecución, no obstante, aún continúa siendo una práctica rutinaria ya sea por la necesidad de instruir al personal en formación, la ejecución empírica o demás condiciones que en nuestra realidad hospitalaria determinan su práctica común. En caso de realizar revisión manual uterina se debe anotar en el expediente clínico su indicación, medidas asépticas realizadas y si la paciente contaba con analgesia obstétrica.

Vigilancia del puerperio

El último punto evaluado fue el cumplimiento de la vigilancia del puerperio, lo cual tuvo una adherencia excelente en el 99.00% de las pacientes. Sugiriendo que la práctica de la vigilancia del puerperio es adecuada. Esto se explica en el hecho que existe un conocimiento adecuado, tanto de las consecuencias de su omisión, como de la correcta vigilancia del puerperio.

Fortalezas del estudio

La principal fortaleza del estudio radica en el hecho que se estudió una fuente confiable de información, como lo son las pacientes y los expedientes clínicos, que, a diferencia de solo realizar la entrevista, son un documento médico-legal que por ley debe ser adecuadamente llenado y contener una descripción detallada de las acciones realizadas a la paciente. Otra fortaleza fue la inclusión clara de pacientes con bajo riesgo obstétrico, ya que su inclusión delimita una población que tiene indicaciones claras de atención.

Recomendaciones y perspectivas para estudios futuros

La principal recomendación derivada de la presente investigación es la impartición de capacitaciones o intervenciones educativas continuas y más profundas de la atención del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, especialmente en los rubros de reconocimiento de la paciente con trabajo de parto en fase activa, monitorización de la FCF solo bajo indicaciones adecuadas.

El resto de apartados de la guía de atención del parto merecen una atención para mejorar los indicadores, aunque de manera no tan intensa como con los referidos en el párrafo anterior, si resulta importantísimo elevar los indicadores de la calidad de la atención a la paciente en trabajo de parto.

Además, se propone la adecuación de las instalaciones actuales y la disponibilidad de equipo e instrumental adecuados, con el fin de proporcionar una mejor atención de la gestante en trabajo de parto y de este modo, cumplir con las sugerencias de las guías de práctica clínica.

El presente estudio también hace evidente la necesidad de implementar el uso consistente del consentimiento informado, para los procedimientos invasivos

específicos que se realizan en las pacientes, ya que existe un gran número de intervenciones no justificadas e instrumentalización innecesaria, que puede comprometer el bienestar del binomio madre-hijo.

Cabe resaltar que, aunque no se reporta como tal, existen muchas limitaciones en cuanto a disponibilidad de recursos e infraestructura adecuados para la atención del trabajo de parto. Así mismo, se recalca que, a pesar de esta deficiencia que existe en todos los hospitales de países en vías de desarrollo, el presente estudio nos orienta a que se requiere conocimiento más amplio de la GPC que es un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia para evitar que existan complicaciones en las pacientes embarazadas de bajo riesgo en trabajo de parto, con lo cual nos llevaría a obtener una mejor atención del trabajo de parto.

12. CONCLUSION

Existe 34% de apego a la Guía de Práctica Clínica de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo en pacientes atendidas en el HGZ No. 20.

13. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna 2016. Organización Mundial de la Salud 2016.
- 2.- Principios de la Organización Mundial de la Salud en el Cuidado Perinatal. Lineamientos esenciales en el Cuidado de la Salud Antenatal, Perinatal y del Posparto. Organización Mundial de la Salud, 2012.
- 3.- Ruiz SM, Marques L. La Mortalidad Materna: ¿Por qué difieren las mediciones externas de las cifras de los países? Publicación de las Naciones Unidas, (Serie Población y Desarrollo), 2015; 48.
- 4.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Procedimiento para Otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención 2013. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.
- 5.- Eusko J, Argitalpen Z. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención del Parto Normal. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2012; 1-316.
- 6.- Uranga A, Urman J, Lomuto C, et al. Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia. Ministerio de Salud, 2014; 1-129.
- 7.- Colon LA, Franco LR, Herrerías AE, et al. Guía de Práctica Clínica, Vigilancia y Manejo de Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo. Secretaria de salud, 2014; 1-91.
- 8.- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, Parto y puerperio y del recién nacido, Criterios y procedimientos para la prestación de servicios, 1993. Diario Oficial de la Federación, 1993.
- 9.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual Metodológico de Indicadores Médicos, 2017. Instituto Mexicano del Seguro Social Dirección de Prestaciones Médicas, 2017. 13 - 427.
- 10.- Marracino C. Programa de Indicadores de Calidad de Atención Médica CIPAM. Manual de Indicadores de Calidad 2da. Edición, Buenos Aires: SACAS, 2012.

- 11.- Peña, E. Plan Nacional de Desarrollo. Ciudad de México, 2013.
- 12.- Clara L, Salas L, Luis I, et al. Manual de Atención Embarazo Saludable, Parto y Puerperio Seguros Recién Nacido Sano. Secretaria de Salud 2017; 1-61.
- 13.- Secretaría de Salud. Guía Atención a las Mujeres Durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. Secretaria de salud 2013.
- 14.- García ZE. Humanismo durante la atención del trabajo de parto. CONAMED, 2010; 152- 154.
- 15.- Beatti J, Almada R, Ingilde M. Guía de Práctica Clínica e Inducción de Trabajo de Parto y Parto Normal, División urgencias, Hospital Materno Infantil Ramón Sarda. Revista Del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda 2015; 130 - 139.
16. – Howarth G, Botha D. Amniotomy plus intravenous oxytocin for induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. Institute for Clinical Systems Improvement 2012.
- 17.- López RC. Oxitocina, la hormona que todos utilizan y que pocos conocen. Ginecol Obstet Mex 2014; 472 - 482.
18. – khunpradit S, Lumbiganon, P. Admission tests other than cardiotocography for fetal assessment during labour. Cochrane Database of systematic Reviews 2011.
19. – Lavender T. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. Cochrane Database Syst Review. 2013; 10 - 17.
- 20.- Canessa E, Cañazco R. Anestesia Para el Trabajo de Parto. Revista Médica Clínica Condes 2014; 979 - 985.
- 21.- Mendoza G, Ramírez M, Salazar M, et al. Guía de Práctica Clínica, Prevención y Tratamiento de la Episiotomía Complicada. Secretaria de Salud 2013; 1-40.
- 22.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa de acción específico para el desarrollo de Guías de Práctica Clínica 2012; 17 – 48.
- 23.- Reyes H, Gómez E, Gutiérrez G. Guías de práctica clínica Grado de apego, experiencia internacional y los retos para su implementación 2014; 235-248.

24. - Aguilera S, Soothill P. Control Prenatal. *Revista Médica CONDES* 2014; 880 - 886.
- 25.- Herrera J. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. *Colombia* 2014; 21 – 25.
- 26.- Nagpal J, Sachdeva A, Sengupta R, Bhargava VL, Bhartia A. Widespread non-adherence to evidence-based maternity care guidelines: a population-based cluster randomised household survey. *BJOG* 2015; 122:238–248
- 27.- Bartlett L, Cantor D, Lynam P, Kaur G, Rawlins B, et al. Facility-based active management of the third stage of labour: assessment of quality in six countries in sub-Saharan Africa. *Bull World Health Organ* 2015; 93:759–767
- 28.-Schorn MN, Minnick A, Donaghey B. An Exploration of How Midwives and Physicians Manage the Third Stage of Labor in the United States. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2015; 60(2):187–198
29. - Litorp H, Kidanto HL, Nystrom L, et al. Increasing caesarean section rates among low-risk groups: a panel study classifying deliveries according to Robson at a university hospital in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013; 13:107
30. - Freyermuth M, Muñoz J, Ochoa M. From therapeutic to elective cesarean deliveries: factors associated with the increase in cesarean deliveries in Chiapas. *International Journal for Equity in Health* 2017; 16(88)
31. - CENETEC. Guía de práctica clínica. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México DF: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2014 [consultado 05 Oct 2018]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_EyR.pdf
32. - Eden KB, Messina R, Li H, et al. Examining the value of electronic health records on labor and delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2008; 199(3):307.e1–307.e9.
33. - Sousa AMM, de Souza KV, Rezende EM, et al. Practices in childbirth care in

maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery* 2016; 20(2):324-331

34.- Yisma E, Dessalegn B, Astatkie A, et al. Completion of the modified World Health Organization (WHO) partograph during labour in public health institutions of Addis Ababa, Ethiopia. *Reproductive Health* 2013; 10:23

35. - Monguilhott JJ, Brüggemann OM, Freitas PF, et al. Nascer no Brasil: the presence of a companion favors the use of best practices in delivery care in the South region of Brasil. *Rev Saude Publica* 2018; 52(1)

36. - Sartwelle TP, Johnston JC, Arda B. Perpetuating Myths, Fables, and Fairy Tales: A Half Century of Electronic Fetal Monitoring. *Surg J* 2015; 1:e28–e34

37.- Jansova M, Kalis V, Rusavy Z, et al. Modeling manual perineal protection during vaginal delivery. *International Urogynecology Journal* 2013; 25(1):65–71

38.- Bulchandani S, Watts E, Sucharitha A, et al. Manual perineal support at the time of childbirth: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2015; 122:1157–1165

39. - Garcia E, Aleman A, Cafferata ML, et al. A multifaceted intervention to increase prophylactic oxytocin use during the third stage of labor and to reduce routine episiotomies in Nicaragua. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2014; 127(1):31–34

40. - Amorim I, Katz L, Coutinho I, et al. Selective episiotomy vs. implementation of a non episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reproductive Health* 2014; 11:66

41. - Committee on Obstetric Practice. Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth. *Obstetrics & Gynecology* 2017; 129(1):e5–e10

42. - Raju TNK. Timing of umbilical cord clamping after birth for optimizing placental transfusion. *Current Opinion in Pediatrics* 2013; 25(2):180–187

43. - De Castro P.M., Gomes NCF. Preventing postpartum haemorrhage: active

management of the third stage of labour. *Journal of Clinical Nursing* 2013; 22(23-24):3372–3387

44. - Prick BW, Vos AA, Hop WCJ, et al. The current state of active third stage management to prevent postpartum hemorrhage: a cross-sectional study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2013; 92(11):1277–1283

45.- Sachse M, Calvo O. Indicaciones de la revisión manual de la cavidad uterina durante la tercera etapa de trabajo de parto. Revisión de la evidencia. *Revista CONAMED* 2013; 18(1):31-36

46.- Alvirde O, Rodríguez G. Revisión rutinaria de cavidad uterina Revisión rutinaria de cavidad uterina en el postparto inmediato en el postparto inmediato. *Arch Inv Mat Inf* 2009; I (2):58-63

47.- Camacho AL, Pérez JC. Revisión de cavidad uterina instrumentada gentil frente a la revisión manual y su relación con la hemorragia posparto. *Enfermería Universitaria* 2013; 10(1):21-26

14. ANEXOS

ANEXO 1. TABLA PARA CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO

Número de Expediente:			Fecha de Nacimiento			Calificación TOTAL		
HISTORIA CLÍNICA	PUNTOS	VALOR	EMBARAZO ACTUAL	PUNTOS	VALOR			
EDAD (≤15 AÑOS > 40 AÑOS)	1		PRECLAMPASIA EN EMBARAZO PREVIO	4				
ANALFABETA	0.5		PESO > 80 Kg	2				
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	PUNTOS	VALOR	PESO < 40 Kg	3				
TB PULMONAR	2		TALLA < 1.50 cm	0.5				
DIABETES MELLITUS	3		FUM INCIERTA	0.5				
HAS CRÓNICA	3		SIN INMUNIZACIÓN ANTITETÁNICA	0.5				
CIRUGÍA PÉLVICA/UTERINA	4		GRUPO SANGUÍNEO RH NEGATIVO	6				
ENF. INMUNOLÓGICAS	4		HB < 10 ml/DL	3				
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	PUNTOS	VALOR	VDRL POSITIVO	3				
INFERTILIDAD	2		VIH POSITIVO	6				
PRIMIGESTA O MULTIGESTA	3		IVU	3				
ABORTO PREVIO	2		EMBARAZO MÚLTIPLE	6				
CESÁREA PREVIA	3		EXAMEN CLÍNICO ANORMAL	PUNTOS	VALOR			
2 O MAS CESÁREAS	4		EXPLORACIÓN DE MAMAS ANORMAL	3				
PERIÓDO INTERGÉSICO CORTO	3		EXPLORACIÓN DE PELVIS ANORMAL	6				
ÓBITOS (UNO)	2		EXPLORACIÓN DE CÉRVIX ANORMAL	4				
PÉRDIDA GESTACIONAL RECURRENTE	3		TA > 130/90 mmHg	6				
RN MUERTE EN PRIMER SEMANA DE VIDA	2		ALTURA UTERINA DISCORDANTE	4				
RN CON PESO <2500 g	2		FCF <120 X'	6				
RN CON PESO > 4000 g	2		FCF >160X'	6				

BAJO RIESGO

ALTO RIESGO

**0-6
PUNTOS
> 6
PUNTOS**

Modificación para esta investigación de la hoja de riesgo obstétrico para pacientes con valoración obstétrica de la Secretaría de Salud del Estado de Puebla.

Instrucciones:

1. Anotar nombre completo y fecha de nacimiento del paciente
2. En el cuadro "Historia Clínica", antecedentes Gineco-obstétricos y embarazo actual señalar con una "X" en caso de ser positivos
3. Señalar con una "X" la clasificación en el espacio de bajo o alto riesgo y en el espacio de CALIFICACION en la ficha de identificación el puntaje obtenido

ANEXO 2: Instrumento de evaluación elaborado *ad hoc* para el estudio en base a GPC de Ginecología Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de Bajo Riesgo para el estudio titulado: “Grado de apego a la guía de práctica clínica de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo en pacientes atendidas en el Hospital General de Zona No. 20 IMSS, “La Margarita”.



**Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad Coordinación
Técnica de Excelencia Clínica**

DATOS GENERALES	Delegación/UMAE: Puebla, Puebla		
	Unidad: HGZ No. 20		
	Nombre del paciente:		
	No de seguridad social y agregado médico		
	Edad:		
	Sexo: Femenino		
	Fecha de la evaluación:		
	Diagnóstico(s) Clínico(s):		
	CIE-9 / CIE-10	Cie-10	
	Número del caso evaluado	Caso:	
EVALUACIÓN DE ÍTEMS		Cumple: 1=SI, 0=NO, NA=no Aplica	
EVALUACIÓN FINAL		<ul style="list-style-type: none"> • Muy buen apego de 19 a 21 puntos (76-100%) • Buen apego de 18 a 17 puntos (54-75%) • Regular apego de 16 a 15 puntos (38-53%) • No apego de 14 o menos puntos (<35%) 	
FUM		FPP	
Edad gestacional al ingreso:			
Gestas:	Paras:	Abortos:	Cesáreas:
Riesgo obstétrico :		Bajo:	Alto:
Número de médicos que atendieron a la paciente:			

I. VALORACIÓN INICIAL				
	SI	NO	N/A	2
1.- La paciente ingresó con trabajo de parto en fase activa: ✓ Actividad uterina regular (2 a 4 contracciones en 10 minutos) ✓ Dilatación cervical > o = 4 cm. ✓ Borramiento cervical 50 al 80% NOTA: DEBEN CUMPLIRSE TODAS				
2.- Expediente clínico documentar: ✓ Historia clínica. ✓ Diagnóstico de ingreso con plan de manejo. ✓ Consentimiento de hospitalización. ✓ Partograma: reporte actividad uterina, foco fetal, dilatación cervical, pérdida de líquidos vaginales a su ingreso. ✓ Información de métodos para el control del dolor. NOTA: CON MAS DE TRES ASPECTOS CORRESPONDE A "SI"				
II. VIGILANCIA Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO EN SERVICIO DE LABOR				
	SI	NO	N/A	2
3.- Utilidad del partograma para monitorización de atención y vigilancia del trabajo de parto: ✓ Vigilancia de actividad uterina:30 min/ 60min máximo ✓ Foco fetal: 30 min/60 min máximo ✓ Dilatación cervical: tacto vaginal cada 2 horas o antes de la presencia de complicaciones. NOTA: DEBEN DE CUMPLIRSE TODOS LOS CRITERIOS				
4.- Se realiza inducción y conducción de trabajo de parto según indicaciones ✓ Inducción con índice de Bishop > 0 = 6 puntos ✓ Conducción por Falta de progresión de modificaciones cervicales durante 2 horas, utilizando oxitocina o amniotomía 2 a 5 miliunidades/minuto.				
5.- Monitorización electrónica de FCF intraparto solo en: ✓ Trabajo de parto prolongado ✓ Conducción de trabajo de parto (oxitocina) ✓ Dificultad auscultación de foco fetal				
6.- Procedimientos para el control del dolor en trabajo de parto: ✓ Se le informo el proceso del dolor del trabajo de parto. ✓ Se le informa acerca de la analgesia obstétrica y efectos secundarios, así como realización de consentimiento informado.				
III. ATENCIÓN DEL PARTO : SEGUNDO Y TERCER PERIODO				

	SI	NO	N/A	2
7.- No realizar Tricotomía.				
8.- No realizar vaciamiento vesical excepto ante sospecha retención urinaria				
9.- No realizar enema excepto ante ámpula rectal llena				
10.- No realizar Dilatación del cérvix y ampliación del periné				
11.- Estrategias para la protección del periné en el periodo expulsivo ✓ Uso de compresas calientes y masaje perineal durante el segundo periodo del trabajo de parto: ✓ Maniobra de Ritgen modificado. Objetivo de evitar desgarros perineales				
12.- Uso de la episiotomía debe ser: ✓ Con indicación por escrito. ✓ Con consentimiento informado. Técnica indicada episiotomía media lateral.				
13.- Momento para pinzamiento del cordón umbilical ✓ Pinzamiento tardío (2 minutos después del parto) Contraindicado en asfixia fetal.				
IV. Actividades del personal de salud en la atención del tercer periodo del parto (alumbramiento)				
	SI	NO	N/A	2
14.- Manejo activo del alumbramiento: ✓ Agente uterotónico utilizado: ✓ Oxitocina (10 UI IM o IV después del nacimiento del RN) ✓ Metilergonovina 0.2 mg IM (contraíndica en pacientes hipertensión arterial sistémica, Preclamsia, enfermedad cardíaca). ✓ Carbetocina 100 ug IV				
15.- Revisión manual de cavidad solo en caso de: ✓ Sospecha de retención de restos placentarios ✓ Alumbramiento manual previo. ✓ Sospecha de lesiones corporales uterinas y cesáreas anteriores. ✓ Presencia de hemorragia uterina postparto. ✓ Parto pretérmino ✓ Ruptura de membranas de 6 horas o mayor. ✓ Parto fortuito ✓ Óbito.				
16.- Se vigiló el sangrado, tono uterino, revisión de canal de parto y herida quirúrgica durante el puerperio inmediato a su ingreso a PBR/Hospitalización				

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)

Nombre del estudio:	"Grado de apego a la guía de práctica clínica de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo en pacientes atendidas en el Hospital General de Zona No. 20 IMSS, La Margarita" .
Patrocinador:	No hay patrocinador externo.
Lugar y fecha:	Hospital General de Zona No. 20 IMSS, Puebla, Puebla. Fecha: En el 2018 a partir de la fecha de registro de este protocolo.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>Estimado paciente, se le invita a participar en el estudio de investigación: "Grado de apego a la guía de práctica clínica de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo en pacientes atendidas en el Hospital General de Zona No. 20 IMSS, La Margarita", registrado ante el Comité Local de Ética e Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).</p> <p>Dicho estudio se llevará a cabo en el Hospital General de Zona No 20 (HGZ No. 20) del IMSS, en Puebla y en el Centro de Investigación Biomédica de Oriente, en Metepec, Puebla. El OBJETIVO de la investigación es saber si la atención que se le brinda durante su trabajo de parto es acorde a la normativa que marca la guía de práctica clínica de vigilancia y manejo del trabajo de parto en un embarazo de bajo riesgo; esta es un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y evaluación de los riesgos que se tienen en una enfermedad. Esta información le podría ayudar a los médicos a favorecer la mejora continua de su trabajo e identificar oportunamente alguna complicación en el trabajo de parto y poder tratarla adecuadamente.</p> <p>Al igual que usted, serán invitados a participar 200 pacientes del IMSS con embarazo de bajo riesgo es decir sin alguna enfermedad que complique su embarazo, en donde revisaremos sus expedientes clínicos y observaremos la atención que se le brinda. Usted decidirá de forma voluntaria y sin presión si acepta participar en el estudio. Por favor lea la información que le estamos proporcionando y si tiene alguna pregunta, con gusto le aclararemos dudas.</p>
Procedimientos:	Si usted acepta participar se recabara información mediante una hoja de recolección de datos, la cual incluye los lineamientos de la guía de práctica clínica de los expedientes clínicos de pacientes atendidas en Hospital General de Zona No.20, con resolución del embarazo de bajo riesgo.
Posibles riesgos y molestias por participar:	La Investigación es sin riesgo: ya que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de las pacientes que participan en el estudio. Solo utilizamos información del expediente clínico.
Posibles beneficios que recibirá al participar:	Ud. tendrá la satisfacción de participar en un estudio que puede contribuir a conocer y reforzar las estrategias para la mejora continua de los procesos de atención médica en la institución.
Información sobre resultados y alternativas de	La información es confidencial, y solo se utilizará para este protocolo de estudio y se informará al cuerpo directivo de los resultados, para tomar las acciones o estrategias necesarias de mejora.

tratamiento:

Participación o retiro:

Los expedientes incompletos se retiraran de la investigación.

Privacidad y confidencialidad

Todos los datos recabados en este estudio no llevaran nombre o datos confidenciales de las pacientes. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias no se dará información de la identidad del paciente.

No autorizo que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Si usted tiene preguntas o desea hablar con alguien del equipo, puede comunicarse con alguno de los médicos integrantes del proyecto:

Investigador Responsable:

Dra. María Isabel Lobatón Paredes.
Medico Gineco-obstetra en HGZ No. 20, IMSS, Puebla.
Matricula: 99325218
Teléfono:2223230150
Correo electrónico:dra.isalobaton@gmail.com

Colaboradores:

Dra. Dolores Guillermina Martínez Marín
Medico Gineco-obstetra y Maestra en ciencias Delegación IMSS,
Puebla. Matricula: 10729321
Teléfono: 2483055
Cel. 2224456947
Correo electrónico: dolores.martinez@imss.gob.mx

Dra. Alma Dalia Guerrero Guzmán.
Residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia. Adscrito a
HGZ No. 20, IMSS, Puebla.
Matricula. 99285437.
Correo electrónico: ilad_09@imss.gob.mx Teléfono: 2751070766

Beneficios al término del estudio:

Usted tendrá la satisfacción de participar en un estudio que puede contribuir a conocer y reforzar las estrategias para la mejora continua de los procesos de atención médica en la institución.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse con la investigadora responsable del estudio: Dra. María Isabel Lobatón Paredes, Medico Gineco-obstetra en HGZ No. 20, IMSS, Puebla, Matricula: 99325218, Teléfono:2223230150 y Correo electrónico:dra.isalobaton@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse al Comité de Ética e Investigación en Salud de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4 piso, Bloque B DE LA unidad de congresos, colonia Doctores. CDMX CP 06720. Tel 015556276900 Ext 2123, correo electrónico: comision-etica@imss.com.mx

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Se me ha explicado con claridad en qué consiste el estudio, además he leído el contenido de este formato de consentimiento; se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis dudas han sido aclaradas; consta en esta carta con mi firma mi participación voluntaria.

Nombre y Firma del participante

Le he explicado el estudio de investigación al participante y he contestado todas sus preguntas. Creo que entiende la información descrita en este documento y libremente da su consentimiento a participar en este estudio de investigación.

Nombre y firma de quien recaba el consentimiento

Testigo 1

Nombre y firma

Dirección: _____

Relación con el paciente: _____

Testigo 1

Nombre y firma

Dirección: _____

Relación con el
paciente: _____