

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA; MANAGUA
FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA, MATAGALPA
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBEN DARIO”
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS, TECNOLOGIA Y SALUD**



**SEMINARIO DE GRADUACION PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERIA CON ORIENTACION MATERNO INFANTIL**

TEMA GENERAL

Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo riesgo según Normas y protocolos en áreas de salud del departamento de Matagalpa, II semestre 2016.

TEMA ESPECÍFICO

Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo riesgo según Normas y protocolos en el centro de salud Rubén Darío de Ciudad Darío departamento de Matagalpa, II semestre 2016.

AUTORES:

- ☞ **Br. DENNIS OSMAR ESPINOZA HERRERA**
- ☞ **Br. MAYERLING VANESSA GAITAN RIZO**

TUTORA: MS.C. KARLA MOLINARES

MATAGALPA, FEBRERO 2017

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA; MANAGUA
FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA, MATAGALPA
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBEN DARIO”
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS, TECNOLOGIA Y SALUD**



**SEMINARIO DE GRADUACION PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERIA CON ORIENTACION MATERNO INFANTIL**

TEMA GENERAL

Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo riesgo según Normas y Protocolo en áreas de salud del departamento de Matagalpa, II semestre 2016.

TEMA ESPECÍFICO

Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo riesgo según Normas y Protocolos en el centro de salud Rubén Darío de Ciudad Darío departamento de Matagalpa, II semestre 2016.

AUTORES:

- ☞ **Br. DENNIS OSMAR ESPINOZA HERRERA**
- ☞ **Br. MAYERLING VANESSA GAITAN RIZO**

TUTORA: MS.C. KARLA MOLINARES

MATAGALPA, FEBRERO 2017

DEDICATORIA

Principalmente quiero dedicar este trabajo a:

Dios

Por haberme regalado el don de la vida, por ser mi fortaleza en mis momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de mucho aprendizaje, experiencia, felicidad y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

Mis Padres

Flor de María Herrera y Denis Osmar Espinoza, por estar siempre a mi lado cuando más los necesite, en los buenos y malos momentos de mi vida, por mostrarme a cada instante su apoyo incondicional, el interés para que estudie y me desarrolle completamente en todos los aspectos de mi vida, son y serán el pilar que sustenta mi porvenir.

Mi Familia

La que ocupa un lugar muy especial en mi vida, con su generosidad desinteresada que las hace únicas e irremplazables, predominando hacia ustedes mi agradecimiento, respeto y una absoluta admiración por ustedes familia amada.

Br. Dennis Osmar Espinoza Herrera

AGRADECIMIENTO

A Dios

Ser maravilloso que me dio la fuerza y fe para creer en lo que me parecía imposible terminar, por estar conmigo en todo momento y dotarme de perseverancia para culminar mi carrera.

A Mis Familiares

Quienes estuvieron presentes en todo momento, siempre muy cerca de mi ofreciéndome su apoyo absoluto, colmando cada instante de vida con su ternura, sus palabras que me alentaban a seguir adelante, a no flaquear, a culminar lo que un día con tanto esfuerzo me empeñe en comenzar.

A Mayerling Vanessa Gaitán Rizo

Mi compañera, amiga y cómplice de este seminario de graduación, en quien confió plenamente por su entrega, profundidad y capacidad intelectual, complemento fundamental para desarrollar la mejor visión de nuestro seminario.

A MSc. Miguel Ángel Estopiñan

Quien como coordinador de la carrera en mis inicios supo y ha sabido brindar las mejores orientaciones a las dudas que en determinados momentos han sobrepasado mi mente, quien con su experiencia transmite lo mejor y lo esencial a aquellos que nos encontramos en paradigmas de inseguridad y necesidad.

A MSc. Karla Molinares

A quien debo un agradecimiento singular ya que, como tutora de este seminario de graduación, me ha orientado, apoyado y corregido en mi labor científica con un interés y una entrega que han sobre pasado, con mucho, todas las expectativas que, como estudiante, deposite en su persona.

Br. Dennis Osmar Espinoza Herrera

DEDICATORIA

A Dios

Por haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor al darme unos padres inigualables.

A mi papá, Danilo

Por educarme con sus valores y apoyarme siempre para lograr en mí una profesional y una persona con integridad.

A mi mamá, Ivania

Por su apoyo incondicional y cuidar de mí siempre, por ser mi mejor amiga y mi fuente de motivación constante para ser una persona de bien, pero más que nada por su gran amor.

A mis hermanas, Donaysi y Eslovanía

Por apoyarme y entender la ausencia de mí, las quiero mucho.

A ustedes, con amor

Br. Mayerling Vanessa Gaitán Rizo

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de toda mi carrera, por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad y por hacerme realidad este sueño anhelado.

Le doy gracias a mis padres Danilo e Ivania quienes a lo largo de mi vida han apoyado y motivado mi formación académica, por sus consejos, motivación y valores que me han permitido ser una persona de bien, pero sobre todo gracias por su amor y confianza.

A mis hermanas por ser parte importante de mi vida, por ser mi compañía, mi apoyo y mis fuerzas para seguir adelante.

Gracias a mi tutora MSc. Karla Molinares, por su rectitud en su profesión como docente, por sus consejos que me ayudaron a formarme como persona e investigador.

A MSc. Miguel Ángel Estopiñan por su apoyo constante durante el transcurso de mi carrera y por aclarar siempre las dudas que surgían en la investigación.

A Dennis por ser un excelente compañero de tesis y amigo, respetuoso y que tuvo dedicación y paciencia en todos aquellos momentos difíciles.

¡Gracias a Todos!

Br. Mayerling Vanessa Gaitán Rizo

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua

FAREM Matagalpa

Departamento de Ciencia Tecnología y Salud



Valoración docente

Por medio de la presente se informa que el Seminario de Graduación para optar al título de Licenciatura en Enfermería con Orientación Materno Infantil, que lleva por tema: Intervenciones de Enfermería y Aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo riesgo según normas y protocolos en las unidades de salud del departamento de Matagalpa, segundo semestre 2016. Y con subtema:

Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo riesgo según Normas y protocolos en el centro de salud Rubén Darío de Ciudad Darío departamento de Matagalpa, II semestre 2016.

Elaborado por las autores: Br: Dennis Osmar Espinoza Herrera y Br. Mayerling Vanessa Gaitán Rizo

Reúne los requisitos científicos y metodológicos para ser presentada y defendida ante un tribunal examinador.

Matagalpa 11 de febrero del 2017.

MSc. Karla Vanessa Molinares Salgado.

Tutora de Seminario.

RESUMEN

Las intervenciones de enfermería tienen inmersos todos los cuidados independientes para cumplir el objetivo de llegar de forma satisfactoria a las pacientes, el propósito de la investigación es analizar las Intervenciones de enfermería según normativa y aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo riesgo en el centro de salud Rubén Darío de Ciudad Darío departamento de Matagalpa, II semestre 2016. Es de importancia porque se obtiene conocimiento acerca de la eficacia y eficiencia de las intervenciones aplicadas en los cuidados con las pacientes en estudio y logra involucrar al personal de salud y estudiantes en el manejo de los cuidados de enfermería, donde las principales conclusiones fueron: a). Se enumeraron las intervenciones de enfermería durante la atención de los tres periodos del parto, establecidas en la Normativa 011, Normas y Protocolos para atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, Normativa 042, humanización del parto institucional y protocolo de acogida al usuario. b). Al comparar las intervenciones de enfermería dirigidas a las usuarias con los cuidados aplicados en cada uno de los periodos del parto, bajo la responsabilidad del personal enfermero/a en el centro de salud en estudio se encontró que solo se cumple con la minoría de las actividades en forma completa y/o correcta. c). 3. Al evaluar cada una de las intervenciones de enfermería aplicadas en el cuidado a las pacientes en estudio, se llega a la obtención de un resultado insatisfactorio. **Palabras clave:** Parto, Parto de bajo riesgo, periodos del parto, Intervenciones de enfermería, cuidados de enfermería.

INDICE

	Pág.
CONTENIDO	
I. INTRODUCCION	1
II. JUSTIFICACION	6
III. OBJETIVOS	7
IV. DESARROLLO DEL TEMA	8
4.1. Intervenciones de enfermería.....	8
4.2. Clasificación de las intervenciones.....	9
4.3. Cuidado de enfermería.....	9
4.4. Parto.....	12
4.5. Nacimiento	12
4.6. Parto de bajo riesgo.....	13
4.7. Periodos del parto.....	14
4.7.1. Primer periodo del parto.....	14
4.7.2. Segundo periodo del parto	15
4.7.3. Tercer periodo del parto	15
4.8. Acciones para la atención del trabajo de parto.	16
4.8.1. Confirmación del trabajo de parto.....	16
4.8.2. Identificación de la posición y presentación fetal.....	17
4.8.3. Evaluación del encajamiento y descenso del feto.....	19
4.9. Intervenciones de enfermería por periodos del parto.....	25
4.9.1. Intervenciones de enfermería durante el primer periodo del parto.....	25
4.9.2. Intervenciones de enfermería durante el segundo periodo del parto	83
4.9.3. Intervenciones de enfermería durante el tercer periodo del parto.	106
4.10. Evaluación de las intervenciones aplicadas en el cuidado a las pacientes en estudio.....	145
V. CONCLUSIONES	149
VI. BIBLIOGRAFIA	150

ANEXOS

Anexo 1: Fraccionamiento de la muestra

Anexo 2: Operacionalización de la variable

Anexo 3: Guía de observación

Anexo 4: Cronograma de actividades

Anexo 5: Carta del MINSA

I. INTRODUCCION

El nacimiento, acontecimiento hermoso, es un proceso fisiológico en el cual los aspectos emocionales cobran importancia en la vida de una mujer, en el que el personal de enfermería debe ser protagonista y no ser objeto pasivo de prácticas rutinarias médico quirúrgicas, la atención debe ser acogedora y segura para la mujer gestante respetando sus derechos, elecciones e individualidad, por lo que el Ministerio de Salud de Nicaragua en su calidad de ente Rector del sector salud, a fin de dar cumplimiento a los compromisos del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, han creado la Norma y Protocolo de atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, dirigidos a todas y todos los trabajadores de la Salud, en los diferentes niveles de atención, con el propósito de poner en práctica una serie de acciones que permitan mejorar la calidad de atención y garantizar la seguridad de las pacientes que demandan los servicios, definir procedimientos y estrategias para la atención calificada del parto y contribuir en la prestación de servicios de calidad y consecuentemente disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal.

Tomando en cuenta que cada periodo del parto tiene su importancia y características específicas, las intervenciones de enfermería deben ser eficientes para la plena satisfacción de la usuaria en trabajo de parto y parto, por lo que diversos autores han investigado sobre las intervenciones y cuidados de enfermería durante los tres periodos del parto, descritos a continuación.

En España (2013), Alicia Villacorta Martin realizó un estudio titulado: atención de enfermería durante la fase activa del primer periodo del parto normal, concluye que la atención al parto normal ha sufrido en las últimas décadas algunos cambios con la finalidad de reducir el número de intervenciones y lograr un parto más humanizado, se han eliminado intervenciones que han sido demostradas ineficaces como el rasurado perineal y el enema previo. Por otra parte se recomiendan otras prácticas como el uso del partograma, la deambulación, el apoyo continuo, la monitorización de la frecuencia

cardiaca fetal, así como permitir la ingesta de líquidos y comidas ligeras si la mujer lo desea y estimular la presencia de un acompañante que la mujer elija.

En Colombia (2013), Daysi Lorena Saavedra Infante realizó un trabajo de investigación para optar al título de magister con énfasis en enfermería en cuidado materno perinatal titulado: comportamiento del cuidado de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la clínica Palermo, Concluyendo que la percepción de los comportamientos del cuidado del profesional de enfermería por parte de las gestantes en trabajo de parto y posparto inmediato mostró en su mayoría ser favorable en un 75%, seguida por la valoración medianamente favorable en un 22%.

En Venezuela (2010), Rondón García & Salazar Figuera realizaron investigación para optar al título de Licenciados en Enfermería titulado: calidad de atención del personal de Enfermería en el servicio de maternidad del Hospital Universitario Ruiz y Páez ciudad Bolívar, concluyendo que el nivel de calidad de atención que brindaba el personal de enfermería en un 100% resulto regular, mientras que el trato humano con un 53.33% en calidad de atención resulto regular y en cuanto al nivel de satisfacción con un 43.33% están satisfechas.

En Guatemala (2014), Juana Juárez Castillo realizó un estudio para optar al título de Maestra en Enfermería Materno Neonatal, titulado: competencias del personal de enfermería en la atención del tercer periodo del parto, cuyo objetivo fue describir las competencias del personal de enfermería que atiende el proceso del puerperio en el centro de atención permanente del Municipio de San Pedro Carcha y concluye que en relación a las indicaciones de la oxitocina el 46% denota que desconoce por qué el uso importante de este medicamento y al analizar los resultados se comprobó que existe un grupo representativo del 23% que desconoce el MATEP, las complicaciones o riesgo que conlleva la ausencia de estos, la importancia de la aplicación y que por normas se deben de realizar.

Otro estudio realizado en Guatemala (2015) por Vitalia Antonieta de León López para optar al título de Licenciada en Enfermería titulado: humanización del cuidado de enfermería en la atención del parto en el Hospital Regional de Occidente Quetzaltenango, concluyó que el cuidado humanizado se ve interrumpido por la falta de comunicación entre el personal de enfermería y las usuarias, el cual interfiere en la identificación de las necesidades. Otro factor es la falta de información acerca del trabajo de parto y los procedimientos a realizar con un resultado del 44% en el que las usuarias indicaron que nunca recibieron información.

En Matagalpa Nicaragua (2011), Daysi Marina Navarro Collado realizó su tesis para optar al grado de Maestra en Salud Pública titulado: calidad de los servicios de atención del parto y puerperio en el Hospital Cesar Amador Molina, SILAIS Matagalpa durante el periodo abril – junio, concluyendo que en general casi todas las usuarias valoraron la atención recibida entre buena y excelente evidenciando de esta forma los avances del Hospital en el parto humanizado respetando en la mayoría de los casos el parto acompañado.

Es evidente que en el sistema de salud actual la atención de Enfermería durante el trabajo de parto ha tenido grandes avances teóricos prácticos en la humanización del cuidado y la atención de calidad al eliminarse intervenciones que han sido demostradas ineficaces como el rasurado perineal o tricotomía y el enema previo, pero así también se ha visto que todavía existe deficiencia en la práctica de aplicación del cuidado en las instituciones públicas, esto puede deberse a la ausencia o falta de educación continua y/o desinterés en la preparación personal por la poca revisión de protocolos y normas, esto hace que haya una intervención limitada y como consecuencia surge inseguridad en la aplicación de las intervenciones que puede acarrear consecuencias materno fetales con desenlaces fatales, por lo que es importante que el personal de enfermería tenga actitud y vocación para brindar un cuidado humanizado durante el trabajo de parto a todas las mujeres que lo demanden, por lo que surge la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería según normativa MINSA y la aplicación del cuidado en la atención del parto de bajo riesgo en las áreas de salud del departamento de Matagalpa II semestre 2016?.

Este estudio se realizó en el puesto de salud Rubén Darío, ubicado en ciudad Darío departamento de Matagalpa, en el barrio Filandia kilómetro 90, contando con un plantel conformado por 4 Licenciadas en enfermería, 3 auxiliares en enfermería, 3 enfermeras en servicio social, 3 enfermeras auxiliares MOSACF, 4 médicos generales, 3 médicos en servicio social, 1 laboratorista, 1 farmacéuta, 1 odontólogo, 3 personal de limpieza y 2 CPF, es descriptivo porque describe detalladamente las situaciones y eventos de las personas que son observadas, de corte transversal porque se utilizó un periodo de tiempo en el cual se identificaron las intervenciones normadas y la aplicación del cuidado de enfermería durante la atención del parto de bajo riesgo, tiene enfoque cualitativo por lo que a través de este se tuvo en cuenta la aplicación del cuidado de enfermería según las intervenciones descritas en la Normativa 011 (2015), con implicancia cuantitativa porque usa la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar una teoría, en este caso se revisa la teoría disponible sobre intervenciones de enfermería durante la atención del parto de bajo riesgo y su relación con el cuidado aplicado al recolectar datos. El centro de salud en estudio actualmente atiende un promedio de 16 partos de bajo riesgo mensualmente, la cual constituye el universo y muestra, de forma que el tipo de muestra es no probabilístico por conveniencia porque las pacientes deben presentar la característica de un parto de bajo riesgo para formar parte de esta, es decir es necesario que tenga este criterio para ser incluidas dentro la muestra y es por ello que Canales (2008) indica que este tipo de muestra se caracteriza por que el investigador selecciona su muestra siguiendo algunos criterios identificados para los fines del estudio que le interesa realizar. De acuerdo al tipo de muestreo seleccionado y por la división existente del parto en 3 periodos se fracciona la muestra de tal manera que la cantidad de usuarias varía según el periodo del parto observado, quedando de la siguiente manera primer periodo: 9 usuarias, segundo y tercer periodo 1 usuaria y los tres periodos: 6 usuarias. Al operacionalizar se obtuvo las siguientes variables revisión de las intervenciones de enfermería, comparación de intervenciones con el cuidado de enfermería y evaluación de las intervenciones aplicadas en el cuidado, se aplicó el método teórico al revisar las intervenciones de la normativa 011 (2015) y el empírico al actuar sobre los escenarios recolectando la información a partir de un instrumento de recolección de datos

denominado guía de observación la cual se aplicó al personal de enfermería del centro de salud Rubén Darío, esta guía contenía las intervenciones de enfermería documentadas en la Normativa 011 para la que se definieron los siguientes criterios: satisfactorio: si el personal de enfermería realizó la intervención de la manera completa y correcta, insatisfactorio: si el personal de enfermería realizó la intervención de forma incompleta e incorrecta, No observado: si el personal de enfermería no realizó la actividad y No aplica: si la intervención la realiza otro personal de salud y no enfermería. Se utilizó el programa de procesamiento de información Word y el de presentación Power point.

Para la realización del estudio se obtuvo autorización escrita por parte del Director de Centro de Salud Dr. Erick Joel Medina y la jefa de enfermería Lic. Carmen Zuniga a los que se les presentó una carta de solicitud firmada por PHD Marcia Cordero Rizo, en calidad de Jefa del Departamento de ciencia, Tecnología y Salud y Coordinadora de la carrera de enfermería de la FAREM Matagalpa.

II. JUSTIFICACION

El presente trabajo tiene como propósito analizar las intervenciones de enfermería según normativa MINSA y la aplicación del cuidado en la atención del parto de bajo riesgo en las áreas de salud del departamento de Matagalpa II semestre 2016, es de importancia porque se obtiene conocimiento acerca de la eficacia y eficiencia de las intervenciones aplicadas en los cuidados con las pacientes en estudio, logra involucrar al personal de salud y estudiantes en el manejo de los cuidados de enfermería aplicando correctamente las normas y protocolos de bajo riesgo para lograr la atención de calidad lo que será útil para mejorar las relaciones interpersonales esenciales para el desempeño profesional ya que le permiten desarrollar los elementos de conocimiento y de habilidad como puntos clave dentro de la experiencia y concientizar a los involucrados en el cuidado e impactar positivamente en el ejercicio de la profesión de enfermería para que este sea el protagonista autónomo de conocimientos, habilidades y destrezas durante la atención del parto, beneficiará especialmente a las usuarias de los servicios de salud al recibir atención de calidad, también a docentes y estudiantes de enfermería para profundizar en el cuidado estandarizado a las pacientes que demanden atención del parto en las unidades de salud.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar las Intervenciones de enfermería según normativa y aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo riesgo en el centro de salud Rubén Darío de Ciudad Darío departamento de Matagalpa, II semestre 2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Enumerar las intervenciones de enfermería durante la atención del parto de bajo riesgo.
2. Comparar las intervenciones de enfermería con el cuidado aplicado durante la atención del parto en las pacientes en estudio.
3. Evaluar las intervenciones aplicadas en el cuidado a las pacientes en estudio.

IV. DESARROLLO DEL TEMA

4.1. Intervenciones de enfermería

Según Watson (1988), Las intervenciones de enfermería son aquellas necesarias para interactuar con la gestante al realizar los procedimientos, que exigen los protocolos y guías de atención durante este periodo y que la mujer gestante percibe como elementos distintivos de la calidad de cuidado ofrecido por el profesional de enfermería.

Según Butcher (2009), refiere que las intervenciones es cualquier tratamiento basado en el criterio y conocimiento clínico que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente, también incluye la vigilancia y el seguimiento a las usuarias la cual contribuye a desarrollar el conocimiento de enfermería y facilitar la comunicación dentro de la disciplina.

Es todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. (NANDA, 2012-2014)

Intervención Directa

Es un tratamiento realizado con el paciente y/o familia a través de acciones de enfermería efectuadas con el mismo. (NANDA, 2012-2014)

Intervención indirecta

Es un tratamiento realizado sin el paciente, pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes. (NANDA, 2012-2014)

Las intervenciones de enfermería están encaminadas a conseguir un objetivo previsto para alcanzar los criterios de resultados establecidos previamente a través de acciones de enfermería.

4.2. Clasificación de las intervenciones

Dependientes

Son las acciones relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica. (Lyer , 1989)

Interdependientes

Son aquellas acciones que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc. (Lyer , 1989)

Independientes

Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas, que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica, son actividades que no requieren la orden previa de un médico. (Lyer , 1989)

4.3. Cuidado de enfermería

El cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona. (Watson J. , 1979)

Es el ideal moral de enfermería y consiste en el intento transpersonal de proteger, reforzar y preservar la dignidad de la persona, ayudándola a encontrar sentido a la existencia, aun en el sufrimiento, y aumentar su autoconocimiento, control y bienestar con sentido de armonía interna, a pesar de las circunstancias externas. (Watson , J, 1988)

Boykin & Schoenheffer (1993), definen el cuidado como “Una expresión activa, altruista del amor y el reconocimiento intencional que incorpora los valores y las relaciones. Las enfermeras de manera singular se enfocan en el cuidado como el valor central y su principal interés y la intención directa de su práctica” Plantean que el significado completo del cuidado no se puede restringir a una definición sino que está iluminado en las experiencias de cuidar y en las reflexiones que se hacen sobre esta experiencia.

El cuidado de enfermería es una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, reestablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. (Duran DM, 1998).

El cuidado es entrar al mundo vivencial de cada individuo para compartir sus momentos especiales. (Benner, 2002)

El cuidado se caracteriza por la relación de ayuda a la persona, familia y grupos comunitarios para promover la salud, prevenir la enfermedad e intervenir en la rehabilitación, tal como lo refiere Henderson (1994), el cuidado de enfermería no puede efectuarse sin enfoque de relación de ayuda con el paciente, es necesario que se establezca una relación significativa en la que la enfermera debe adoptar actitudes de respeto, comprensión, empatía, autenticidad y consideración positiva. De acuerdo a lo anterior el cuidado se entiende como el intercambio de sentimientos, pensamientos, acciones y experiencias entre la enfermera y el paciente para lograr una intervención.

Watson (1985), describió los 10 factores cuidativos que luego denomina como procesos de cuidado (2008), estos factores cuidativos según ella, son los que la enfermera usa a medida que incorpora el cuidado en su práctica. Siendo consistentes con su definición de cuidado estos factores también se enfocan en las cualidades de la enfermera al igual que en sus comportamientos de cuidado a medida que ella los usa al interactuar con sus pacientes.

Factores cuidativos:

1. Practicar de manera amorosa, amable y ecuánime para sí mismo y para otros.
2. Estar presente auténticamente; capacitar/sostener/honrar el sistema profundo de creencias y el mundo subjetivo de sí mismo y de otros.
3. Cultivar las prácticas espirituales propias; profundizar en la conciencia de sí mismo, ir más allá del “ego propio”.
4. Desarrollar y sostener una relación de cuidado auténtica de ayuda y confianza.

5. Estar presente, ser apoyo ante la expresión de sentimientos positivos y negativos como una conexión con un espíritu más profundo de sí mismo y de aquel a quién se cuida.
6. Uso creativo de sí mismo y de todas las formas de conocer/ser/ y hacer como parte del proceso de cuidado, comprometiéndose con una práctica artística de cuida-sanar.
7. Comprometerse con experiencias de enseñanza-aprendizaje genuinas dentro de un contexto de relación de cuidado que atienden a la persona y los significados subjetivos: un intento de permanecer dentro del marco de referencia del otro, evolucionar hacia un rol de “animador” versus el rol convencional de impartir información.
8. Crear un ambiente delicado de energía y conciencia, sanador en todos los niveles: físico y no físico, por medio del cual se potencien la totalidad, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz. (ser/llegar a ser el ambiente)
9. Asistir o ayudar en las necesidades básicas de manera reverencial y respetuosa, manteniendo una conciencia de cuidado intencional mediante el toque y el trabajo con el espíritu encarnado del otro, honrando la unidad de ser y dejando que haya una conexión para lograr la llenura del espíritu.
10. Estar abierto y atento a las dimensiones existenciales desconocidas espirituales y misteriosas de la vida o muerte/sufrimiento,” permitir un milagro”.

Por su parte Benner (2002), vio el cuidado desde la perspectiva del rol de ayuda e identifico 7 roles de ayuda con los que se comprometen las enfermeras:

1. Crear un clima para establecer un compromiso para sanar, el cual comprende:
 - Dar medidas de comodidad
 - Preservar la individualidad frente al dolor o agotamiento
2. Hacer presencia
3. Maximizar la participación del paciente y el control de su recuperación
4. Interpretar tipos de dolor y seleccionar estrategias adecuadas para el control y manejo de dolor.
5. Dar comodidad y comunicarse mediante el tacto.

6. Proveer apoyo emocional y de información a la familia de los pacientes
7. Guiar a los pacientes a través de sus cambios emocionales y del desarrollo.

4.4. Parto

Es el acto de dar a luz un niño/a o un feto vivo/a o muerto/a y sus anexos, por vía vaginal. En condiciones normales el parto acontece cuando el feto ha cumplido integralmente el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha llegado al término de su embarazo.(MINSa, 2009). Un parto normal o a término, es aquel que cumple particularmente las 40 semanas de gestación, en el que se logra el desarrollo por completo del feto el cual está apto para el nacimiento y es expulsado por vía vaginal en condición favorable o desfavorable en conjunto con sus anexos fetales, una vez que el feto logra culminar su vida intrauterina se desencadena todo un proceso que conlleva al parto, precedido de las pequeñas contracciones o incluso el rompimiento de las membranas, frase muy popular conocida como el rompimiento de la fuente.

Según Schwarcz, Fescina, & Duverges (1997), el parto significa la expulsión de un feto con un peso mayor de 500 g (20 semanas, aproximadamente). Mientras el feto cumpla con un periodo de desarrollo de más de 20 semanas de gestación este es considerado como un parto ya que es expulsado por vía vaginal, claro está que en ello se implica que su vida intrauterina no está por completo culminada, es decir el feto no está apto para nacer, sin embargo si el feto logra culminar el desarrollo de toda su vida intrauterina existe la posibilidad del nacimiento de un feto vivo o muerto dependiendo de las circunstancias y factores que se vean involucrados en el trabajo del parto.

4.5. Nacimiento

Expulsión completa o extracción del organismo materno del feto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o esté unido a la placenta y que sea de 21 o más semanas de gestación. El término se emplea tanto para los que nacen vivos como para los mortinatos. (MINSa, 2015)

4.6. Parto de bajo riesgo

Se considera parto de bajo riesgo, el de toda embarazada que al iniciar trabajo de parto espontáneo, cumple con 37 a 41 semanas cumplidas de gestación, si se estima que el peso fetal es de entre 2,500 y 4,000 gramos, si en el interrogatorio y examen físico no se determinan complicaciones médicas u obstétricas, ni factores de riesgo de muerte perinatal o asfixia, contando además con un niño/a en presentación cefálica y con membranas íntegras. (MINSa, 2015). Cuando un parto de bajo riesgo se da es porque este ha culminado las semanas de gestación estimadas normales y con ello la ausencia de antecedentes o realidades que indiquen que no existe ningún factor de riesgo que comprometa la vida de la madre e hijo sumada a una buena actividad uterina que inicia y termina de manera espontánea con el nacimiento de un bebé en presentación cefálica y con un peso adecuado a su edad gestacional.

Clasificación del parto de acuerdo a:

a) Por la edad gestacional

- Pretérmino: Parto que ocurre entre las 22 y 36 semanas de amenorrea.
- A Término temprano: 37 a 38.6 semanas cumplidas.
- A término completo: 39 a 40.6 semanas cumplidas.
- Prolongado: 41 semanas en adelante.
- Postérmino: 42 semanas en adelante.

b) Por la intervención o no de agentes externos

- Espontáneo (sin intervención).
- Provocado o Inducido (con intervención).

c) Por la evolución fisiológica

- Normal o Eutócico.
- Distócico (hay alteración contráctil o del mecanismo del parto).

d) Por la presentación del feto

- Cefálico (vértice, cara y frente).

- Pélvico (Franco de nalgas).
- Incompleto o completo (de nalgas).

e) Por la vía del nacimiento

- Vaginal (espontáneo o instrumental-fórceps, vacuum extractor).
- Abdominal (cesárea).

f) Por el número de fetos

- Único.
- Múltiple.

4.7. Periodos del parto

El parto tiene tres periodos que son:

4.7.1. Primer periodo del parto

Borramiento y dilatación del cuello uterino.

Cuello uterino dilatado menos de 4 cms, cuello uterino dilatado de 4 – 9 cms, velocidad de dilatación característica de 1 cm por hora o más, comienza el descenso de la presentación fetal. (MINSa, 2015). En este periodo la mujer experimenta molestias obstétricas que involucran el descenso de la presentación fetal, y para esto contribuye la dilatación y borramiento del cuello uterino.

Según Schwarcz, Fescina, & Duverges (1997), indico que durante el primer periodo las contracciones uterinas dilatan el cuello, y a medida que la dilatación progresa la intensidad y la frecuencia de las contracciones uterinas aumentan gradualmente; al final del periodo de dilatación los valores promedios son de 41 mmHg para la intensidad y de 4,2 contracciones cada 10 minutos para la frecuencia, la actividad uterina media es de 187 unidades Montevideo y el tono uterino medio de 10 mmHg.

4.7.2. Segundo periodo del parto

Descenso y expulsión del feto.

Cuello uterino totalmente dilatado (10 cms), continúa el descenso fetal y no hay deseos de pujar, la parte fetal que se presenta llega al piso de la pelvis y la mujer tiene deseos de pujar. (MINSA, 2015). Con un borramiento y dilatación completo y el producto encajado en la pelvis materna la mujer refiere deseos de pujar.

Según Schwarcz, Fescina, & Duverges (1997), expresa que en el periodo expulsivo el cuello se ha dilatado totalmente y las contracciones uterinas completan el descenso y causan el parto del feto con la ayuda de los esfuerzos de pujo, durante este periodo la frecuencia de las contracciones aumenta hasta un promedio de cinco en 10 minutos y la intensidad sube hasta 45 mmHg y la actividad uterina promedio es 235 unidades Montevideo, la más alta que se registra durante el embarazo y parto normal y el tono promedio es de 12 mmHg.

4.7.3. Tercer periodo del parto

Salida de los anexos fetales (placenta y membranas).

Nacimiento del feto y termina una vez que se han expulsado los anexos (membranas y placenta), involución uterina y globo de seguridad de pinard. (MINSA, 2015). Una vez que termina el nacimiento del bebé y es cortado el cordón umbilical, inicia el tercer periodo que involucra la salida de la placenta completa, dando lugar a la involución uterina y formación del globo de seguridad de Pinard.

Según Schwarcz, Fescina & Duverges (1997), designa al período de alumbramiento como al tiempo del parto en el cual se eliminan al exterior la placenta y las membranas ovulares, la cual se inicia breves instantes después del periodo de expulsión fetal.

4.8. Acciones para la atención del trabajo de parto.

Las acciones para la atención están encaminadas a determinar la evolución del trabajo de parto e incluye las siguientes acciones que se deben realizar:

4.8.1. Confirmación del trabajo de parto.

Dentro de la confirmación del trabajo de parto se despliega lo siguiente:

- **Pródromos del trabajo de parto**

Cuello uterino dilatado < de 3 cms y cuello grueso con borramiento de 50% o menos, dinámica uterina irregular.

- **Inicio del trabajo de parto**

En Nulíparas: Borramiento del 100% y Dilatación de 4 cms y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40- 45 segundos de duración.

En Multíparas: Borramiento del 50%, Dilatación de 3 cms y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración.

Borramiento: Es el acortamiento de la porción vaginal del cérvix y adelgazamiento de sus paredes, conforme es extendida y dilatada por el feto durante el parto. (MINSA, 2009)

Dilatación del cuello uterino: Es la fase del primer periodo del trabajo de parto, desde su inicio hasta su dilatación completa, medido por exploración vaginal y expresada en centímetros. Se considera completa cuando el diámetro del cuello cervical mide 10 centímetros. (MINSA, 2009).

Trabajo de Parto

Borramiento: 50-100%, dilatación: 5-10 cm, (cuello uterino se dilata 1 cm por hora), contracciones uterinas regulares, comienza descenso de la presentación fetal. En promedio la duración del trabajo de parto es de 8 a 12 horas en la nulípara y de 6 a 8 horas en la multípara.

Según Schwarcz (1997), el trabajo de parto es un conjunto de fenómenos mecánicos y fisiológicos que tienen por objetivo la salida de un feto viable de los genitales maternos.

4.8.2. Identificación de la posición y presentación fetal.

En este primer momento se da la identificación de la posición, presentación y variedad de posición las cuales se realizan a través de las maniobras de Leopold.

Según Leopold & Sporlin (1894), las maniobras de Leopold son un procedimiento obstétrico empleado para diagnosticar la posición y presentación fetal, que consiste en palpación abdominal de la gestante. Se efectúa con la gestante acostada sobre el dorso y con las extremidades extendidas.

Existen cuatro maniobras de Leopold:

- ✓ La primera maniobra consiste en identificar el polo fetal que ocupa el fondo uterino, que puede ser la cabeza o las nalgas. La cabeza da la sensación de una masa dura, redonda, lisa y móvil, en cambio las nalgas dan la sensación de una masa grande, blanda e irregular.
- ✓ La segunda maniobra identifica la orientación del dorso fetal, que puede ser anterior, lateral o posterior. Normalmente se siente el dorso como una estructura dura, convexa y resistente a la palpación; en cambio, si lo que se siente es una estructura blanda, móvil, irregular y numerosa, seguramente se trata de las extremidades fetales.
- ✓ La tercera maniobra permite identificar el polo fetal que ocupa el segmento uterino inferior y establecer si se encuentra encajada en la pelvis. Usando el pulgar y los dedos de una mano se agarra la porción inferior del abdomen materno justo por encima de la sínfisis púbica. De acuerdo a la sensación que dé la estructura palpada se puede determinar el tipo de presentación, como en la primera maniobra. Por otra parte, si el polo fetal inferior no se encuentra encajado en la pelvis, se sentirá como una masa móvil; si se encuentra encajado, los hallazgos de esta maniobra son indicativos de ello y los detalles se obtienen en la siguiente maniobra. Estas tres primeras maniobras se realizan estando el examinador situado a un lado de la madre y mirando su cara.

- ✓ En la cuarta maniobra, ejecutada mirando hacia los pies de la gestante, se trata de apreciar el grado de encajamiento y la actitud de la cabeza, buscando sobre la sínfisis púbica la prominencia frontal del feto, que indica si ha descendido la presentación y si la cabeza está flexionada o extendida.

Las maniobras de Leopold pueden ser ejecutadas en los meses finales de la gestación, con especial valor semiológico a partir de la semana 32; también durante y entre la ocurrencia de las contracciones uterinas en el trabajo de parto. Esta serie de maniobras permite identificar las malas presentaciones con una sensibilidad del 88% y una especificidad del 94%. Puede ser complicado diagnosticar la posición y presentación fetal cuando la paciente es obesa, si existe gran cantidad de líquido amniótico o si la placenta está implantada anteriormente.

Presentación

La presentación es la parte del feto que toma contacto con el estrecho superior de la pelvis, ocupándolo en gran parte, y que tiene por sí mismo mecanismo de parto, son dos: cefálica y pelviana.

Según Cunningham et al (2006), la parte que se presenta es aquella porción del cuerpo fetal que está más avanzada dentro del conducto del parto o en su máxima proximidad. Se puede percibir a través del cuello uterino por tacto vaginal, según ello, en situaciones longitudinales la parte que se presenta es la cabeza o la pelvis, que originan las presentaciones cefálicas y pélvicas respectivamente. Cuando el feto yace con el eje longitudinal en localización transversa, la parte que se presenta es el hombro y se percibe a través del cuello uterino en la exploración vaginal.

Situación

La situación es la relación que guarda el eje longitudinal del feto con el eje longitudinal de la madre. Puede ser longitudinal, transverso y oblicuo.

Según Cunningham et al (2006), en ocasiones los ejes fetales y maternos se cruzan en un ángulo de 45° y originan una situación oblicua, que es inestable y siempre se transforma en longitudinal o transversa durante el trabajo de parto. Ocurren situaciones longitudinales en más del 99% de los casos del trabajo de parto a término. Los factores predisponentes para situaciones transversas incluyen multiparidad, placenta previa, polihidramnios y anomalías uterinas.

Posición

Mediante la realización de las maniobras de Leopold, se realiza el diagnóstico de la posición del feto en el útero, ésta es la relación que guarda el punto guía con el lado derecho o izquierdo de la pelvis materna, son dos las posiciones: derecha e izquierda.

Variedad de Posición

Es la relación que guarda el occipucio con la extremidad de los principales diámetros maternos. El occipucio puede estar en contacto con la eminencia ileopectínea, la extremidad del diámetro transverso, la articulación sacroilíaca, el pubis o el sacro, resultando la variedad de posición anterior, transversa, posterior, púbica o sacra respectivamente, es decir es la relación de la parte fetal que se presenta, con la posición anterior, transversa o posterior de la pelvis. Se valora por medio del examen ginecológico.

Las siguientes presentaciones anómalas producen la mayor mortalidad del feto. Ejemplo: modalidad de cara, modalidad de frente, modalidad de Bregma, presentación pelviana, situación transversa, por lo que la conducta a seguir es la operación Cesárea.

4.8.3. Evaluación del encajamiento y descenso del feto.

Las contracciones uterinas y los pujos propulsan al feto haciéndolo avanzar por el canal del parto hasta su expulsión. El encajamiento corresponde al momento en que la circunferencia máxima de la presentación franquea el estrecho superior de la pelvis para su penetración progresiva en el canal pelviano.

Según Cunningham et al (2006), el encajamiento es el mecanismo por el cual el diámetro biparietal, que corresponde a la mayor dimensión transversal de la cabeza fetal en las presentaciones de occipucio, pasa a través del plano de entrada de la pelvis. La cabeza fetal puede encajarse durante las últimas semanas del embarazo o no hacerlo hasta el comienzo del trabajo de parto. Muchas pacientes multíparas y algunas nulíparas, la cabeza fetal es libremente móvil por arriba del plano de entrada de la pelvis al inicio del trabajo de parto. En esa circunstancia, se dice a veces que la cabeza flota. Una cabeza de tamaño normal por lo general no se encaja con su sutura sagital en dirección antero posterior. De hecho, suele ingresar al plano de entrada de la pelvis en una dirección transversal u oblicua.

Descenso del feto

Este movimiento es el primer requisito para el nacimiento del recién nacido, en nulíparas, el encajamiento puede ocurrir antes del inicio del trabajo de parto y tal vez no haya descenso adicional hasta el inicio del segundo periodo en multíparas, el descenso suele iniciarse con el encajamiento y es secundario a una o más de 4 fuerzas:

- ✓ Presión del líquido amniótico.
- ✓ Presión directa del fondo sobre la pelvis durante la contracción.
- ✓ Esfuerzos de pujos por acción de los músculos abdominales maternos.
- ✓ Extensión y enderezamiento del cuerpo fetal. (Cunningham, y otros, 2006)

Se debe auxiliar de los Planos de Hodge para determinar el plano en el que se encuentra la presentación.

• Planos de Hodge

Son planos paralelos que parten de formaciones anatómicas fáciles de determinar el descenso en el canal del parto, o sea el encajamiento de la cabeza fetal en determinados puntos de la pelvis materna permiten conocer a que altura de la pelvis se encuentra el polo fetal. (MINSAL, 2015)

El punto de referencia de los Planos de Hodge es el diámetro biparietal del polo fetal.

- **Primer plano.** Promontorio a borde superior de la sínfisis púbica, coincide con el estrecho superior. Cuando el polo fetal llega a este Plano, la presentación está móvil.
- **Segundo plano.** Es paralelo al anterior. Va desde el borde inferior de la sínfisis del pubis hasta la segunda vértebra sacra. Cuando la presentación lo alcanza está fija.
- **Tercer plano.** Paralelo al anterior, está a nivel de las espinas ciáticas. Cuando la presentación llega a este plano se considerara encajada.
- **Cuarto plano.** Paralelo al anterior, a la altura de la punta del cóccix no retropulsado. La presentación está profundamente encajada, aquí es donde se produce la rotación interna del feto.

La cabeza fetal se encaja normalmente en la pelvis materna en una posición transversa y rota después al diámetro oblicuo, es decir, con el occipucio del feto en el oblicuo izquierdo de la pelvis. Al descender, la cabeza fetal rota de modo que el occipucio del feto queda hacia el pubis de la pelvis materna.

Fenómenos del trabajo de parto

☞ **Fenómenos activos:** son las contracciones uterinas y los pujos.

Contracciones uterinas

De acuerdo a Schwarcz R. (2008), las contracciones del músculo uterino suministran la fuerza y presión que borra, dilata el cuello y expulsa al feto y la placenta. Las contracciones de los músculos toracoabdominales (esfuerzos de pujos) cooperan en la expulsión del feto.

Sus características son:

- ✓ Tono: Presión más baja registrada entre las contracciones.
- ✓ Intensidad (amplitud): Aumento en la presión intrauterina causada por cada contracción.
- ✓ Frecuencia: Se expresa por el número de contracciones producida en 10 minutos.

- ✓ **Intervalo:** El tiempo que transcurre entre los vértices de dos contracciones consecutivas, el intervalo entre las contracciones varía en razón inversa a la frecuencia de las mismas.

Su clasificación:

- ✓ **Tipo a:** son las contracciones de poca intensidad (2 – 4 mmHg), confinadas a pequeñas áreas del útero. Su frecuencia es aproximadamente de una contracción por minuto. Estas pequeñas contracciones no son percibidas por la mujer grávida ni por la palpación abdominal.
- ✓ **Tipo b:** son las contracciones de Braxton-Hicks que tienen una intensidad mayor (10-15 mmHg), y se propagan en un área más grande del útero. Son percibidas por la palpación abdominal y la mujer grávida puede sentir las como un endurecimiento indoloro de su útero.

Esfuerzos de pujos o pujos

Los pujos son fuertes contracciones de los músculos espiratorios de las paredes torácicas y abdominal (rectos anteriores, oblicuos y transversos). En el periodo expulsivo los pujos refuerzan la propulsión fetal causada por las contracciones uterinas. (Schwarcz R, 2008)

Se clasifican en:

- Pujos espontáneos:** el pujo fisiológico esta precedido por una corta inspiración, después de la cual la glotis se cierra parcialmente durante la contracción de los músculos espiratorios. Cada pujo causa una rápida y breve elevación de la presión abdominal la que se transmite a través de la pared uterina y se suma a la presión ejercida por el miometrio para elevar la presión intrauterina. Durante cada contracción uterina se producen entre 2 y 6 pujos (promedio 4 pujos), la duración de cada pujo tiene un valor promedio de 5 segundos y su amplitud y duración aumentan a medida que progresa el periodo expulsivo.

El deseo imperioso de pujar aparece normalmente cuando la dilatación cervical es completa, este deseo es provocado por la distensión de la vagina, vulva y periné causada

por la presentación que progresa en el canal del parto, propulsado por una contracción uterina. No es conveniente que la madre puje mientras la dilatación cervical no sea completada, tampoco conviene pujar cuando el útero está relajado, porque no se obtiene la adición de presiones antes mencionadas, en ambas condiciones los pujos son pocos eficaces para la propulsión fetal y pueden ser perjudiciales.

b. Pujos dirigidos: Son conducidos por quien atiende el parto. Usualmente se instruye a la parturienta para que cierre totalmente la glotis y puje fuerte, sostenida y prolongadamente durante el mayor tiempo posible. Durante este periodo la madre está en apnea lo que perturba la puerta de oxígeno a sus tejidos y al feto así como la eliminación CO₂ (dióxido de carbono) de ambos, además el aumento prolongado de la presión toracoabdominal eleva la presión venosa y capilar materna, causando a veces la máscara equimótica del parto.

Cuando la glotis está totalmente cerrada cada pujo causa una elevación de la presión toracoabdominal o intrauterina de 50 a 100 mmHg mayor que cuando la glotis se mantiene abierta, es lógico suponer que el pujo a glotis cerrada tiene un efecto expulsivo mayor sobre el feto. También son mayores las caídas producidas en la frecuencia cardíaca fetal y los disturbios causados en la hemodinámica materna.

Las funciones más importantes de las contracciones uterinas y de los pujos durante el parto son: la preparación del canal del parto y la propulsión del feto.

☞ **Fenómenos pasivos:** son los efectos que aquellos tienen (contracciones y pujos) sobre el canal del parto y el feto.

De acuerdo a Schwarcz R. (2008), las modificaciones consecutivas a la actividad contráctil del útero constituyen a los fenómenos que se agrupan bajo esta denominación: la ampliación del segmento inferior, el borramiento y dilatación del cuello, la expulsión de los limos, la formación de la bolsa de las aguas, la ampliación del canal del parto, el mecanismo del parto y los fenómenos plásticos del feto.

Según Schwarcz R. (2008), los tiempos del alumbramiento comprenden 4 etapas:

- ✓ **Desprendimiento de la placenta:** tan pronto como el feto se desprende del útero se retrae para adaptarse a su menor contenido. No obstante, todavía la placenta permanece un tiempo (algunos minutos) adherida a él. Pero a continuación del nacimiento, sobre la retracción señalada se agregan fuertes contracciones rítmicas que no son sino continuación de las del parto, sin interrupción y similares a ellas en intensidad y frecuencia: esta actividad contráctil será el motivo fundamental del desprendimiento de la placenta.

Esta actividad es la que determina el desprendimiento y descenso de la placenta. No se precisan más de dos o tres contracciones para obtener este efecto; el tiempo que se demora oscila entre 4 y 8 minutos, con un término medio de 6 minutos. Este tiempo es denominado tiempo corporal. A pesar de su potencia, las contracciones descritas son indoloras, por estar ausentes en ella la distensión y la isquemia prolongada, motivo por el cual no son apreciadas clínicamente.

Posteriormente interviene otro mecanismo para colaborar en el proceso de separación. La rotura de los vasos durante el desprendimiento produce un hematoma interuteroplacentario cuyo crecimiento intensifica excéntricamente el proceso de disección: la placenta recoge entonces esa sangre y se invierte conteniendo en su concavidad este hematoma, el que por su peso termina arrastrando el resto de la misma aún no desprendido, así como las membranas circundantes. Este desgarramiento de las trabéculas y de los vasos es el mecanismo íntimo fundamental del desprendimiento. Parecen intervenir también ciertos procesos necrobióticos que se desarrollan a nivel de esta estructura trabecular (necrosis de coagulación, degeneración hialina y adiposa, calcificación, etc).

- ✓ **Desprendimiento de las membranas:** las membranas se desprenden por idéntico proceso. Las contracciones del útero que sobrevienen al accionar sobre un tejido distinto, lo hacen de tal manera que pliegan primero las membranas y las desprenden después; finalmente, el mismo peso de la placenta, en su descenso, terminará de

desprenderlas por simple tiramiento. El proceso finaliza luego de expulsada la placenta que aún cuelga de las membranas no completamente desprendidas.

- ✓ **Descenso:** Desprendida la placenta, esta desciende del cuerpo al segmento y de aquí a la vagina, lo que ocurre en parte porque continúa cierta actividad contráctil del útero y mayormente por el peso mismo de la placenta, lo que arrastra a las membranas invirtiéndolas desde las superficies de inserción cercanas al borde placentario.

- ✓ **Expulsión:** Posteriormente pueden presentarse dos situaciones: lo absolutamente normal es que se repitan algunos pujos, y estos con el agregado del peso de la placenta y el hematoma retroplacentario (en el mecanismo de Baudelocque–Schultze), terminen la expulsión placentaria hasta el exterior (alumbramiento espontáneo), o bien la placenta desprendida y descendida a la vagina continúa allí alojada, por lo que es menester extraerla de la misma con ayuda manual (alumbramiento natural).

4.9. Intervenciones de enfermería por periodos del parto.

4.9.1. Intervenciones de enfermería durante el primer periodo del parto.

- Toma de Signos Vitales incluyendo estado de hidratación materno.
- Si se detecta hipotensión, administrar infusión de Solución Salina.
- En caso de presentarse cefaleas, fosfenos, acúfenos evaluar inminencia de Eclampsia.
- Investigar signos u otros síntomas acompañantes.
- Embarazada en la primera etapa debe de deambular si no hay ruptura de membranas con adecuada alimentación.
- Orientar a la embarazada a que modifique su respiración entre y durante las contracciones. Si la embarazada ha asistido a cursos de parto profiláctico o sin temor, aliéntela a aplicar las técnicas aprendidas.

- Si se sospecha progreso insatisfactorio del trabajo de parto o trabajo de parto prolongado refiera a especialista, hospitalización o manejo según protocolo de emergencias obstétricas.

Prácticas basadas en evidencia a aplicarse durante la vigilancia del trabajo de parto, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud.

- La duración del periodo dilatante del trabajo de parto puede estar reducida en aproximadamente una hora en las mujeres que mantienen la posición vertical y caminan, no se ha encontrado ningún efecto adverso asociado con la permanencia en la posición vertical, los profesionales de la salud y los centros de atención de la salud pueden promover en las mujeres en trabajo de parto a adoptar la posición en la que se sientan más cómodas.
- Motivar la micción espontánea (evitar cateterismo) para contrarrestar su acción Inhibidora sobre la contractilidad.
- Los estudios indican que los enemas tienen un efecto considerable negativo sobre las tasas de infección en las heridas perineales u otras infecciones neonatales, así como altamente desagradable y molesto para la paciente. Estas pruebas no apoyan el uso habitual de los enemas durante el trabajo de parto; por lo tanto, se debe eliminar dicha práctica. De igual manera el rasurado de vulva sin ningún beneficio adicional por lo que estas prácticas se encuentran en desuso.
- La administración de soluciones glucosadas hipertónicas así como oxígeno por cánula o catéter nasal son altamente nocivas para el proceso de intercambio a nivel del espacio intervelloso e incrementan el proceso de acidosis a nivel fetal por lo que ambas practicas deben de suprimirse, por no reportar ningún beneficio adicional.
- La práctica sistemática de la amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto en las primigrávidas o multíparas de acuerdo a revisiones sistemáticas se ha encontrado que este procedimiento incrementa riesgos de procesos infecciosos y aumentan la necesidad de otras intervenciones como la cesárea, por lo que no existe justificación para realizarlo, salvo excepciones médicas y deberá estar consignado en el expediente clínico.

- El apoyo continuo y acompañamiento de la paciente por familiares reduce la duración del trabajo de parto, aumenta las posibilidades de parto vaginal espontáneo y reduce la necesidad de analgesia intraparto, y de acuerdo con lo establecido en la Norma 042 Norma de humanización del parto institucional. Las mujeres que reciben apoyo continuo tienen menos posibilidades de manifestar insatisfacción con sus experiencias de parto. Este comentario argumenta que las objeciones frecuentes a la implementación de esta intervención pueden resolverse fácilmente.
- La cardiotocografía (NST) como una forma de monitoreo electrónico para la evaluación fetal no reporta beneficios a corto y a largo plazo y además su uso está asociado a aumento significativos en los índices de cesárea y de partos vaginales asistidos.

Para el primer periodo del parto se observaron 17 Intervenciones de enfermería en una muestra fraccionada de 15 usuarias de 16 que corresponden a la muestra total.

INTERVENCION 1. Presentarse ante la paciente brindando nombre completo.

De los derechos y obligaciones del usuario

Artículo 8.- Derechos de los Usuarios. Los usuarios del Sector Salud, público y privado gozarán de los siguientes derechos:

1. Acceso a los servicios garantizados conforme se establece en la presente Ley.
2. Trato equitativo en las prestaciones y en especial la gratuidad de los servicios de salud públicos a la población vulnerable.

Para efectos de la presente Ley, son vulnerables todas aquellas personas que no disponen de recursos para satisfacer las necesidades mínimas para su desarrollo humano. También son vulnerables grupos especiales de personas de acuerdo a factores biopsicosociales, entre otros el binomio madre-niño, personas de la tercera edad y personas con discapacidad.

3. Gratuidad a los servicios en el sector público, cuando el usuario forme parte de la población vulnerable, con prioridad en las áreas materno-infantil, de acuerdo a programas de los servicios integrales de emergencias, de hospitalización y en los servicios ambulatorios, medios de diagnósticos, medicamentos y biológicos,

disponibles en el territorio nacional conforme las listas básicas definidas por el Ministerio de Salud.

4. A ser informado de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico, sobre su proceso de atención incluyendo nombre del facultativo, diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento y a recibir la consejería por personal capacitado antes y después de la realización de los exámenes y procedimientos establecidos en los protocolos y reglamentos. Cuando médicamente no sea aconsejable comunicar datos al paciente, habrá de suministrarse dicha acción a una persona adecuada que lo represente. El paciente tiene derecho a saber el nombre completo del médico responsable de coordinar la atención. Cuando el usuario requiera la información por medio escrito le deberá ser entregada por esa vía.
5. Confidencialidad y sigilo de toda la información, su expediente y su estancia en instituciones de salud pública o privada, salvo las excepciones legales.
6. Respecto a su persona, dignidad humana e intimidad sin que pueda ser discriminado por razones de: raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical, tipo de enfermedad o padecimiento, o cualquier otra condición, conforme los tratados internacionales que sean suscritos por la República de Nicaragua.
7. A no ser objeto de experimentación por la aplicación de medicamentos o procedimientos diagnósticos, terapéuticos y pronósticos, sin ser debidamente informado sobre la condición experimental de estos, de los riesgos que corre y sin que medie previamente su consentimiento por escrito o el de la persona llamada legalmente a darlo, sin correspondiere o estuviere impedida hacerlo.
8. El usuario tiene derecho, frente a la obligación correspondiente del médico que se le debe asignar, de que se le comunique todo aquello que sea necesario para que su consentimiento esté plenamente informado en forma previa a cualquier procedimiento o tratamiento, de tal manera que pueda evaluar y conocer el procedimiento o tratamiento alternativo específico, los riesgos médicos asociados y la probable duración de la discapacidad. El usuario es libre de escoger el procedimiento frente a las alternativas que se le presenten. El consentimiento deberá constar por escrito por parte del usuario, salvo las siguientes excepciones:

9. Cuando la falta de intervención represente un riesgo para la salud pública.
10. Cuando el paciente esté incapacitado para tomar decisiones en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares inmediatos o personas con suficiente poder de representación legal.
11. Cuando la emergencia no permita demoras que puedan ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.
12. La negativa por escrito de recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad civil, penal y administrativa al médico tratante y al establecimiento de salud, en su caso; pudiendo solicitar el usuario el alta voluntaria.
13. A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.
14. A que se le extienda certificado de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal, reglamentaria o por solicitud del interesado.
15. A ser representados en las diferentes instancias de participación social que para tal efecto promueva el Ministerio de Salud, orientadas a mejorar la calidad de la prestación del servicio, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollan.
16. A que quede constancia en el expediente clínico de todo su proceso de atención, en todas y cada una de las instancias del sector salud. Al finalizar la atención del usuario en una unidad de salud, el paciente, familiar o personas con suficiente poder de representación legal, recibirá su informe de alta.
17. A efectuar reclamos y hacer sugerencias en los plazos previstos en la presente Ley y su Reglamento.
18. A exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud, cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.
19. A recibir en cualquier establecimiento de salud público o privado, atención médica quirúrgica de emergencias cuando la necesite mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o su salud. El Reglamento de la presente Ley establecerá los

criterios para la calificación de la situación de emergencias y las condiciones de reembolsos económico a la unidad de salud por los servicios prestados al paciente.

20. El usuario, o su representante según sea el caso, tiene derecho de examinar y recibir todas las explicaciones que le permitan una comprensión integral de la factura y en particular de todos los gastos que se han generado, con independiente de la persona o entidad que deba asumir el costo.

Protocolo de acogida al usuario/a para I y II Nivel de Atención

Objetivo: protocolizar el proceso de acogida para lograr la uniformidad de la atención en la institución.

Definición: es el conjunto de acciones realizadas por las distintas personas de una institución de salud, cuyo fin es lograr la satisfacción de las expectativas del usuario.

Valoración: el proceso de acogida al usuario es una actividad que requiere de la contribución de todo el personal de una institución y comprende desde la recepción del usuario en la portería hasta el egreso de las instituciones prestadoras de servicios.

- Todo el personal deberá considerar el proceso de acogida como la actividad más importante y es la parte humana la que dará una característica de adaptabilidad para que los usuarios puedan tener mayor confianza y sentirse como en casa.
- El usuario al presentarse a un hospital, trae consigo un cumulo de problemas y lo primero que desea es encontrar la satisfacción de esos problemas y es nuestro principal objetivo, por lo cual contar con un personal entrenado, capacitado en atención al usuario.
- Pondremos especial énfasis en las necesidades de salud demandadas y procuraremos establecer debidas coordinaciones con otros servicios o instituciones con el propósito de dirigirlo al lugar adecuado, cuando en nuestra institución no puedan ser satisfechas, recordemos que trabajamos para nuestros usuarios.
- Se pretende que el sello de esta estrategia de calidad en la atención de salud sea integral y con características del propio modelo de cuidado de enfermería y otras

relacionadas a normativas y líneas de acción para atender y ampliar sin límites esta estrategia.

- En principio se esperan reacciones normales, pero va a depender de los directivos en lo que el convencionamiento, el respeto para lograr cambios culturales y una sólida convicción que se manifieste en una franca actitud hacia la mejora continua de la calidad y poder controlar, comportamientos hacia un cambio permanente.

Proceso para la ejecución del plan de atención al usuario

- Al ingresar el usuario a la institución prestadora de servicios de salud recibirá orientación e información necesaria desde la portería hasta su ingreso.
- Será clasificada su atención para evitar demoras haciendo de su conocimiento. La cordial bienvenida que estará en cada una de las emergencias y consulta externa.

Quien podrá clasificar

- Puede ser una enfermera general
- Bien un médico orientado y capacitado, sobre técnicas en el manejo de la calidad y buen trato.
- El personal de admisión en la misma sintonía saludará, se identificará y recepcionará información acerca del usuario para que pueda ser atendido.
- Cabe señalar que este personal debe poseer habilidades y destrezas en el manejo de la comunicación efectiva que permita una percepción proactiva acerca de las diferentes formas para que el usuario pueda acceder a una consulta general o especializada.
- El personal de enfermería establecerá contacto directo en la atención identificándose, procediendo a los cuidados según patologías aplicando a lo inmediato: valoración, planificación, ejecución y evaluación para su debido manejo haciendo uso correcto de los registros de enfermería.
- El personal de enfermería y el médico desde este momento orienta a cerca de los derechos y deberes según ley general de salud.

- El personal de enfermería en coordinación con el médico tiene responsabilidad para apoyar y explicar tratamiento, exámenes especiales etc. Y lo refiere para su manejo clínico.
- Todo procedimiento especial lo acompañará el personal de enfermería (previo dialogo terapéutico que permita reducir temores).
- Una vez que ingrese el paciente al servicio referido: el personal de enfermería continuara la misma secuencia del trato: comunicación fluida, identificación, se entregará un dístico según la condición y el estado de ánimo si no se puede entregar al familiar en caso que no pudiese leer estamos en la obligación de dar a conocer su contenido.
- Se dará a conocer reglamentos internos de hospitalización con el propósito de despejar dudas e incertidumbres en el usuario.
- El médico recepciona, saluda y se identifica con el usuario, ofreciéndole su apoyo.
- Realiza historia clínica y examen físico y hace hincapié en aquellos aspectos considerados de relevancia y que puedan contribuir al diagnóstico.
- Analizar aspectos subjetivos y objetivos y establece un diagnostico presuntivo.
- Ordena prueba de apoyo diagnóstico presuntivo.
- Ordena pruebas de apoyo diagnóstico explicando detalladamente cada uno de ellos.
- Brinda educación al usuario orientado a la disminución de los factores de riesgo y la prevención de las complicaciones.
- Respeta los derechos del usuario en todo momento, procurando establecer una efectiva relación médico usuario.
- Deriva al usuario a otra especialidad si el caso así lo requiere o lo transfiere a otro nivel de atención para la resolución de su previa lectura y entrega del consentimiento informado.
- Cuando el usuario se le ha indicado alta, se le informará oportunamente.
- Se entregará epicrisis y se orientará sobre su tratamiento e indicaciones médicas, dieta, cita para su control, esta información será dada por el médico y enfermera.
- Se elaborará un plan educativo acerca de sus necesidades.
- Se aplicará una encuesta de opinión.
- Se evaluará todo el proceso, dando a conocer los resultados mensualmente.

La comunicación enfermera-paciente en el cuidado

Los seres humanos tienen por naturaleza comunicarse a lo largo de la historia de la humanidad; este proceso es constante y por ende genera entre las personas una interacción que puede mantener a un individuo o a la sociedad en general en una relación mutua.

En la actualidad, derivado de los cambios en la población, aspectos demográficos y migratorios, la comunicación se vuelve deficiente, por lo que existen evidencias de que este proceso no se realiza y que en ciertos sectores como el de la salud existe este problema. En el ambiente hospitalario es frecuente observar que todo el personal tiene un ritmo de trabajo acelerado; sin embargo, la comunicación no puede ser escasa, debe ser constante y existir una relación de compañerismo, que permita a los miembros del equipo de salud realizar sus actividades de manera que el paciente reciba de ellos atención con calidad. Desde hace mucho tiempo, se ha caracterizado la relación enfermera-paciente como un “modelo de maternalismo” enfermero, que no es más que la actitud del profesional que considera al enfermo incapacitado para poder decidir sobre su propia situación de enfermedad y para la aplicación por sí mismo de los cuidados y de los procedimientos, y técnicas que le pueden ser de ayuda. (Leonel, Fajardo Ortiz, Titha López, & Papaqui Hernández, 2012)

Tabla #1: El personal de enfermería se presenta ante la paciente brindando su nombre completo durante el primer periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Se presenta ante la paciente brindando su nombre completo					
Frecuencia	0	0	15	0	15
Porcentaje	0%	0%	100%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las usuarias el personal de enfermería no le realizó la actividad durante la evaluación.

Se evidencia que el personal de enfermería del centro de salud Rubén Darío no se presenta ante las usuarias brindando su nombre completo, esta actividad es indispensable en todas las unidades de salud públicas o privadas ya que está contenido en la Ley General de salud (2002), artículo 8. Derechos de los usuarios, quien refiere que el paciente tiene derecho a saber el nombre completo del médico responsable de coordinar la atención, al mismo tiempo se sustenta con el protocolo de acogida al usuario (2003), el cual expresa que el personal de enfermería establecerá contacto directo en la atención identificándose y que este debe poseer habilidades y destrezas en el manejo de la comunicación efectiva. Partiendo de lo establecido por el protocolo que el personal de enfermería se identifique con las usuarias a las cuales les brinda su atención es el primer paso para establecer el vínculo de comunicación, confianza y aceptación por parte de la usuaria y aunque en el artículo de la Ley General de Salud (2002) se menciona al personal médico, el personal de enfermería constituye un elemento importante en la atención de las pacientes que la mayoría de veces actúa como facultativo, por lo tanto debe cumplir con este mandato de ley vigente y que en el puesto de salud en estudio se realicen acciones para que se le restituya este derecho a las usuarias.

INTERVENCION 2: Respeta la intimidad y privacidad de la paciente.

La persona y su derecho a la intimidad y privacidad

En cuanto a la persona humana como sujeto del Derecho, Serrano Alonso (1992) establece lo siguiente: El ser humano es el centro y razón de ser del Derecho, ya que éste trata de regular las diversas situaciones en que la persona puede encontrarse en su vida en sociedad.

Establecido lo anterior, es pertinente recalcar que uno de esos derechos inherentes a todo ser humano, es el derecho a respetar su intimidad, es decir, su derecho a la privacidad, ya que para que el individuo desarrolle su propia personalidad e identidad es necesario que goce de un área que comprenda diversos aspectos de su vida individual y familiar que esté libre de la intromisión de extraños.

Por ende, el derecho a la privacidad o a la intimidad se entiende que es la facultad que tiene un individuo de disponer de un terreno o espacio de su libertad individual, el cual no debe ser invadido por otras personas, sin su consentimiento.

Con el término intimidad nos referimos a aquello que es más propio y exclusivo de la persona, sólo a ella accesible y que sólo ella puede decidir compartir con otros. En el pasado se asimilaba al ámbito de las creencias morales y religiosas, al pensamiento y los deseos, a la memoria de las experiencias de la propia vida, a los sentimientos, etc. (Serrano Alonso, 1992)

La protección de la intimidad se hace efectiva mediante el respeto a la **privacidad**, término con el que definimos todo aquello que por derecho excluimos del acceso y conocimiento no autorizado a los demás, incluido el Estado.

La **confidencialidad** es la cualidad de aquello que se dice, se hace o se intercambia en un marco de confianza, con la seguridad de que no será compartido fuera de ese marco. Es el derecho a que la información sea accesible sólo para aquellos/as autorizados/as a tener acceso a ella, y obliga a las/los profesionales a no revelar ni utilizar la información obtenida en ese marco de confianza.

La intimidad y la confidencialidad

Una buena atención sanitaria solo es concebible si se fundamenta en el respeto a los Derechos Humanos. Sobre esta base ética se sustenta el respeto a la dignidad humana, de la que es un componente esencial la intimidad de la persona. Es frecuente que intimidad y privacidad se utilicen con un significado similar. En este texto nos referiremos a privacidad como esas dimensiones de la actividad de la persona en las que ésta despliega y realiza su intimidad. De esta forma distinguiremos, en referencia concreta al ámbito sanitario.

La privacidad informativa: se refiere a la información personal. Representa lo que otras personas pueden conocer de nosotros y qué datos nuestros podemos permitir que se manejen y para qué finalidad. Su respeto se realiza en el cuidado de la confidencialidad.

La privacidad corporal: Se refiere al propio cuerpo y sus funciones. Tiene que ver con el pudor y el recato que siente la persona ante exploraciones y cuidados en los que tiene que descubrir o exponer total o parcialmente su cuerpo. Su protección se materializa limitando la exposición del cuerpo a lo imprescindible, con la intervención tan sólo de las personas necesarias y con el consentimiento del/de la paciente, la privacidad genética hace referencia al patrimonio genético de la persona, ante ella la protección de la confidencialidad se debe extremar, dado que implica la privacidad informativa de más de una persona, cuando no de la totalidad de líneas parentofiliales completas.

La privacidad comunicativa: es la referida a la comunicación personal con otros. Su respeto requiere evitar la intromisión o el conocimiento de su contenido sin autorización de los/las intervinientes. La privacidad en espacial hace referencia al ámbito físico de existencia personal, dado a la intromisión de los demás, también en el ámbito sanitario toda persona necesita de un espacio propio, que debe ser respetado por el profesional y al que este debe acceder anunciándose previamente y solicitando autorización.

Protección de la intimidad y la confidencialidad: Las personas, con el fin de recuperar su salud, deben a menudo compartir con los profesionales que les atienden sus datos biográficos más personales. Y no solo son los datos, ya que en ocasiones tienen que descubrirse en sentido literal, de cuerpo y mente. Por eso, la protección de la intimidad adquiere un profundo significado ético, ya que ésta será más “exigible” según las circunstancias de algunas/os pacientes enfrentados a situaciones especialmente difíciles. La información sobre el propio cuerpo y la salud deben ser gestionadas por uno o una mismo/a, derivándose de ello las obligaciones consiguientes para los profesionales sanitarios.

La pérdida de la privacidad, cuando es evitable, produce un daño éticamente inaceptable. Para conocer si el daño puede ser evitable o no, es preciso conocer las circunstancias en las que se lleva a cabo la relación entre el profesional y el paciente. Una de estas circunstancias viene marcada por la noción de vulnerabilidad. La vulnerabilidad es la situación particular en la que una persona puede ser herida o dañada. Solamente cuando este concepto se utiliza en relación con alguien específicamente, puede determinarse su verdadera significación singular para la privacidad y confidencialidad. Como se plasmaba al comienzo de este apartado la persona es única y la persona cuando enferma es especialmente vulnerable.

Algunas situaciones concretas de vulnerabilidad:

- La condición de enfermo/a: la exposición de su intimidad a las/los profesionales sanitarios/os aumenta esa vulnerabilidad.
- La obligación de quienes participan en la atención sanitaria de cuidar e impedir el daño a la intimidad conlleva el deber de administrar éticamente el acceso a la misma. Esto implica, como acciones principales, el deber de obtención del consentimiento para ese acceso y la limitación del mismo a lo imprescindible y necesario, al prestar la atención requerida en cada momento. (Rubial, 2013)

Tabla #2: El personal de enfermería respeta la intimidad y privacidad de la paciente durante el primer periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Respeto la intimidad y privacidad de la paciente					
Frecuencia	15	0	0	0	15
Porcentaje	100%	0%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las usuarias el personal de enfermería le realiza la actividad durante el primer periodo del parto.

Se demuestra que el personal de enfermería del centro de salud Rubén Darío cumple con respetar la intimidad y privacidad de las pacientes tal como se estipula en la

Normativa 011 (2015), donde se desglosa como una de las actividades que se deben realizar durante la atención del primer periodo del parto y la cual se sustenta por Nuñez (2002), quien expone que está claro que el profesional de la salud sabe que no trata con cuerpos sino con seres corpóreos, que no es solo un caso sino una persona, y no debe ser indiferente el trato que se dé al cuerpo de un paciente ni a la información por él proporcionada. El paciente está plenamente consciente de que en ocasiones debe mostrar su cuerpo desnudo para que le sea realizado un examen físico con el objeto de que se le haga un diagnóstico, y es aquí donde el personal sanitario debe buscar un punto medio de manera que no se viole la intimidad del paciente, no se afecte su pudor y se respete al enfermo, tal como lo repite Nuñez (2002), tratar al paciente como un ser integral permite interactuar con él, facilitando el acceso a su intimidad y privacidad, es indispensable que el paciente sea consciente de que en ocasiones debe mostrar su cuerpo debido a que el personal de salud necesita explorarlo, observarlo, realizar pruebas con él y proporcionar un diagnóstico, por ello cada médico/a y enfermero/a no debe olvidar las barreras físicas que permitan la mejor interacción con la paciente.

INTERVENCION 3: Valoración de necesidades de la paciente.

Etapas de Valoración de Enfermería

Recolección de datos del estado de salud de la persona, familia y comunidad que conduce a la identificación de Problemas.

Tipos de datos

Subjetivos (S): Percepciones, sentimientos e ideas del paciente de su estado de salud.

Objetivos (O): Información observable, se pueden comprobar, mediante la valoración.

Documentales (D): Información obtenida en los registros escritos.

Fuentes de datos

Primaria o directa: Persona, familia y la comunidad fuente principal de datos

Secundaria o indirecta: Personal de salud, familia, organizaciones comunales, registros escritos.

Métodos de recolección de datos

Entrevista aplicando guía de valoración de los 11 patrones funcionales de salud: define 11 patrones de actuación relevantes para la salud de los pacientes, las familias y la comunidad, así como modelos y teorías según necesidades identificadas. En el siguiente cuadro se detalla la información que se debe recolectar en cada patrón.

Patrones funcionales de Margory Gordon

Patrones funcionales	Valora
1. Percepción-mantenimiento de la salud	Percepción del estado general de salud y bienestar. Seguimiento de prácticas sanitarias preventivas.
2. Nutricional- metabólico	Patrones de aportes de alimentos y líquidos, equilibrio de líquidos y electrolitos, capacidad general para la curación.
3. Eliminación	Patrones de la función excretora (intestinal, vesical y cutánea) y percepción del paciente.
4. Actividad/ejercicio	Patrón de ejercicio, actividad, entretenimiento, recreación y actividades vitales diarias; factores que interfieren con el patrón personal deseado.
5. Reposo/sueño	Patrones de sueño y periodos de descanso-relajación durante las 24 horas del día; cantidad y calidad de éstos.
6. Cognitivo/perceptivo	Adecuación de la percepción sensorial, como la visión, audición, gusto, olfato, tacto, percepción del dolor, capacidades funcionales cognitivas.
7. Autopercepción-auto concepto	Actitudes sobre el yo, percepción de habilidades, imagen corporal, identidad, sensación general de estimación personal y patrones emocionales.
8. Rol/relaciones	Percepción de los principales roles y responsabilidades en la situación de vida actual.
9. Sexualidad/reproducción	Percepción de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad. Etapa reproductiva y patrón de reproducción.
10. Afrontamiento-tolerancia al estrés	Patrones generales de afrontamiento, tolerancia al estrés, sistemas de soporte y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

11. Valores/creencias	Valores, objetivos o creencias que guían las elecciones o la toma de decisiones.
-----------------------	--

Tabla #3: El personal de enfermería realiza valoración de necesidades de la paciente durante el primer periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Realiza valoración de necesidades de la paciente					
Frecuencia	6	7	2	0	15
Porcentaje	40%	46.66%	13.33%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 46.66% de las usuarias el personal de enfermería le realiza la actividad de forma incorrecta y/o incompleta durante el primer periodo del parto, al 40 % le realiza la actividad y al 13.33 % no le realizó la actividad durante la evaluación.

Se refleja que el personal de enfermería del centro de salud Rubén Darío es capaz de valorar en la paciente sus necesidades y llegar a suplirlas, sin embargo existe una brecha entre el enfermero/a que lo realiza de forma integral, parcial y nula, y el que no contribuye a satisfacer las necesidades de las pacientes en el momento que más lo demanda incumple con lo establecido en la Normativa 011 (2015), donde está asignada como una de las actividades del primer periodo del parto la cual se sustenta con lo que expresa Arribas (2006), quien refiere que la valoración de las necesidades tiene una gran importancia para conocer la respuesta a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales y lo completa la Fundación de Enfermería FUDEN (2006), al exponer que el objetivo de la valoración de las necesidades es para conocer en un momento determinado la situación de salud real y sentida por la persona y su respuesta ante la situación, de acuerdo con lo expuesto por los autores es fundamental que el personal de salud identifique las necesidades que afectan a sus pacientes ante una situación actual y partiendo de ahí conocer la respuesta que por parte de ellos se refleja a través del desequilibrio de sus necesidades.

INTERVENCION 4: Canaliza con branula n° 16 o de mayor calibre.

Canalización

La canalización intravenosa es un método de acceso directo a la circulación venosa, ya sea periférica o central, que se ha convertido en una rutina cotidiana y ha dejado de ser un recurso excepcional complicado, reservado a casos críticos. Sin embargo, el uso de la Cánula IV en la administración de fármacos y soluciones puede provocar complicaciones, como hematomas o tromboflebitis. Incluso no siendo complicaciones graves, sí que van a ser siempre molestas para el paciente.

No siempre pueden evitarse estas complicaciones, pero una técnica correcta, unos niveles de higiene apropiados y un buen conocimiento del equipo que se utiliza pueden reducir su aparición y gravedad. Es importante protocolizar nuestros cuidados para unificarlos, prever las complicaciones y evaluar nuestras acciones.

Indicaciones para el uso de la canalización venosa periférica.

- Restituir el equilibrio del ácido base
- Administración de fármacos y fluídos al torrente circulatorio.
- Mantenimiento de la hidratación en pacientes con intolerancia oral.
- Transfusión de productos sanguíneos, eritrocitos y plasma.
- Nutrición parenteral
- Mantener un acceso venoso con fines terapéuticos.

Elección del lugar de la punción

Las áreas más comúnmente utilizadas para la terapia IV se encuentran en la zona más distal posible. En el caso de la cateterización periférica de MMSS debe plantearse primero en el dorso de la mano, continuar por antebrazo y flexura de codo. De esta forma, si se produce una obliteración de una vena canalizada, no provocamos la inutilización automática de otras más dístales. La utilización de venas de MMII es muy inusual y está desaconsejada debido a la mayor fragilidad y al riesgo de crear o acentuar problemas de retorno venoso.

- Dorsales metacarpianas: Tiene la ventaja de que daña mínimamente el árbol vascular: pero permite diámetros menores de catéter, limita el movimiento y puede variar el flujo según la posición de la mano.
- La radial y la cubital: Es muy cómoda para el paciente y garantiza un flujo constante, causa un mayor daño al mapa venoso del miembro superior.
- La basílica media y la cefálica media: Admite mayores diámetros de catéter y su canalización es fácil. Presenta el inconveniente de que el daño que causa el árbol vascular es importante y, además, puede variar el flujo.
- La Yugular externa: no es aconsejable debido, por una parte, a su fragilidad, y por otra, a su complicada progresión hacia la vena cava a causa de la tendencia a desviarse a venas superficiales y la presencia de válvulas venosas.
- Epicraneales en neonatos: venas temporales superficiales
- Venas de MMII (Excepcionalmente): arco venoso pedio dorsal.

En la administración de fármacos citostáticos, recomienda el acceso venoso por este orden:

- Antebrazo
- Dorso de la mano
- Muñeca
- Fosa antecubital

Venoclisis

Propósito: Mantener una vía intravenosa permeable, restaurar el equilibrio de líquidos y electrolitos y fines diagnósticos, asegurando el cumplimiento de los diez correctos.

Procedimiento

1. Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.
2. Prepara el equipo completo.
3. Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.
4. Explica al paciente el propósito del procedimiento.

5. Brinda privacidad, seguridad y comodidad al paciente.
6. Se asegura de tener buena iluminación.
7. Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.
8. Coloca el brazo del paciente en una superficie plana y firme.
9. Visualiza el área donde colocara la venoclisis.
10. Prepara el esparadrapo que utilizará para fijar el catéter.
11. Se coloca guantes no estériles.
12. Coloca el torniquete 5 a 10 cm por encima del área a puncionar.
13. Palpa la vena con los dedos índice y medio.
14. Limpia zona de abajo hacia arriba con solución antiséptica.
15. Fija la vena sin entrar en contacto con la zona limpia ya preparada, colocando el dedo pulgar junto a la vena y tirando hacia abajo sin contaminar el área limpia.
16. Introduce el catéter con el bisel hacia arriba en un ángulo de 15° a 30° atravesando la piel y disminuyendo el ángulo a la vez, para no romper la vena.
17. Cuando visualiza el retorno venoso hala el mandril suavemente un poco hacia atrás, sin soltar la fijación introduce el resto del catéter con los dedos índice y pulgar de la mano dominante.
18. Retira el torniquete.
19. Retira el mandril y lo desecha en el recipiente para objetos corto punzantes.
20. Comprueba permeabilidad pasando solución fisiológica en una jeringa.
21. Ocluye suavemente la punta de catéter para evitar retorno sanguíneo y retira la jeringa.
22. Fija el catéter con el esparadrapo que preparo previamente, fijando firmemente.
23. Se retira los guantes sucios.
24. Rotula el catéter con fecha, hora, calibre del catéter, nombre de la enfermera/o.

Procedimiento posterior

25. Deja cómodo al paciente.
26. Deja limpio y en orden el equipo utilizado.
27. Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.
28. Anota en expediente clínico.

Equipos venoclisis

- Bandeja con: cazo de motas de algodón.
- Catéteres de diferentes calibres 18, 20 para adulto.
- Guía de infusión.
- Torniquete.
- Esparadrapo o micropore.
- Recipiente de objetos cortopunzantes.
- Soportes
- Solución antiséptica
- Jeringa con solución fisiológica
- Guantes de examinación
- Riñonera o bolsa de papel
- Reloj con segundero. (Fundación UNO, 2014)

Tabla #4: El personal de enfermería canaliza con branula número 16 o de mayor calibre durante el primer periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Canaliza con branula número 16 o de mayor calibre si se indica.					
Frecuencia	0	0	15	0	15
Porcentaje	0%	0%	100%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las usuarias el personal de enfermería no le realizó la actividad durante la evaluación en el primer periodo del parto.

Se constata que el personal de enfermería del centro de Salud Rubén Darío no canalizó con branula número 16 o de mayor calibre a ninguna paciente, intervención que al ser independiente debe ser llevada a cabo por dicho personal, sin embargo es evidente que la actividad se vuelve dependiente al personal médico lo que conlleva a que la autonomía del personal de enfermería se vea reducida a una actuación limitada, es importante indicar que, la canalización es un procedimiento fundamental que permite el acceso al

sistema venoso de las usuarias, es por ello que Fundación UNO (2014), indica que la venoclisis tiene el propósito de mantener una vía intravenosa permeable, restaurar el equilibrio de líquidos y electrolitos y fines diagnósticos, asegurando el cumplimiento de los diez correctos. Esta actividad es un método invasivo de acceso directo a la circulación venosa tanto periférica como central que forma parte del conjunto de destrezas básicas de enfermería y por ello día a día se convierte en una actividad rutinaria generalizada en la asistencia sanitaria hospitalaria y aunque en un parto de bajo riesgo se mantiene expectante su utilización no está de más llevarla a cabo como un método preventivo para un futuro incierto en el que su utilización fuese necesaria. De igual manera es importante recalcar que todo el personal de enfermería tiene la técnica y practica correspondiente para su utilización de forma aséptica.

INTERVENCION 5: Toma de signos vitales y de frecuencia cardiaca fetal para detectar y reportar signos de peligro.

Signos Vitales

Los signos vitales, temperatura, respiración, pulso y tensión arterial son parámetros a través de los cuales es posible evaluar la salud de un individuo, pues sus valores se mantienen constantes dentro de ciertos límites, en estado de normalidad.

La valoración de los signos vitales es una de las funciones del personal de enfermería que permite detectar alteraciones potenciales o reales, modificatorias del equilibrio psicofísico del individuo. Esta valoración constituye el punto de partida en la toma de decisiones objetivas que determinan un cuidado reflexivo e individualizado al paciente.

La profesión de enfermería exige una preparación teórico-práctica continua a fin de permitir al enfermero actuar en forma segura y ordenada en el control de los signos vitales, al reconocimiento de sus alteraciones y la adopción de una conducta apropiada. (Chemes de Fuentes, 2008)

Las constantes vitales, monitorización básica

Las constantes vitales son aquellos parámetros que nos indican el estado hemodinámico del paciente, y la monitorización básica no invasiva es la medida de estas constantes sin invasión de los tejidos. Se consideran como principales parámetros fisiológicos: la frecuencia cardíaca (FC), la frecuencia respiratoria (FR), la presión arterial por medio de manguito neumático (PA), la temperatura periférica (T^a), y también se incluye actualmente la saturación de oxígeno ($SatO_2$) mediante pulsioximetría.

Frecuencia cardíaca: es la velocidad del pulso, es decir los latidos por minuto. Se puede obtener de forma manual y aislada (mediante estetoscopio), o de forma continua mediante un monitor con ECG, el cual nos dará un dato numérico (FC) y una curva con las ondas P, complejo QRS y T. El pulso varía con la edad, actividad física, estado emocional, fiebre, medicación y hemorragias.

Frecuencia respiratoria: son los movimientos respiratorios, el ciclo respiratorio comprende una fase inspiratoria (activa, de entrada de aire en los pulmones con la introducción de oxígeno) y una fase de espiración (pasiva, se expelen el anhídrido carbónico hacia el exterior). Se contabiliza de forma manual y aislada contando las contracciones torácicas producidas en un minuto, o de forma continua por medio de un monitor que nos ofrecerá un dato numérico (FR) y una onda que nos indicará el tipo de respiración.

Presión arterial: es la presión ejercida por la sangre a su paso por las paredes arteriales. Está determinada por el gasto cardíaco y la resistencia vascular periférica, por ello refleja tanto el volumen de eyección de la sangre como la elasticidad de las paredes arteriales. Existen dos medidas de presión: la sistólica que es la presión máxima, y la presión diastólica que es la presión mínima. Se puede medir de forma intermitente mediante manguitos neumáticos adaptados al tamaño y edad del niño y conectados a un aparato oscilométrico en el cual se puede programar el intervalo de tiempo de la medición, nos dará el resultado de la PAS, PAD y PAM. La medición de la PA también se puede realizar de forma continua e invasiva mediante catéteres arteriales conectados a un sensor de

monitorización y a un sistema de transcripción de presiones, en este caso nos ofrecerá una curva y el dato numérico de presiones.

Temperatura: es el equilibrio entre la producción de calor por el cuerpo y su pérdida. La obtención de la temperatura periférica se realizará mediante el clásico termómetro digital, o de forma continua mediante sensores externos (T° cutánea) que llevan incorporados las incubadoras y cunas térmicas; otra forma más invasiva de medir la temperatura central es por medio de sondas especiales insertadas en esófago, recto o arteria pulmonar y conectadas a un monitor. La temperatura es un factor importante en la hemodinamia ya que según su valor se activarán mecanismos para promover la producción de calor (vasoconstricción, aumento del metabolismo) o para promover la pérdida de calor (vasodilatación, hiperventilación y sudoración). Se debe tener en cuenta la susceptibilidad de los niños a las variaciones de temperatura ambiental, sobre todo en los neonatos y prematuros de bajo peso, por la inmadurez del centro termorregulador y la falta de grasa subcutánea. La monitorización de la temperatura diferencial (diferencia entre la T^a central y periférica) es un buen indicador de posibles complicaciones como la infección.

Frecuencia Cardíaca Fetal: Se expresa en latidos por minutos. Se debe auscultar durante el mayor tiempo posible hasta un máximo ideal de un minuto, en el mismo periodo en que se están haciendo los controles de la actividad uterina, es decir, cada media hora. La auscultación se realiza entre las contracciones y durante las mismas, especialmente en su fase de relajación. De este modo se auscultará o registrará la frecuencia cardíaca fetal basal (contada durante los intervalos entre contracciones). El registro gráfico de la frecuencia cardíaca fetal, obtenidos con métodos electrónicos, permiten medir y estudiar con mucha exactitud las variaciones que en ella se producen y de tal modo complementar y precisar los conocimientos adquiridos mediante la simple auscultación clínica del corazón fetal. (Schwarcz, Obstetricia, 2008)

La American Academy of Pediatrics y el American College of Obstetricians and Gynecologists (2002), recomiendan que durante el primer periodo del trabajo de parto y

en ausencia de anomalías se revise la frecuencia cardiaca fetal inmediatamente después de una contracción al menos cada 30 minutos y después cada 15 minutos en el Segundo periodo del trabajo de parto.

Tabla #5: El personal de enfermería realiza la toma de signos vitales y de frecuencia cardiaca fetal para detectar y reportar signos de peligro durante el primer periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Toma de signos vitales, y de Frecuencia Cardiaca Fetal para detectar y reportar signos de peligro.					
Frecuencia	2	12	1	0	15
Porcentaje	13.33%	80%	6.66%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 80% de las usuarias el personal de enfermería le realiza la actividad de forma incorrecta y/o incompleta durante el primer periodo, al 13.33% le realiza la actividad y al 6.66% no le realizó la actividad durante la evaluación.

Se evidencia que el personal de enfermería del centro de salud Rubén Darío en su mayoría le realiza a la paciente una toma de signos vitales de forma incompleta, una actividad que debe ser cumplida sin restricción alguna por parte del propio personal de salud ya que es indispensable en la toma de decisiones del estado de salud del individuo tal y como lo define Medicina (2013), los signos vitales son parámetros clínicos que reflejan el estado fisiológico del organismo humano, y esencialmente proporcionan los datos que nos darán las pautas para evaluar el estado de salud del paciente, indicando su estado de salud presente, así como los cambios o su evolución, ya sea positiva o negativamente y a como dice Chemes (2008), la valoración de los signos vitales es una de las funciones del personal de enfermería que permite detectar alteraciones potenciales o reales, modificatorias del equilibrio psico-físico del individuo. Esta valoración constituye el punto de partida en la toma de decisiones objetivas que determinan un cuidado reflexivo e individualizado al paciente, tal y como lo explican los autores la toma de signos

vitales es una de las herramientas que facilita al personal de enfermería reconocer las alteraciones de los pacientes y adoptar la conducta apropiada para la resolución de los problemas que puedan presentarse.

INTERVENCION 6: Oferta parto acompañado (Humanizado)

Parto humanizado y/o Empático (tratar de actuar en línea con la cultura)

Es el derecho que tiene la mujer de recibir información de calidad sobre su estado de embarazo con lenguaje sencillo y la libertad de elegir el acompañamiento, la posición de parir y la alimentación, en un ambiente adecuado, con privacidad, de acuerdo a lo que cree que va a ser mejor, a lo que siente que va a ser más seguro, reconociendo aquello que más la tranquiliza, garantizando la satisfacción de la usuaria. El personal de salud debe brindar la información técnica sobre situaciones inesperadas que pongan en riesgo la vida de la madre o del niño que puedan modificar las decisiones acordadas (MINSA, 2010).

Se entiende por parto humanizado o empático:

- Reconocer en madres y padres e hijos a los verdaderos protagonistas.
- Reconocer y respetar las necesidades individuales, incluida su cosmovisión y Espiritualidad de cada mujer/pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia
- Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento.
- Favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto (parto en cuclillas, en el agua, semi sentada, o como desee).
- Promover el vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de salud.
- Respetar la elección de la mujer de las personas que la acompañará en el parto (familiar, amigo(a), partera/o) y/o parteras o comadrona.
- Cuidar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido, evitando someter al niño a cualquier maniobra de resucitación o exámenes innecesarios.

Derechos de la Mujer Embarazada

- Estar acompañada por la persona de su confianza preferiblemente el cónyuge o compañero, siempre que no existan complicaciones, ni se altere el normal desarrollo del parto.
- Tener al recién nacido a su lado desde el momento del nacimiento y durante toda su estancia hospitalaria, siempre que la salud de ambos lo permita.
- Confidencialidad respecto de sus datos personales y sanitarios.
- Recibir información continua, completa y comprensible sobre la evolución del parto, así como de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que fueran necesarios, con sus ventajas e inconvenientes.
- Conocer el nombre completo y poder distinguir fácilmente la categoría profesional del personal de salud que le atiende.
- Recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de ella y de su hijo o hija, así como apoyo en el postparto que contribuya a la recuperación materna y al mejor cuidado del recién nacido, la cual debe incluir todos los datos del parto y del estado neonatal, que le permitan mantener la continuidad asistencial de los Servicios de Atención Primaria de Salud.
- Decidir sobre prácticas culturales o religiosas, siempre y cuando no suponga un riesgo para la salud de la mujer y del recién nacido.
- Recibir, del personal de salud, trato digno.
- Recibir orientación sobre la importancia del registro del niño y la niña posterior al egreso del hospital para garantizar sus derechos a un nombre, nacionalidad, salud y educación.

Facilitar el acompañamiento durante el proceso de atención en el embarazo, parto y postparto.

- Se permitirá a toda paciente contar con un acompañante al momento de la atención prenatal, la atención del parto, el puerperio o cualquier otros servicios de hospitalización incluyendo las salas de alto riesgo obstétrico (ARO). Se excluyen de éstas aquellas salas cerradas tal como: unidad de cuidados Intensivo, y/o unidad de

cuidados neonatales, unidades de cuidados coronarios, entre otros; debido a que en estas áreas se internan pacientes graves.

- En relación al numeral anterior la paciente decidirá quién de su familia la acompañará al momento de la atención prenatal, la atención del parto, el puerperio o cualquier otro servicio de hospitalización incluyendo las salas de alto riesgo obstétricos (ARO), lo que debe quedar documentado en el expediente. Este aspecto se puede iniciar a negociar desde las APN con el Plan de Parto.
- Se permitirá acompañante del sexo masculino (aún en la sala de labor y parto, y expulsivo) siempre y cuando las condiciones permitan y garanticen la privacidad de las otras pacientes.
- Al momento del ingreso o internamiento para la atención obstétrica toda paciente podrá recibir tres tarjetas:
 - ✓ Una de color verde de permanencia de un acompañante.
 - ✓ Una de color blanco para visitas.
 - ✓ Una azul para las parteras.
- El acompañante deberá ser mayor a los diez y seis años, salvo aquellos casos especiales donde exista previa evaluación por trabajo social y aprobación de la supervisora de sala.
- El acompañante debe estar libre de enfermedades infecto contagiosas (por ejemplo: catarro, rubéola, etc.) con el único objetivo de proteger a su familiar y resto de personas.
- Durante el pase de visita se le solicitará a los acompañantes salir de la sala, exceptuando los casos de adolescente que deben estar acompañadas (durante la evaluación) por familiar.
- Se permitirá realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos en presencia de un familiar que la paciente decida, pero deberán salir de la sala los acompañantes de las otras pacientes.
- Se prefiere que el acompañante de las pacientes menores de edad sea una persona adulta con capacidad legal para tomar decisiones y firmar el consentimiento informado, en relación a la atención en salud de su familiar (principalmente si se trata de autorización de procedimientos médicos o quirúrgicos).

- Todo familiar o acompañante debe conocer los derechos de su paciente, principalmente lo relacionado a la humanización o empático de la atención obstétrica; y así mismo deberán conocer sus deberes como acompañante o familiar, principalmente los aspectos relacionados al comportamiento y buena conducta en las salas o área de atención para preservar el bienestar de todas las pacientes.
- En caso que una embarazada o puérpera se encuentre internada en área críticas restringidas tales como: unidad de cuidados Intensivos, unidad de cuidados coronarios, sala de operación o en otras áreas consideradas críticas; el acompañante puede permanecer cerca de dichas salas o en la sala de espera (según sea el caso) para que pueda ser localizado de forma oportuna y rápida. (MINSA, 2010)

Tabla #6: El personal de enfermería oferta parto acompañado (humanizado) durante el primer periodo de parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Oferta parto acompañado (humanizado)					
Frecuencia	7	5	3	0	15
Porcentaje	46.66%	33.33%	20%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 46.66 % de las usuarias el personal de enfermería le realiza la actividad durante el primer periodo del parto, al 33.33% le realiza la actividad de forma incorrecta y/o incompleta y al 20% no le realiza la actividad durante la evaluación.

Se demuestra que el personal de enfermería del centro de salud Rubén Darío en su mayoría contribuye a ofertar el parto humanizado a las pacientes, sin embargo hay un cierto porcentaje que difiere en esta actividad incumpliendo con lo establecido en la Normativa 011 (2015), donde expresa que el apoyo continuo y acompañamiento de la paciente por familiares reduce la duración del trabajo de parto, aumenta las probabilidades de parto vaginal espontáneo y reduce la necesidad de analgesia intraparto además se sustenta por la Normativa 042 (2010), que reconoce a madres y padres e hijos como los verdaderos protagonistas a los que se les respeta sus necesidades

individuales incluida su cosmovisión y espiritualidad estableciendo que las mujeres que reciben apoyo continuo tienen menos probabilidades de manifestar insatisfacción con sus experiencias de parto. Partiendo de esta cita es importante redefinir que el personal de enfermería debe establecer un verdadero vínculo de comunicación con las pacientes, el cual les permita brindarles la mayor información posible que garantice satisfacción de necesidades y cree el vínculo de apoyo enfermero-paciente.

INTERVENCION 7: Vigilar el estado de hidratación materna.

Cambios en el volumen y composición del líquido intravascular

El trabajo de parto y el parto pueden interpretarse como un ejercicio físico de alta resistencia. Es lógico por tanto que la hidratación apropiada contribuya a mejorar la función del músculo uterino.

Es importante enfatizar que los fluidos intravenosos, aunque sean soluciones cristaloides no dejan de ser drogas y como tales tienen una limitación en dosis y por supuesto no carecen de efectos secundarios. Un trabajo dedicado a medir los efectos de las soluciones cristaloides y coloides en la precarga y en el volumen sanguíneo determinó por el método de medición con indocaná verde y espectrofotometría de pulso, que sólo el 28% del Ringer Lactato (RL infundido permanece en el espacio intravascular después de 30 minutos. Considerando el aumento de la permeabilidad capilar durante el embarazo y el tiempo limitado que los cristaloides permanecen en este espacio algunos especialistas han sugerido que la hidratación debería mantenerse por vía oral y el volumen administrado debe ser dictado por la sed materna.

En nuestros días las muertes maternas por Síndrome de Mendelson son extremadamente raras, esta disminución de la morbimortalidad por bronco aspiración se debe más a la expansión del uso de bloqueos centrales que a la instauración de políticas de NPO. Esas políticas rígidas ya no se consideran apropiadas una vez demostrados los beneficios de la hidratación oral. Durante el trabajo de parto normal, el consumo de líquidos claros (agua, zumos sin pulpa, café, té, bebidas deportivas, ente otras) mejoran

el confort y la satisfacción materna, reducen el riesgos de acidosis y sobrecarga hídrica, sin incrementar el riesgo materno.

Evidencia científica sobre la ingesta durante el trabajo de parto

Existe información limitada sobre las necesidades energéticas de la mujer en trabajo de parto, pero éstas son similares a las de un ejercicio aeróbico moderado y continuo. El proceso de parto incrementa el consumo de O₂ y glucosa, la producción de CO₂, y los niveles de lactato en sangre materna. La glucosa es la principal fuente de energía durante el trabajo de parto, tanto para la mujer como para el feto. Cuando ésta disminuye en sangre materna, se inicia el proceso de neoglucogénesis, con el consecuente incremento en los niveles sanguíneos de ácidos grasos (AAGG) no esterificados (para producir glucosa), hidroxibutirato (principal cuerpo cetónico en el parto, fruto del metabolismo de los citados AAGG), ácido acético, cortisol y adrenalina (lo que lleva al organismo a una situación de estrés) y Shirley, en 1974, demostraron que no hay un intervalo de tiempo desde la última ingesta. (Parsons et al., 2006)

Tabla #7: El personal de enfermería vigila el estado de hidratación materna durante el primer periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Vigila el estado de hidratación materno					
Frecuencia	10	5	0	0	15
Porcentaje	66.66%	33.33%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 66.66 % de las usuarias el personal de enfermería le realiza la actividad durante el primer periodo del parto, y al 33.33% le realiza la actividad de forma incorrecta y/o incompleta.

Se evidencia que el personal de enfermería del centro de salud Rubén Darío en su mayoría logra cumplir con la vigilar el estado de hidratación materna en el proceso de atención al parto, sin embargo un cierto porcentaje difiere de esta iniciativa realizándolo de forma incompleta lo que indica que hay una falla en el cumplimiento de la Normativa

011 (2015), en la cual se establece como una de las actividades que se deben llevar a cabo en el primer periodo del parto, dicha actividad es sustentada por Bender (1997), quien expresa que una hidratación adecuada, lo que con frecuencia se denomina normo hidratación, es importante para la salud y el bienestar ya que incluso pequeñas pérdidas de agua corporal pueden afectar de forma negativa al músculo en cuanto a la fuerza, la resistencia y la captación máxima de oxígeno. Tal y como lo explica el autor citado es necesario que el personal de enfermería vigile el estado de hidratación materno porque eso contribuye a que la mujer gestante durante su proceso de parto obtenga la fuerza y resistencia necesaria para enfrentar su trabajo de parto, aparte de ello mejora la oxigenación tanto de la madre como del feto.

INTERVENCION 8: Orienta la ingesta de líquidos azucarados.

La hidratación intravenosa no es necesaria para todas las mujeres en trabajo de parto normal, con el agravante de que limita su comodidad y movimientos. Las pacientes en trabajo de parto deben ingerir líquidos claros azucarados y alimentos livianos en forma moderada. (M.sloutel & Goldem, 1999)

Tabla #8: El personal de enfermería orienta la ingesta de líquidos azucarados durante el primer periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Orienta la ingesta de líquidos azucarados					
Frecuencia	13	1	1	0	15
Porcentaje	86.66%	6.66%	6.66%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 86.66 % de las usuarias el personal de enfermería le realiza la actividad durante el primer periodo del parto, al 6.66% le realiza la actividad de forma incorrecta y/o incompleta y al 6.66% no le realizó la actividad durante la evaluación.

Se demuestra que el personal de enfermería del centro de salud Rubén Darío cumple en gran parte en orientar a la paciente acerca de la ingesta de líquidos azucarados, sin embargo un cierto porcentaje que, aunque es mínimo y que puede ser insignificante

afecta por completo la perspectiva del cumplimiento de dicha actividad en el centro de salud impuesta por la Normativa 011 (2015), la cual es sustentada por la OMS (2015), quien aunque la considera como una recomendación débil y de muy baja calidad de evidencia, la aplica como una de sus recomendaciones en su artículo para la conducción del trabajo de parto, porque no difiere ni afecta en ninguna manera si la gestante ingiere o no líquidos azucarados quedando como elección propia de la paciente. Aunque el artículo lo deja a elección de la paciente es importante recordar que otra de las actividades dentro del parto es la vigilancia de la hidratación materna, lo que desde el punto de vista analítico hace relacionar estas dos actividades las cuales mutuamente contribuyen de una u otra manera a mejorar la resistencia, fuerza y oxigenación de la gestante en el proceso del trabajo de parto, ya que el ayuno y deshidratación pueden repercutir negativamente en el trabajo de parto y producirse agotamiento materno, lo que puede llevar a distocia del parto y por ende a complicación perineonatal.

INTERVENCION 9: Orientar a la paciente colocarse en decúbito lateral izquierdo, deambular o adoptar la posición en la que se sienta cómoda.

Favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto (parto en cuclillas, en el agua, semisentada, o como desee).

Posiciones durante la fase de dilatación

La mujer debe elegir la posición que prefiera. No se recomienda la posición supina durante la fase de dilatación porque presenta una serie de problemas desde el punto de vista fisiológico.

La compresión de los grandes vasos sanguíneos dorsales interfiere con la circulación y disminuye la presión sanguínea con la consiguiente disminución de la oxigenación fetal. La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil, menos frecuente y la necesidad de pujar se toma más dificultosa debido al mayor esfuerzo de estar favorecida por la fuerza de la gravedad.

El descenso más lento incrementa el uso de técnicas que aceleran el proceso y estimulan el sufrimiento fetal. El cóccix es comprimido contra la cama, que lo fuerza hacia delante estrechando la salida pélvica, con mayor dificultad y alargamiento de la expulsión. La mujer durante su trabajo de parto puede moverse y cambiar de posición las veces que lo necesite y quiera. La posición vertical, es más fisiológica y acorta el tiempo de trabajo de parto en un 25 %.

El caminar o la misma posición de pie estimula las contracciones, favorece el descenso del feto y dilatación del cuello uterino. Haciendo que las contracciones sean más eficientes y menos dolorosas, por lo cual muchas mujeres sienten la necesidad de caminar asistidas por sus acompañantes.

La única excepción que apoya la posición supina durante el período de dilatación es cuando las membranas se han roto estando la cabeza alta. Por lo contrario se debe cumplir con lo dispuesto en la norma de atención del parto. (MINSa, 2010)

Decúbito lateral: proporciona a la madre una gran libertad de movimiento en cuanto a los movimientos de anteversión/retroversión y nutación/contranutación, simplemente variando el grado de flexión de la cadera contraria al lado de apoyo. Puede ser una buena opción en caso de tener que parir en decúbito.

La posición de SIMS (posición inglesa): es la que más va a favorecer. La parturienta descansa sobre el lado izquierdo, con la rodilla y el muslo derecho flexionado y levantado. En esta postura el periné se relaja y el sacro podrá desplazarse a fin de aumentar el tamaño de los estrechos: podrá hacer contra nutación, aumentando así el estrecho superior (fase de encajamiento) o nutación, aumentando así el estrecho medio y el inferior (fase de descenso y de desprendimiento). Esto se consigue moviendo la pierna que queda arriba en todos los parámetros, con lo cual se facilita el paso del bebé por los distintos estrechos. El trabajo del útero se ve facilitado contrayéndose con mayor intensidad y menor frecuencia que en decúbito supino. Los efectos del cambio de posición

en la contracción uterina aparecen inmediatamente y duran tanto tiempo como se mantenga la posición. (Gonzales & Rocha Ortiz, 2005)

La posición materna tiene un efecto muy manifiesto sobre las contracciones uterinas. Cuando la madre se halla en decúbito dorsal, las frecuencias de las contracciones es mayor y su intensidad menor que cuando está en decúbito lateral izquierdo. No se han encontrado diferencias entre decúbito lateral derecho y el izquierdo. Cuando la madre se halla en posición vertical (sentada, de pie o de ambulando), la intensidad de las contracciones uterinas es mayor que cuando está en decúbito dorsal. No existe diferencia en la frecuencia de las contracciones uterinas entre ambas posiciones. Los cambios en la contractilidad uterina aparecen inmediatamente después del cambio de posición y persisten durante todo el tiempo en que esta se mantiene. (Schwarcz, Fecina, & Duvergues, 2008)

Tabla #9: El personal de enfermería orienta a la paciente colocarse en decúbito lateral izquierdo, deambular (caminar) o adoptar posición en la que se sienta cómoda durante el primer periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Orienta colocarse en decúbito lateral izquierdo, deambular (caminar) o adoptar la posición en la que se sienta cómoda.					
Frecuencia	7	3	5	0	15
Porcentaje	46.66%	20%	33.33	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 46.66% de las usuarias personal del personal de enfermería le realiza la actividad durante el primer periodo del parto, al 33.33 % no le realizó la actividad durante la evaluación y al 20 % le realiza la actividad de forma incorrecta y/o incompleta.

Se refleja que el personal de enfermería del centro de salud Rubén Darío en un cierto porcentaje cumple con la actividad orientando a la parturienta, sin embargo el centro de

salud se ve afectado con relación al personal que no la realiza o la realiza de forma incorrecta, ya sea no orientando los beneficios que traen consigo los cambios de posiciones durante el trabajo de parto y la comodidad que adquiere la paciente al adoptar la posición que para ella resulta más conveniente incumpliendo con lo establecido en la Normativa 011 (2015), en la que se indica como una actividad que se debe ser llevada a cabo en la atención del primer periodo del parto y con la normativa 042 (2010), quien refiere que la mujer debe elegir la posición que quiera y que durante su trabajo de parto puede moverse y cambiar de posición las veces que lo necesite, las cuales son sustentadas por la OMS (2015), al exponer que indicarle a la paciente cambiar la posición en la que se mantiene durante el trabajo de parto tiene efectos positivos en el alineamiento de la pelvis y su apertura; en la frecuencia, duración y eficiencia de las contracciones; en el efecto de la gravedad y en la oxigenación al feto. Está claro la importancia del cambio de posición de la gestante durante el trabajo de parto tanto por la distracción que provoca ante la incomodidad resultante del malestar obstétrico como por los beneficios que de ella se obtienen al relajar la tensión muscular que incrementa el dolor por lo tanto esta actividad debe promoverse con el mayor ímpetu y sin restricciones en cada una de las pacientes.

INTERVENCION 10: Motivar la micción espontánea.

Se debe favorecer la micción espontánea de la parturienta, pero sino es posible está indicado el sondeo, ya que Aunque no existe evidencia al respecto, la vejiga llena parece a veces impedir el descenso fetal. Además la distensión vesical puede producir hipotonía del órgano y aumenta el riesgo de infección. (Fuentes, 2010)

Según el centro nacional de excelencia tecnológica en salud (2014), se debe favorecer la micción espontánea ya que el sondeo vesical es molesto y no se recomienda de manera rutinaria.

Ante la sospecha de retención urinaria si la paciente no orina de manera espontánea, se recomienda el vaciamiento de la vejiga, ya que la vejiga vacía favorece el descenso de la presentación en el trabajo de parto. No existen estudios relevantes para el cuidado

de la vejiga en la atención del trabajo de parto, sin embargo, ante la sospecha de retención urinaria si la paciente no orina de manera espontánea se recomienda el vaciamiento de la vejiga, ya que la vejiga vacía favorece el descenso de la presentación en el trabajo de parto.

Tabla #10: El personal de enfermería motiva la micción espontánea durante el primer periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Motiva la micción espontánea					
Frecuencia	6	1	8	0	15
Porcentaje	40%	6.66%	53.33%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 53.33 % de las usuarias el personal de enfermería no realizó la actividad durante la evaluación en el primer periodo del parto, al 40 % le realiza la actividad y al 6.66% le realiza la actividad en forma incorrecta y/o incompleta.

Se evidencia que el personal de enfermería del centro de salud Rubén Darío en un cierto porcentaje cumple con orientar a la paciente sobre la micción espontánea, sin embargo el centro de salud se ve afectado con el personal que no la realiza incumpliendo con lo establecido en la Normativa 011 (2015), la cual indica que se debe motivar la micción espontánea y evitar cateterismo para contrarrestar su acción Inhibidora sobre la contractilidad y la cual se apoya con el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en salud, CENETEC (2014), donde expone que orientar a la paciente a la micción espontánea contribuye a mantener la vejiga vacía lo que favorece el descenso de la presentación fetal y de esa manera evita el cateterismo vesical que no recomienda como una actividad de rutina. De acuerdo con lo expuesto por el artículo se considera importante promover la actividad de tal forma que la paciente utilice el baño las veces que lo amerite siempre y cuando no se sospeche de retención urinaria que impida que la paciente logre miccionar espontáneamente y por tanto se considere la utilización del catéter vesical para favorecer el vaciamiento de la vejiga y contribuir al descenso de la presentación fetal, con técnicas de asepsia correcta.

INTERVENCION 11: Orienta a la paciente ejercicios de respiración, durante las contracciones.

Ejercicios de Respiración: A través de estos ejercicios se les enseña a la embarazada los diferentes tipos de respiración indispensables para el Parto y se les insta a practicarlos de manera constante, ya que harán que las etapas de dilatación y expulsión sean más llevaderas. Estos ejercicios se practican a lo largo de toda la sesión del Curso de Parto Psicoprofiláctico. Entre sus beneficios podemos mencionar:

- Ayudan a una correcta oxigenación del bebé en las contracciones durante el Parto.
- Contribuyen al control emocional y relajación tanto en el momento del Parto como durante todo el embarazo. Desarrollan la capacidad de enfocar la atención en la respiración, exhalando e inhalando tranquila y profundamente a lo largo de cada contracción, pudiendo revertir el proceso y disminuir el dolor y el estrés.

Las técnicas de Respiración impartidas en el curso son de respiración consiente y controlada, dada su importancia al momento de las contracciones y el parto mismo. Las técnicas son:

- **Respiración Abdominal:** Consiste en tomar aire por la nariz y ver cómo se llenan los pulmones, al tiempo que se hincha poco a poco el abdomen. A continuación, se suelta progresivamente el aire por la boca mientras se contraen los músculos del diafragma. Este tipo de respiración se debe realizar cuando comienzan las contracciones más fuertes.
- **Respiración Jadeante:** Se trata de respirar con rapidez y de forma entrecortada, para que la parte superior del tórax suba y baje, sucesivamente. Este tipo de respiración es muy útil durante la dilatación, impidiendo que durante las contracciones el fondo del útero y el diafragma entren en contacto; también sirve para controlar el deseo de pujar cuando todavía no es el momento.
- **Respiración Torácica:** Consiste en realizar dos o tres respiraciones profundas y cortas desde el tórax. Antes de expulsar el aire, se contraen los músculos abdominales y relaja la parte baja de la pelvis. Cuando ya no se pueda mantener por más tiempo la respiración, soltar el aire relajando el abdomen. Este ejercicio se puede realizar sentada o acostada y se utiliza durante el periodo de expulsión del feto. Es lo

que se conoce como pujos, ya que la madre siente una gran necesidad de empujar, entre contracción y contracción. Durante el último mes de embarazo, es mejor realizar este ejercicio de respiración con precaución para evitar que se adelante el parto. (MINSA, 2010)

La respiración rítmica durante el parto aumentará la cantidad de oxígeno que inhalas para ti y para tu bebé. Las técnicas de respiración también podrían ayudarte a sobrellevar las contracciones y a hacer que te sientas más satisfecha con tu participación en el trabajo de parto. El uso de métodos de relajación durante el parto, incluyendo las técnicas de respiración, también está asociado con una reducción en la incidencia de los partos asistidos (con el uso de fórceps o ventosas). Cuando estás tensa o asustada, tu respiración se vuelve superficial y rápida. Los músculos de tus hombros y cuello se contraen y tiran hacia arriba, poniéndose tensos y rígidos. Si llegas a entrar en pánico, empiezas a respirar demasiado rápido, absorbiendo el aire hacia los pulmones y exhalando en pequeños y agudos soplos.

La respiración de pánico reduce la cantidad de oxígeno que inhalas para ti y para tu bebé. Es posible que te sientas mareada y descontrolada, que sientas un hormigueo o cosquilleo en los dedos y que la boca se te empiece a adormecer. La respiración de pánico es una reacción común en las situaciones muy estresantes o asustadoras. Es una reacción normal, pero tu cuerpo no puede permanecer en este estado por mucho tiempo sin que te agotes completamente. Durante el parto, tu meta es conservar la energía lo más posible y brindarle a tu bebé una gran cantidad de oxígeno para ayudarlo a sobrellevar el estrés del nacimiento. La respiración rítmica puede ayudarte a lograrlo y podría tener un impacto muy positivo en el nacimiento de tu bebé. (Villalba, 2009)

Tabla #11: El personal de enfermería orienta a la paciente ejercicios de respiración durante las contracciones en el primer periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Orienta ejercicios de respiración durante las contracciones					
Frecuencia	9	5	1	0	15
Porcentaje	60%	33.33%	6.66%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 60 % de las usuarias el personal de enfermería realiza la actividad durante el primer periodo del parto, al 33.33% le realiza la actividad en forma incorrecta y/o incompleta y al 6.66% no le realizó la actividad durante la evaluación.

Se demuestra que el personal de enfermería del centro de salud Rubén Darío cumple en gran medida con orientar a la paciente acerca del ejercicio respiratorio durante las contracciones, sin embargo un cierto porcentaje difiere de esta acción realizándolo de forma incompleta y aunque la actividad no es evadida por completo es importante recordar que se encuentra establecida en la Normativa 011 (2015), como uno de los cuidados maternos fetales que se deben realizar durante la atención del primer periodo del parto, dicha actividad es sustentada por Bulchholz (2001), que expone que la parte más importante de la preparación para el parto la constituye la respiración y el aflojamiento del tono muscular por medio de la relajación, lo que supone una aceptación y disminución del dolor en la mujer; los ejercicios respiratorios aumentan la capacidad pulmonar, centran la atención durante el parto y consiguen que la madre se relaje durante las contracciones para poder focalizar mejor el esfuerzo durante los pujos; sobre todo es fundamental que la gestante aprenda a respirar adecuadamente, ya que la vida que se está gestando requiere de oxígeno para un desarrollo sano y fuerte, además, esta disminuye la acidosis, responsable del dolor muscular. Partiendo de lo expuesto por el autor está claro la importancia de instruir y practicar con la paciente los ejercicios de respiración que traen consigo un sinnúmero de beneficios que contribuyen a satisfacer necesidades de la paciente, es por ello que esta actividad debe implementarse sin restricciones y promoverse en el centro de salud en estudio.

INTERVENCION 12: Identifica progreso insatisfactorio de trabajo de parto.

- **Uso del partograma**

El partograma es un instrumento indispensable para evaluar el curso y la calidad de atención del parto de forma individual. Este instrumento determina cuando la evolución del parto es normal o no, además contribuye al diagnóstico de la necesidad de oxitócicos y la realización de procedimientos como el parto instrumental o la cesárea. (MINSA, 2015)

Con la paciente ingresada a sala de labor, iniciar el llenado del partograma con curva de alerta, tan pronto se considere que la parturienta ha iniciado trabajo de parto. Llene en el partograma los datos generales de identificación de la usuaria: Nombres y Apellidos, número de expediente y fecha de elaboración del mismo. En la hora real en que inicia la elaboración del mismo, registre la tensión arterial, pulso, posición materna (LD: lateral derecho, LI: lateral izquierdo, D: dorsal (acostada boca arriba), SS: semisentada, S: sentada, PC: parada o caminando), intensidad de contracciones (+: débil, ++: normal, +++: fuerte), localización del dolor (SP: suprapúbico, S: sacro).

Si es requerido, utilizar las casillas de observaciones; éstas casillas se encuentran en la parte inferior del partograma, con las letras a, b, c, d... hasta la letra o. Cada una de estas letras se corresponde con el tiempo real representado en el partograma. Si tuviese que anotar una observación, cuya interpretación lleve a una decisión de diagnóstico, de tratamiento y/o de referencia; marque con un asterisco la letra correspondiente. Por ejemplo, si a las 11:00 AM realizó la primera valoración y hay observaciones que hacer, marque la letra a con un asterisco y en una hoja adicional en blanco registre los comentarios diagnósticos, de tratamiento y/o de referencia. Si 15 minutos después (11:15 AM) realizó otra valoración, no marque la letra b con asterisco, sino que utilice nuevamente la letra a, pero en esta ocasión regístrela como a.2., siguientes valoraciones en la misma hora en tiempo real, pueden ser registradas como a.3, a.4, etc. Ejm: a.2: 11:15 AM. Se encuentra que la actividad uterina se ha detenido... (Descripción de la situación encontrada), por lo que consideramos que cursa con... (Diagnóstico), tomando la decisión de... (Acción terapéutica y/o de referencia a otro nivel de atención).

Otros elementos que debe valorar desde el inicio del trabajo de parto, en el partograma son:

Frecuencia Cardiaca Fetal (FCF), el cual se representa por un cuadrado en el tiempo real correspondiente, tomando como valores de referencia para graficar, los que se encuentran en la parte derecha del partograma. En el partograma se pueden graficar FCF que van desde 90 por minuto, hasta 200 por minuto. La frecuencia cardíaca fetal se debe tomar de la siguiente manera:

La Frecuencia Cardiaca Fetal (FCF) debe de medirse entre contracciones (período de relajación). Tome la FCF por un minuto completo y durante 15 segundos multiplicado por 4, para la búsqueda de dips tipo II, por lo menos una vez cada 30 minutos durante la fase activa (a partir de los 4-5 cms. de dilatación) y durante cada 5 minutos durante el segundo periodo (periodo expulsivo), cuando se investiga el dips II, éste debe considerarse positivo cuando una caída transitoria de la FCF con respecto a la basal tenga una amplitud mayor de 15 latidos por minuto. Si bien se considera normal FCF entre 120 y 160 por min., la variabilidad normal no debe exceder los 12 latidos; si hay bradicardia (FCF menor de 120) o taquicardia (FCF mayor de 160) en período de rebajamiento sospeche sufrimiento fetal. Debe anotarse e interpretarse además, las variaciones de FCF que correspondan a DIPS Tipo I, DIPS Tipo II y a DIPS Variables que se pueden auscultar e identificar durante las contracciones uterinas.

Actividad Uterina

Según Schwarcz R. (2008), la define como el producto de la intensidad por la frecuencia de las contracciones uterinas y se expresa en mmHg por 10 minutos o unidades Montevideo.

La frecuencia de las contracciones uterinas en 10 minutos, se grafica utilizando un triangulito en el tiempo real del partograma correspondiente a la valoración. Lo normal en el trabajo de parto, es que se produzcan 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos. A medida que el trabajo de parto va progresando, las contracciones uterinas aumentan en frecuencia, intensidad y duración. Las variaciones de las contracciones uterinas, deben

interpretarse: Si bien en el trabajo de parto, se considera normal 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos; de 40 a 60 segundos de duración y de intensidad normal (++) , variaciones en cualquiera de estos parámetros requieren una interpretación, que deben derivar en acciones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia para la parturienta.

Dilatación Cervical

Se grafica utilizando un punto en el tiempo real que se corresponde con la dilatación cervical. El graficar correctamente la dilatación cervical nos permite elaborar adecuadamente la curva real y la curva de alerta. La utilización adecuada del partograma, permite incluso reducir el número de tactos que se realizan a la parturienta, reduciendo las molestias y el riesgo de infecciones. Si las membranas ovulares se hubiesen roto espontáneamente, en tiempo real debe registrarse (REM-Ruptura Espontánea de Membranas), o si sucediere al momento de realizar un tacto vaginal, ya sea accidentalmente o por una indicación precisa, en tiempo real debe registrarse (RAM-Ruptura Artificial de Membranas).

Al momento de realizar el tacto vaginal, además de precisar la dilatación cervical, se debe valorar la variedad de posición de la presentación. Recuerde que la variedad de posición de la presentación cefálica más frecuente, es la Occipito Izquierda Anterior (OIA), seguida por la Occipito Derecha Posterior; por lo tanto estas son las primeras variedades de posición que todo trabajador de la salud que atiende partos debe tratar de identificar.

Si se observa la salida de meconio de forma espontánea o se identifica éste al realizar el tacto vaginal, en el partograma, en tiempo real, la presencia de meconio debe registrarse M.

Los planos Hodge, de acuerdo al grado de encajamiento y descenso de la presentación, deben graficarse según corresponda a cualquiera de los planos: I, II, III, IV. Si la presentación fue graficada adecuadamente basado en un examen confiable, lo lógico es que en el avance del trabajo de parto se registre un descenso de la cabeza fetal, no un ascenso.

La curva real que debe elaborarse en todo partograma, resulta de la unión con una línea continua de los diferentes puntos correspondiente a los tactos realizados por la persona que examina. La curva real debe elaborarse desde el primer contacto con la parturienta en trabajo de parto, hasta el momento del nacimiento. Al monitorear el partograma con curva de alerta y no encontrar una curva real graficada hasta el momento del nacimiento traduce que:

- ✓ A la parturienta le fue realizada una operación cesárea, por lo tanto no se graficó la curva real hasta el final, pero además en las notas se encontrará la descripción de porqué se decidió la realización de esta cirugía.
- ✓ La parturienta fue referida a otra unidad de salud de mayor nivel de resolución. Una copia del partograma con curva de alerta, debe acompañar toda referencia a otra unidad de salud, en donde se refleja el diagnóstico y motivo de traslado.

La curva de alerta (línea punteada) deberá iniciarse, en los casos de parturientas que llegan con poca dilatación, al momento que la curva real se intercepta con la línea de base (la línea de base es una línea continua impresa en el partograma que se encuentra entre los 4 y 5 cms de dilatación cervical). Este punto de intersección deberá ser marcado no con un punto, ya que se confundiría con otro tacto realizado, sino con un cero pequeño (0) y que se denota como punto cero, punto de inicio o punto de partida. En situaciones en donde la parturienta llegue con trabajo de parto avanzado, la elaboración de la curva de alerta se iniciará según corresponda, de acuerdo a la información obtenida a través del tacto vaginal, es decir: 4.5 cms, 5 cms, 6 cms, 7 cms, 8 cms, 9 cms, 10 cms. Si llega en período expulsivo y el parto es inminente, puede realizarse posterior al nacimiento.

Elaboración de la curva de alerta: el recurso de salud que vigila el trabajo de parto o atiende partos, debe seleccionar de forma correcta, de acuerdo a las características de la parturienta, la columna correspondiente a ese caso particular en una de las 5 variantes: vertical: Todas, con membranas íntegras, no importando la paridad (vertical significa caminando, parada o sentada). Horizontal: hay 2 categorías multíparas y nulíparas; cualquiera sea la paridad, puede estar con membranas ovulares íntegras o rotas. Este

patrón de construcción puede seleccionarse mediante el uso de flechitas ascendentes o resaltando el contorno de la columna seleccionada.

Debe compararse e interpretarse la curva real que se va obteniendo en los diferentes tactos realizados, con la curva de alerta previamente elaborada: La curva de alerta es el tiempo máximo normal (en base al percentil 10) que puede durar el trabajo de parto. Normalmente, en ninguna situación la curva real debe cruzar la curva de alerta (Trabajo de Parto Prolongado u Obstruido). Tampoco es normal que la curva real sea vertical y que se aleje demasiado de la curva de alerta (Trabajo de Parto Intempestivo o Parto Precipitado por hiperdinamia uterina inducida o espontánea), lo cual también trae serias complicaciones al binomio materno-fetal.

Los cambios de patrones en la curva de alerta deben graficarse en el partograma: de posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas. Cuando la parturienta cambia de posición vertical (caminando, de pie, sentada) a horizontal (acostada), o bien que se rompan las membranas; inmediatamente con la nueva valoración se debe cambiar el patrón de construcción de la curva de alerta por la nueva correspondiente, modificando la curva de alerta a partir de la dilatación graficada en la curva de alerta previa.

Exploración vaginal o tacto

Según Schwarcz R. (2008), un tacto para ser útil y no repetirlo más de lo necesario deberá ser completo e informará sobre:

- ✓ La amplitud y elasticidad del periné, de la vulva y la vagina.
- ✓ La situación, el grado de reblandecimiento y de borramiento y la dilatación del cuello (en su trayecto y en ambos orificios).
- ✓ El grado de amplitud de la cúpula vaginal y del segmento inferior.
- ✓ La existencia o no de bolsas y, en caso afirmativo, sus características.
- ✓ Los caracteres de la presentación en lo referente a actitud, posición, variedad y altura. (En relación con los planos de Hodge), sin olvidar la desfiguración que imprime la posible existencia del tumor serosanguíneo.
- ✓ Procidencia.

- ✓ Los caracteres de la pelvis y del arco del pubis y en las primíparas las medidas del diámetro promontosubpubiano.
- ✓ Los signos de proporción o desproporción pélvica fetal.
- ✓ La presencia de meconio o sangre en los dedos al retirarlo al finalizar los dedos.

Los tactos vaginales deberán ser además de completos, asépticos y en lo posible poco frecuentes.

Tabla #12: El personal de enfermería identifica progreso insatisfactorio del trabajo de parto en el primer periodo.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Identifica progreso insatisfactorio del trabajo de parto					
Frecuencia	0	0	0	15	15
Porcentaje	0%	0%	0%	100%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100 % de las usuarias la actividad no es realizada por el personal de enfermería, en esa unidad de salud es llevada a cabo o es realizada por el médico.

Se evidencia que al total de las usuarias el personal de enfermería del centro de salud Rubén Darío, no se involucran en la identificación del progreso insatisfactorio del trabajo de parto al no realizar tactos vaginales ni utilizar la gráfica de partograma, actividad que ha dejado relegada al médico/a, y aunque la actividad no es realizada por el personal en estudio es importante resaltar que se cumple tal y como lo estipula la Normativa 011 (2015), en la que se establece como una de las actividades que se debe llevar a cabo en el primer periodo del parto y orienta que si es identificada se proceda referir a especialista, se hospitalice o se maneje según Protocolo de Emergencias Obstétricas lo que corresponde a la Normativa 109 (2013), en donde se establece que toda mujer embarazada puede presentar una complicación obstétrica y la mayoría de las complicaciones no pueden ser pronosticadas ni prevenidas, pero si tratadas. De allí la importancia de vigilar la buena evolución del parto y la toma de decisiones que más convengan a la parturienta y a su hijo-a es por ello que se incentiva al personal de

enfermería y a todo individuo involucrado en la atención de la parturienta a seguir implementándola tal y como lo estipula la normativa.

INTERVENCION 13: Identifica distocias de la contractilidad uterina

Distocias de la contractilidad uterina

Son distocias maternas por disturbios de las fuerzas impulsoras. Pueden ser: cuantitativas (por disminución o aumento de la contractilidad), o cualitativas (por aparición de contracciones anómalas, “espasmódicas”).

Disminución de la contractilidad uterina (hipodinamia) bajan la intensidad (menos de 20 mm Hg de presión amniótica) y la duración de las contracciones (hiposistolia). Son además espaciadas (bradisistolia con menos de 2 contracciones cada 10 minutos).el tono suele estar disminuido (menos de 8 mm Hg).Aumento de la contractilidad (hiperdinamia). La intensidad de las contracciones es elevada (superior a 50 mm de Hg, hipersistolia), la frecuencia mayor de 5 contracciones en 10 minutos (polisistolia) y el tono aumenta porque la relajación se hace cada vez menos completa. (Schwarcz, Fecina, & Duvergues, 2008)

Hipodinamia: Es una actividad uterina de 1 a 2 contracciones en 10 minutos, con duración menor de 40 segundos. Sin que existan desproporción céfalo pélvico y parto obstruido. Se prolonga el tiempo del trabajo de parto, provoca agotamiento materno, deshidratación y alimentación insuficiente y los riesgos de infección se incrementan por las revisiones repetidas (tactos vaginales). (Macías & Gómez, 2007)

Hiperdinamia: Es una hiperactividad, que se manifiesta principalmente por la intensidad de las contracciones, que es superior a 50 mm hg (hipersistolia). La frecuencia es algo mayor más de 5 contracciones en 10 minutos. (Macías & Gómez, 2007)

Tabla #13: El personal de enfermería identifica distocias de la contractibilidad uterina (hipodinamia/hiperdinamia) y lo reporta en el primer periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Identifica distocias de la contractibilidad uterina (hipodinamia/hiperdinamia) y lo reporta.					
Frecuencia	0	0	0	15	15
Porcentaje	0%	0%	0%	100%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las usuarias el personal de enfermería no le realiza la actividad porque en esa unidad de salud es realizada por el médico.

Se evidencia que al total de las usuarias el personal de enfermería del centro de salud Rubén Darío, no se involucran en la identificación de distocias de la contractibilidad uterina, actividad que ha dejado relegada al médico/a, y aunque no es realizada por el personal en estudio es importante resaltar que se cumple tal y como lo estipula la Normativa 011 (2015), en donde se establece como una de las complicaciones que se pueden presentar durante el primer periodo del parto, por ello Middleton P. (2008), expresa que el trabajo de parto se caracteriza por una actividad uterina rítmica y coordinada, acompañada de borramiento, dilatación cervical y de descenso del feto a través del canal del parto indicando que si el trabajo de parto no presentara las características antes mencionadas estaría ante la probabilidad de presentar distocias dinámicas a las que define como aquellas producidas por la existencia de una actividad uterina defectuosa, ineficaz o inapropiada para conseguir la dilatación cervical y/o el descenso de la presentación a las que clasifica como hipodinamia e hiperdinamia por otra parte Schwarcz R. (2008), la define como los disturbios de la contractilidad uterina o de la fuerza impulsora del útero para producir el pasaje del feto por el canal pelvi-genital del parto. La vigilancia de la actividad uterina es un procedimiento no invasivo con técnica palpable capaz de realizarse por el personal de enfermería previo conocimiento de las características definitorias que permiten la identificación de alteraciones las que contribuyen a complicaciones posteriores, el personal de enfermería es un miembro

importante y esencial en la atención del parto y que este posea las actitudes y aptitudes correspondientes para actuar en forma segura, oportuna y efectiva es primordial en una unidad de salud en la que la mayoría de las veces actúa como facultativo y por ello es importante promover que en la unidad de salud en estudio el personal de enfermería tenga una participación directa con la usuaria y que se involucre más en la identificación de las distocias que pueden presentarse en el primer periodo del parto.

INTERVENCION 14: Identifica distocias óseas y de partes blandas y lo reporta.

Son aquellas que sobrevienen cuando la perturbación del mecanismo del parto se debe a una modificación del tamaño, forma o inclinación de la pelvis ósea. También puede ser ocasionada por las partes blandas del canal (distocias de partes blandas). Se tendrá presente que la relación pélvico-fetal discordante, o mejor la desproporción pélvico-cefálica causada por una actitud viciosa del móvil fetal o su tamaño inadecuado puede convertir a una pelvis normal en una de estrechez relativa con respecto a un feto voluminoso (distocias de causa fetal). (Schwarcz, Fecina, & Duvergues, 2008)

La pelvis ósea constituye la parte más importante del canal del parto y está formada por la unión de cuatro huesos: el sacro, el coxis y los dos ilíacos. Las distocias por anomalías de la parte ósea se dividen en: distocia en pelvis con morfología normal y distocia en pelvis con morfología anormal.

- **Distocias en pelvis con morfología normal**

- ✓ Reducción de los diámetros del estrecho superior.
- ✓ Reducción de los diámetros del estrecho medio.
- ✓ Reducción de los diámetros del estrecho inferior.

- **Distocias de la pelvis con morfología anormal**

- ✓ Anomalías de la columna.
- ✓ Anomalías de las extremidades inferiores.
- ✓ Anomalías propias de la pelvis.

Tipos de pelvis

Pelvis ginecoide: se caracteriza por tener un estrecho superior redondeado, el diámetro transversal máximo está aproximadamente a la mitad del conjugado verdadero y tanto el segmento anterior como el posterior son amplios. El arco subpúbico es mayor de 85° ; las paredes de esta pelvis no convergen y las espinas ciáticas no son prominentes. Este tipo se encuentra con una frecuencia del 50%; por su nombre expresa el tipo de pelvis más adecuado para el parto vaginal.

Pelvis androide: En el estrecho superior la parte anterior es angosta y puntiaguda. El diámetro transversal máximo intercepta al conjugado verdadero más cerca del sacro, de modo que la superficie del segmento posterior es mayor que la del segmento anterior. El arco subpúbico es menor de 85° ; las paredes laterales tienden a ser convergentes y las espinas ciáticas son prominentes. Este tipo de pelvis se observa en un 26% de las mujeres. Una pelvis androide presenta dificultades en el encajamiento y en la rotación en las variedades posteriores. Pelvis infundibuliforme según la clasificación de González-Merlo.

Pelvis antropoide: El estrecho superior tiene una forma ovoide cuyo diámetro anteroposterior es mayor que el transversal. El ángulo subpúbico tiene una amplitud media, las paredes pelvianas a menudo convergen y las espinas ciáticas no son prominentes. La frecuencia es de un 18% y prevalece en la raza negra. Una pelvis antropoide presenta dificultades en el encajamiento y descenso en el estrecho inferior y en la rotación de las variedades transversa y posterior. Pelvis transversalmente estrecha, según el autor González-Merlo.

Pelvis platipeloide o plana: El estrecho superior es ovalado pero, al contrario de la pelvis antropoide, en la pelvis plana el diámetro transversal es mayor que el anteroposterior. El ángulo subpúbico es mayor de 90° ; las paredes laterales son amplias y las espinas ciáticas no son prominentes. Este tipo de pelvis se observa en un 5% de las mujeres. Una pelvis platipeloide dificulta la rotación interna y presenta dificultades en

el período expulsivo. Esta pelvis es denominada, según González Merlo, como simétrica plana pura.

Tabla #14: El personal de enfermería identifica distocias óseas y de partes blandas y lo reporta en el primer periodo de parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Identifica distocias óseas y de partes blandas y lo reporta.					
Frecuencia	0	0	0	15	15
Porcentaje	0%	0%	0%	100%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las usuarias el personal de enfermería no le realiza la actividad porque en esa unidad de salud es realizada por el médico.

Se evidencia que al total de las usuarias el personal de enfermería del centro de salud Rubén Darío, no se involucran en la identificación de distócicas óseas y de partes blandas, actividad que ha dejado relegada al médico/a, y aunque no es realizada por el personal en estudio es importante resaltar que se cumple tal y como lo estipula la Normativa 011 (2015), en donde se establece como una de las complicaciones que se pueden presentar durante el primer periodo del parto, de ahí la importancia de su vigilancia y resolución, según Schwarcz R. (2008), las define como aquellas que sobrevienen cuando la perturbación del mecanismo del parto se debe a una modificación del tamaño, forma o inclinación de la pelvis ósea las que incluso pueden ser ocasionadas por las partes blandas del canal, es importante indicar que la integridad anatómica y funcional de las estructuras que componen el canal del parto es indispensable para el progreso normal del nacimiento por ello Huang (1982), expresa que la pelvis ósea constituye la parte más importante del canal del parto y está formada por la unión de cuatro huesos: el sacro, el coxis y los dos ilíacos. Una identificación oportuna, efectiva y eficaz de las distocias óseas y de partes blandas es y seguirá siendo una actividad que día a día en cada unidad de salud en donde se atienden partos de bajo riesgo, debe implementarse por el simple hecho de que para que ocurra el parto es necesaria la integridad del canal de este, el personal de enfermería que se integra por completo en la

evaluación de la mujer embarazadas desde inicios de su captación de atención prenatal es una fuente significativa en el ejercicio de su identificación, recuerda que al llevar a cabo cada una de las atenciones prenatales durante el transcurso del embarazo, se realiza una serie de actividades que contribuyen a la reducción de factores de riesgos y por ende identificar una distocias ósea y de parte blanda desde inicios tempranos reduce en la mujer riesgos potenciales y reales.

INTERVENCION 15: Realiza amniotomía hasta los 10 cm de dilatación y evita amniotomía de forma innecesaria

Según la Normativa 011 (2015), define la práctica sistemática de la amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto en primigrávidas o multíparas de acuerdo a revisiones sistemáticas se ha encontrado que este procedimiento incrementan riesgo de procesos infecciosos y aumentan la necesidad de otras intervenciones como la cesaría, por lo que no existe justificación para realizarlo salvo excepciones médicas y deberá de estar consignado en el expediente clínico.

La amniotomía es una técnica muy utilizada en el ámbito de la obstetricia, que consiste en la rotura artificial e intencional de membranas durante el trabajo de parto. En la actualidad, existen dos posturas sobre ella: a favor de preservar las membranas para favorecer la progresión del parto y la realización de la amniotomía por rutina. Por ello, se acude a la evidencia científica y a recomendaciones de guías de prácticas clínicas para conocer las indicaciones y complicaciones de dicha práctica y así saber cuándo realizar la misma. (Cantizano, 2008)

Tabla #15: El personal de enfermería realiza amniotomía hasta los 10 cm de dilatación y evita amniotomía innecesaria en el primer periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Realiza la amniotomía hasta los diez centímetros de dilatación y evita amniotomía innecesaria					
Frecuencia	0	0	0	15	15
Porcentaje	0%	0%	0%	100%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las usuarias el personal de enfermería no le realizó la actividad porque en esa unidad de salud es realizada por el médico.

Se evidencia que a todas las usuarias el personal de enfermería del centro de salud Rubén Darío, no se involucran en la realización de amniotomía hasta los diez centímetros de dilatación ni de evitar la práctica innecesaria de tal actividad, la cual ha dejado relegada al médico/a, y aunque no es realizada por el personal en estudio es importante resaltar que se cumple tal y como lo estipula la Normativa 011 (2015), la cual explica que la práctica sistemática de la amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto en primigrávidas o multíparas de acuerdo a revisiones sistemáticas se ha encontrado que este procedimiento incrementa riesgos de procesos infecciosos y aumentan la necesidad de otras intervenciones como la cesárea, por lo que no existe justificación para realizarlo salvo excepciones médicas y deberá de estar consignado en el expediente clínico, además es sustentada por el artículo Recomendaciones de la OMS (2015), en donde se considera como una recomendación débil y de muy baja calidad de evidencia si se realizase innecesariamente antes de los 10cm de dilatación siguiendo los pasos del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en salud CENETEC (2014), quien también recomienda no realizar amniotomía artificial de modo rutinario en trabajo de parto que evoluciona de manera favorable, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados ni acorta el tiempo de trabajo de parto. Partiendo de lo establecido tanto por la normativa como por los artículos es importante resaltar que esta actividad fue basada en evidencias reales que garantizan que la utilización rutinaria de esta acción puede

conducir a complicaciones es por ello que se debe promover el manejo espontáneo del trabajo de parto hasta lograr el mayor avance posible e incentivar al personal de enfermería a involucrarse en su implementación ya que es una práctica que puede realizarse fácilmente por personal capacitado que posee habilidades y destrezas siempre y cuando la situación así lo amerite.

INTERVENCION 16: Prepara equipos de reanimación neonatal por si los necesitara.

Según la Asociación Española de Pediatría (2008), define la asfixia perinatal es la causa principal que condiciona la necesidad de reanimación cardiopulmonar del recién nacido (RN) en el momento del parto. Aproximadamente un 6% de los recién nacidos, porcentaje que se eleva hasta alcanzar el 80% en los niños prematuros, precisan reanimación en los minutos inmediatos al nacimiento. En un número importante de niños se consigue una adecuada reanimación con procedimientos sencillos, sólo un 2% precisan intubación endotraqueal y en menor porcentaje la administración de drogas y/o líquidos.

La asfixia es una situación de hipoxia que si se mantiene en el tiempo puede producir la muerte del feto o del recién nacido. En experimentación animal se ha visto, que en situaciones de anoxia el feto inicialmente incrementa la frecuencia respiratoria, posteriormente entra en apnea que se acompaña de bradicardia y de un aumento transitorio de la tensión arterial (apnea primaria).

Preparación para la reanimación

Anticipación

En el embarazo de riesgo la madre debe ser trasladada antes del parto a un centro con capacitación para realizar una reanimación neonatal completa, y que disponga de una unidad de cuidados intensivos neonatales. El útero es el medio de transporte óptimo. Ya que no siempre es posible el traslado materno, en todo hospital donde haya partos debe haber personal capaz de realizar todas las maniobras de reanimación y la estabilización posterior del recién nacido para el traslado a un centro adecuado.

Personal

- En todo parto debe haber al menos una persona responsabilizada de la atención al recién nacido con capacitación en reanimación neonatal inicial.
- Partos de bajo riesgo: al menos una persona entrenada en maniobras de reanimación neonatal inicial y localizable otra persona capaz de realizar la reanimación completa.
- Partos de alto riesgo: debe estar en el paritorio al menos una persona entrenada en reanimación cardiopulmonar completa.
- Cuando se prevea que va a nacer un neonato severamente deprimido deben estar presentes en el paritorio al menos dos personas expertas, una para ventilar y si es preciso intubar y otra para monitorizar y si es preciso dar masaje cardíaco y/o administrar drogas.
- En los partos múltiples deben organizarse tantos equipos y puestos de reanimación como fetos.

Tabla #16: El personal de enfermería prepara equipos de reanimación neonatal durante el primer periodo del parto por si los necesitara.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Prepara equipos de reanimación neonatal por si los necesitara					
Frecuencia	1	0	14	0	15
Porcentaje	6.66%	0%	93.33%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 93.33% de las usuarias el personal de enfermería no le realizó la actividad durante la evaluación en el primer periodo del parto y al 6.66% le realiza la actividad.

Se refleja que el personal de enfermería del centro de salud Rubén Darío en su gran mayoría no preparó el equipo de reanimación neonatal en caso de que se necesitara, dejando claro que incumplen con lo establecido con la Normativa 011 (2015), donde se establece que el personal de salud involucrado en la atención de la parturienta debe contar con lo necesario para atender el nacimiento y posibles complicaciones, recuerda que según Rodríguez, Borbonet, Silvera, & Moraes (2008), exponen que la adaptación a

la vida extrauterina se realiza en forma adecuada en la mayoría de los nacimientos, sin embargo en casi el 10% de los recién nacidos vivos requieren maniobras de reanimación es por ello que la Asociación Española de Pediatría (2008), orienta que en los partos de bajo riesgo se cuente al menos con una persona entrenada en maniobras de reanimación neonatal inicial y otra persona localizable capaz de realizar la reanimación completa. Tanto prever posibles complicaciones en la madre como en el niño es primordial, la preparación del equipo de reanimación neonatal es una de las actividades que contribuyen a esa noción, es por ello que tanto la normativa como los artículos recalcan la importancia de su implementación y de ahí la necesidad de orientar que en el centro de salud en estudio realice acciones que contribuyan en la vigilancia y manejo de lo establecido por la normativa.

INTERVENCION 17: Proporciona lo materiales y equipos para episiotomía

Se define como una incisión en la zona del periné, sector que va desde la vulva al ano. Se seccionan la piel y los músculos situados entre la vagina y el recto para aumentar el tamaño de la abertura vaginal en el periodo expulsivo del parto en el caso de que ésta sea insuficiente, con el objetivo de prevenir así los desgarros perineales de tercer y cuarto grado. Se realiza con tijeras/bisturí y requiere reparación con sutura. (Wooley , 1980)

Durante años, el uso de la episiotomía fue así rutinario, especialmente si la mujer era nulípara, hasta que diversos estudios evidenciaron que no lograba ninguno de los beneficios que se le atribuían tradicionalmente y que era más beneficioso realizar una práctica restrictiva de la episiotomía, pues esta puede provocar mayores lesiones, dolor y secuelas de los que su uso rutinario trata de prevenir.

Muchos son los organismos que avalan el uso restrictivo de la episiotomía con diferentes niveles de evidencia científica: The American College of Obstetricians and Gynecologists (2006), recomienda uso restrictivo de la episiotomía con nivel de evidencia A, Royal College of Obstetricians and Gynecologists (2002), “la episiotomía ni protege el suelo pélvico, ni previene la incontinencia de esfuerzo” con grado B de evidencia, College National of Gynecologues et Obsteticiens Francais (2005), “la episiotomía restrictiva

tiene beneficios para la madre” con nivel A de evidencia “y para el feto” nivel C (19), The Society Of Obstetricians and Gynaecologists of Canadá (2004), “la episiotomía de rutina no es necesaria en parto vaginal”

Actualmente la episiotomía ha sido restringida a casos especiales, pues ya en 1996, Belizan y Carroli (1998), concluyeron que no había pruebas suficientes de que el uso rutinario de la episiotomía tuviera un efecto beneficioso y que contrariamente, había pruebas claras de que podía incluso causar mayor daño. Otros estudios han demostrado que la episiotomía provoca más dolor, infección y disfunción sexual, que si se produjera una laceración espontánea, Cunningham y Col. (2011), con base en estudios observacionales, hacen mención al aumento en la incidencia de desgarros del esfínter anal y del recto causados por la episiotomía sistemática. También está expresada en el documento redactado por el Ministerio de Sanidad Española, la Estrategia de Atención al Parto Normal (2007), que se debe promover una política de episiotomía selectiva y no sistemática, como igualmente aconseja la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La episiotomía es la incisión que se realiza durante la segunda etapa del trabajo de parto bajo anestesia local para ampliar la abertura y dar paso a la cabeza fetal. La incisión se extiende desde la parte inferior de la abertura vaginal hasta el periné. La episiotomía se debería realizar en expulsivos largos, en los que hay riesgo de pérdida de bienestar fetal y tras valoración de su realización. No se debe llevar a cabo de forma sistemática. (Villalba, 2009)

La episiotomía según Schwarcz consiste en la sección perineo vaginal realizada en el sentido medio lateral o en la línea media. Esta se realiza para evitar desgarros importantes cuando la cabeza fetal coronando distiende excesivamente el periné sin ceder a la dilatación necesaria para su salida y cuando en periodos expulsivos prolongados con buenas contracciones y pujos eficientes, el periné resistente es el impedimento para el nacimiento del niño. A pesar de la maniobra manual protectora del periné de arriba indicada, en algunos partos se puede observar que el periné se distiende, se adelgaza y muestra un color blanco nacarado señalando inminencia de rotura. En este

caso, antes de que se desgarre espontáneamente en cualquier dirección y profundidad, interesando tejidos y órganos importantes en el trayecto ano-rectal es preferible practicar la episiotomía. La episiotomía no debe practicarse como una rutina. En los partos de término su frecuencia no tendría que superar en las nulíparas el 40% y en las multíparas el 15%.

Tabla #17: El personal de enfermería proporciona los materiales y equipos para episiotomía durante el primer periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Proporciona los materiales y equipos para episiotomía.					
Frecuencia	15	0	0	0	15
Porcentaje	100%	0%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las usuarias el personal de enfermería le realiza la actividad durante el primer periodo del parto.

Se evidencia que el personal de enfermería del centro de salud Rubén Darío en su totalidad prepara el equipo para episiotomía, actividad que se realiza de forma rutinaria y cumple con lo estipulado por la normativa 011 (2015), en donde se establece como una de las actividades que debe ser llevada a cabo en el primer periodo del parto y aunque amerita su preparación, deja en claro que la episiotomía no se debe realizar como procedimiento de rutina y que debe considerarse sólo en los casos de: parto vaginal complicado: nulíparas con periné resistente, parto de nalgas (si llega en expulsivo), distocia de hombro, parto con fórceps, extracción por vacío (vacuum) o ventosa obstétrica, cicatrizaciones de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado mal curados y sufrimiento fetal en el periodo expulsivo de igual manera en la Normativa 042 (2010), se indica que durante el proceso de atención del parto se debe eliminar la práctica rutinaria de episiotomía la cual según el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en salud CENETEC (2014), solo debe practicarse por personal capacitado y con conocimiento de la técnica de reparación adecuada y que su

indicación debe ser por escrito e informada a la paciente. De acuerdo a lo expuesto es necesario recalcar que se deja en claro que la episiotomía es una actividad que puede realizarse siempre y cuando la paciente cumpla con las condiciones que ameriten su ejecución de lo contrario debe evitarse y dejarse que el parto de bajo riesgo se desarrolle de la mejor manera posible y con la mayor monitorización por parte del personal de salud encargado de la atención de la paciente que contribuya a garantizar el mayor número de usuarias con periné intacto, sin embargo se debe contar siempre con el equipo necesario.

Evaluación del segundo periodo del trabajo de parto.

En este periodo se detecta y evalúa las desviaciones de los límites fisiológicos que se pudieran identificar, prevenir traumatismos obstétricos y/o prevenir hipoxia fetal.

El segundo periodo comprende el descenso, la rotación interna y el desprendimiento fetal, los hallazgos que sugieren un progreso satisfactorio en el segundo periodo del trabajo de parto son:

- El descenso constante de la presentación fetal por el canal de parto.
- La realización de la rotación interna de la cabeza fetal.
- El desprendimiento del feto, sin dificultades en el moldeamiento de la cabeza fetal.
- Monitorear y tomar decisiones con el partograma.

La expresión clínica de estas tres condiciones se manifiesta en el deseo de pujar de la mujer, se debe alentar una adecuada realización de los pujos en este momento, coincidiendo con el acmé de la contracción.

El moldeamiento de la cabeza fetal se evalúa a través de la valoración de la sutura sagital, pudiéndose encontrar:

- Sutura sagital palpable en toda su longitud sin cabalgamiento
- Sutura sagital con cabalgamiento pero reducibles
- Suturas superpuestas con cabalgamiento pero no reducibles (sospecha de desproporción cefalopélvica).
- Sutura con cabalgamiento mayor de 2 cm (sospechar muerte fetal)

4.9.2. Intervenciones de enfermería durante el segundo periodo del parto

- La utilización de ropa limpia y estéril, instrumental necesario, correcto uso de mascarillas y asepsia de región perineal son fundamentales para favorecer las condiciones de asepsia en el nacimiento del-a niño-a. Cuyo propósito es: remover secreciones vaginales y/o rectales y preparar ambiente limpio para el nacimiento.
- Aliente a la mujer para que adopte la posición adecuada que permita el pujo (cuclilla, semi-sentada, sentada, ginecológica y otras posiciones; salvo si existiera contraindicación médica).
- Si el pulso de la mujer se está acelerando, puede estar deshidratada, hipoglucémica o con dolor. Asegúrese de que reciba una adecuada hidratación, por vía oral o IV y administre la analgesia adecuada relacionada con consejería, analgesia o farmacológica de acuerdo a las condiciones del trabajo de parto.

En las siguientes actividades proceder de acuerdo a normativa de complicaciones obstétricas:

- Si la presión arterial de la mujer desciende o aumenta.
- Cualquier posición o presentación que no sea la occipito-anterior, con un vértice bien flexionado, se considera una anomalía de posición o presentación.
- Si se sospecha progreso no satisfactorio del trabajo de parto o trabajo de parto prolongado, investigue y maneje la causa del progreso lento.
- Hacer interpretación y tomar decisión con el partograma.

Es muy importante realizar y evaluar las siguientes actividades

Controles de la contractilidad uterina y los pujos maternos

- Si hay hipodinamia primitiva, se debe tratar con estimulación oxitócica y si es hipodinamia secundaria se deberá tomar en cuenta las causas de las mismas para descartar contraindicación del uso de Oxitocina.
- Se deberá estimular una adecuada ventilación y relajación de la parturienta entre contracciones.

- Se recomienda no efectuar amniotomía, hasta alcanzar los 10 cms de dilatación. Y solo en casos necesarios ya que se comentaba que las buenas practicas establecen que no debería de constituir una práctica de rutina.
- Orientar a la parturienta la técnica correcta del pujo.
- Protección del periné a fin de evitar desgarros y laceraciones.
- Evaluar la elasticidad de los tejidos vulvares, perineales y vaginales y el tamaño de la presentación.
- Evaluar la velocidad del descenso de la presentación y el impulso proporcionado por el pujo materno según la paridad materna.
- Permitir el avance de la presentación manteniendo su flexión hasta que la circunferencia suboccipitobregmática haya traspasado el anillo vulvar distendido.
- Solicitar a la parturienta suspender los pujos y mantener su respiración jadeante.
- Favorecer el desprendimiento lento, apoyando la mano izquierda sobre la presentación para que la extensión se realice lentamente, a fin de distender los tejidos para evitar los desgarros.
- Colocar la mano derecha provista de una gasa estéril sobre el periné, abarcándolo entre el pulgar y un lado de los dedos restantes del otro, sosteniéndole la presentación para que no se efectuó su avance y extensión bruscamente, acercándose a su vez hacia el rafe perineal los tejidos laterales del periné, con lo que disminuye la tensión.
- Favorecer la expulsión, siempre con la máxima lentitud posible.

Para el segundo periodo del parto se observaron 7 Intervenciones de enfermería en una muestra fraccionada de 7 usuarias de 16 que corresponden a la muestra total.

INTERVENCION 18: Ayuda a trasladar a la paciente a sala de expulsivo.

Sala de expulsivo

Según la Norma técnica para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria (1996), define a dicha sala como el ambiente en donde se atiende a la parturienta durante el periodo expulsivo y alumbramiento. La Sala de Parto cuenta con un solo acceso para el personal y paciente, a través de un puerta batiente de 1.20 mts de ancho. Esta sala contará con

una área de 30.00 m² y una altura mínima de 3.00 mts. Estará dotada con salidas para tomas de succión y oxígeno.

Es una inhóspita y fría habitación equipada con aparatos de quirófano, con lámparas de quirófano, camilla de “expulsivo”, bombas de infusión, etc. Allí sólo puede entrar la mujer por supuesto y un sólo familiar cuando está en los últimos minutos del trabajo de parto.

Condiciones básicas

- Debe contar con tomas fijas para el suministro de oxígeno y la aspiración controlada.
- La puerta tendrá un ancho mínimo de 1,80 m y será tipo batiente.
- Las paredes serán impermeables, lisas y lavables.
- Los pisos deberán ser lavables, lisos y con zócalos sanitarios.
- Debe contar con protección electromagnética, con descarga a tierra.
- La iluminación interior no podrá ser inferior de 500 luxes y de 5000 luxes sobre la camilla.
- La climatización exigida será frío-calor de tipo central o por acondicionadores individuales.
- No podrán existir elementos que dificulten la circulación y/o limpieza en el ambiente.

Tabla #18: El personal de enfermería ayuda a la mujer a trasladarse a sala de expulsivo en el inicio del segundo periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Ayuda a la mujer a trasladarse a sala de expulsivo.					
Frecuencia	6	0	1	0	7
Porcentaje	85.71%	0%	14.28%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 85.71% de las usuarias el personal de enfermería le realiza la actividad durante la evaluación en el segundo periodo del parto y al 14.28% no le realizó la actividad durante la evaluación.

Se evidencia que el personal de enfermería del centro de salud Rubén Darío en un mayor porcentaje contribuye a trasladar a la paciente a la sala de expulsivo, sin embargo a una minoría de las usuarias la actividad no fue observada, pero en este sentido cabe señalar que la actividad no se observó no porque se fallara en realizarla y no se cumpliera como una actividad independiente del personal de enfermería ya que no se encuentra establecida en ninguna normativa, sino por el simple hecho de que estas ya se encontraban en la sala de expulsivo, área que según la Norma Técnica para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria (1996), es el ambiente donde se atiende a la paciente durante el periodo expulsivo y alumbramiento la cual se ubicará contiguo a la sala de trabajo de parto y cumplirá con ciertas condiciones básicas. Aunque según la normativa la sala de expulsivo debe cumplir con ciertas condiciones básicas, se debe mencionar que el centro de salud en estudio, utiliza un lugar amplio donde se encuentra todos los elementos disponibles para la atención de un parto de bajo riesgo y aunque su infraestructura no es la mejor, cabe destacar que su utilización no ha sido un obstáculo para responder a las necesidades de las usuarias. Por lo que esta actividad se realizó de forma satisfactoria.

INTERVENCION 19: Cumple con las correctas técnicas de asepsia.

Asepsia

Es el conjunto de procedimientos que se emplean para evitar las infecciones de los tejidos en las intervenciones quirúrgicas. (MINSa, 2008).

Antisepsia

Relacionada con pacientes: desinfección de tejido vivo o piel. Relacionada con trabajadores de la salud: reducción o remoción de microbiota transitoria. (MINSa, 2008).

Antisepsia de manos

La principal vía de transmisión de Infecciones Intrahospitalarias son las manos. Los dispositivos utilizados en procedimientos invasivos o fallas en la antisepsia constituyen la segunda y tercera causa. En el primer caso, los bacilos gramnegativos (enterobacterias y no fermentadores) suelen ser los causales más frecuentes. En el caso de dispositivos

y fallas en la antisepsia, los estafilococos ocupan un lugar relevante. Por esta razón, la antisepsia de manos representa el procedimiento más sencillo e importante para el control de infecciones. Esto ha sido probado a través de los índices de disminución de IHH en los hospitales donde existe vigilancia de estas y con medidas de control preventivas como el uso de alcohol gel con glicerina 70%. (MINSAs, 2008). La antisepsia de manos representa el procedimiento más sencillo e importante para el control de infecciones nosocomiales.

Propósito de la antisepsia de manos

Los microorganismos que se encuentran en la superficie y profundidad de la piel de las manos y antebrazos y que pueden estar asociados a Infecciones Intra-Hospitalarias, pueden ser clasificados en dos grupos:

- **Microbiota transitoria:** Vive en la superficie de la piel y a ella se agregan todos los microorganismos que se adhieren a las diferentes partes de la piel por el contacto con los pacientes o superficies (en acciones como tomar el pulso, presión, temperatura, curación de heridas, maniobras invasivas o simplemente manipulación de objetos, equipos, dispositivos o superficies). Incluye todos los microorganismos aerobios, anaerobios facultativos y estrictos (esporas bacterianas).
- **Microbiota residente:** vive por debajo de la superficie en sitios que tienen contacto con el exterior, tal es el caso de todas las salidas de glándulas sebáceas, sudoríparas y pelos. Incluyen cocos grampositivos y bacilos difteroides. Es menos frecuente que se asocien a Infecciones Intra-Hospitalarias.

Uso de guantes: ¿por qué y cuándo usarlos?

El propósito de usar guantes es el de reducir la transmisión de agentes infecciosos en situaciones de alto riesgo. Para los pacientes, que el personal de salud utilice guantes en ciertas condiciones, significa la presencia de una barrera de protección contra aquellos microorganismos no eliminados durante la antisepsia de las manos. Para el personal de salud, el uso de guantes significa protección frente a la exposición de infecciones transmitidas a través de la sangre, tales como la hepatitis B, C o VIH. Por lo tanto, debe realizarse antisepsia de manos previo al uso de los mismos e inmediatamente después

de quitárselos debido a que las manos pudieron haberse contaminado durante los procedimientos a causa de perforaciones microscópicas, o contaminarse en el momento de removerlos.

¿Cuándo y cómo usarlos?

- Cuando pueda ocurrir contacto con sangre o cualquier fluido potencialmente infeccioso, excreciones, secreciones (excepto sudor), o ante el contacto de membranas o piel no intacta.
- Quíteselos inmediatamente después de atender al paciente. No use los guantes de un paciente para atender a otro, ya que estará transportando los microorganismos de uno hacia el otro. No se traslade a otras áreas con los mismos guantes ni toque materiales ni dispositivos después de haber terminado de realizar los procedimientos en un paciente determinado.
- Si el paciente es trasladado de un área considerada contaminada a una limpia, cámbiese los guantes antes de ingresar al área limpia.
- En caso de accidente y los guantes rompan o rasguen de manera obvia, descártelos inmediatamente. Lávese las manos con jabón antiséptico y luego aplíquese alcohol con glicerina antes de utilizar un par de nuevos guantes.

Tabla #19: El personal de enfermería cumple con las correctas técnicas de asepsia durante el segundo periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Cumple con las correctas técnicas de asepsia					
Frecuencia	7	0	0	0	7
Porcentaje	100%	0%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las usuarias el personal de enfermería le realiza la actividad durante el segundo periodo del parto.

Se constata que el personal de enfermería del centro de salud Rubén Darío cumple adecuadamente las técnicas de asepsia y antisepsia, actividad indispensable porque de este modo se garantiza una buena higiene para las pacientes y del equipo a utilizar, así como de las técnicas correctas que eviten su contaminación, estipulado por la Normativa 011 (2015), donde expresa que la utilización de ropa limpia y estéril, instrumental necesario, correcto uso de mascarillas y asepsia de región perineal son fundamentales para favorecer las condiciones de asepsia en el nacimiento del/a niño/a. De igual modo la Normativa 003 (2008), recalca que la prevención de las infecciones intra hospitalarias se logra a través del uso racional de antisépticos desinfectantes y el lavado de manos, lo cual contribuye a la reducción de la mortalidad en general y especialmente de la mortalidad materna, neonatal e infantil. Sin duda las medidas asépticas y antisépticas son acciones necesarias y vitales que la enfermera/o al realizarlos protege al paciente ante cualquier microorganismo patógeno presente en el ambiente intrahospitalario y en el momento del parto para proporcionar un lugar limpio tanto para la madre como al recién nacido/a.

INTERVENCIÓN 20: Alienta a que la mujer a adoptar la posición adecuada que permita el pujo.

Posiciones en el periodo expulsivo

Las posiciones que pueden adoptar la embarazada son las siguientes:

- ✓ Posición de cuclillas: Variedad anterior.
- ✓ Posición de cuclillas: Variedad posterior.
- ✓ Posición de rodillas.
- ✓ Posición sentada.
- ✓ Posición semisentada.
- ✓ Posición cogida de la soga.
- ✓ Posición pies y manos (cuatro puntos de apoyo).

Posición de cuclillas: Variedad anterior: es una de las posiciones de mayor preferencia por las mujeres de la zona rural, facilita la separación de las articulaciones entre los

huesos pelvianos, lo cual aumenta los diámetros pélvicos, favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto.

- El personal de salud se ubica arrodillado, en cuclillas o sentado en un banquillo bajo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- La embarazada debe mantener las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis.
- El acompañante actúa como soporte de la embarazada, sentada en un banquito bajo, coloca la rodilla a nivel de la parte inferior de la región sacra de la embarazada, la sujeta abrazándola por la región de los hipocondrios y epigastrio; este procedimiento permite ir acomodando al feto y orientándolo en el eje vertical, esta práctica favorece la acción de la prensa abdominal.

Posición de cuclillas: variedad posterior

- El personal de salud protege el periné colocando su rodilla en la región inferior del sacro de la embarazada y posteriormente se adecuará para hacer el alumbramiento dirigido.
- El acompañante debe estar sentado en una silla al borde con las piernas separadas, abrazará a la parturienta por debajo de la región axilar, colocando su rodilla al nivel del diafragma actuando como punto de apoyo, permitiendo que la gestante se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante.

Posición de rodillas

- El personal de salud se ubica cara a cara con la gestante y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- El acompañante debe estar sentado en una silla al borde con las piernas separadas, abrazará a la embarazada por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos del acompañante.
- En esta posición la embarazada va adoptando una postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad.

Posición sentada y semisentada

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- El acompañante debe estar sentado con las piernas separadas o arrodillada sobre la tarima, abrazará a la embarazada por la región el tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos o sujetarse del cuello del acompañante.
- En esta posición la embarazada se encontrará sentada en una silla baja (debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante) o sentada al borde la tarima, cuidando que la colchoneta este ubicado debajo de la gestante.
- En la posición semisentada la gestante se apoyará sobre una almohada o sobre el acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia adelante en el piso o en el borde de la cama esta posición relaja y permite que la pelvis se abra.

Posición agarrada de la soga: Esta posición dificulta las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón o para detectar cualquier complicación que pudiera surgir de momento.

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- La embarazada se sujeta de una soga que está suspendida de una viga del techo. El favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal parto suave y calmadamente.

Posición pies y manos: Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda.

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- Otras prefieren arrodillarse sobre una colchoneta apoyada hacia delante en su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento en que el parto es inminente se deberá adoptar una posición más reclinable con el fin de facilitar el control del parto.

- La recepción del bebé se realizará por detrás de la mujer.

Tabla #20: El personal de enfermería alienta a la mujer a que adopte la posición adecuada que permita el pujo (cuclillas, sentada, semisentada, ginecológica) en el segundo periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Alienta a la mujer a que adopte la posición adecuada que permita el pujo (cuclillas, sentada, semisentada, ginecológica)					
Frecuencia	0	7	0	0	7
Porcentaje	0%	100%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las usuarias el personal de enfermería le realiza la actividad de forma incompleta durante el segundo periodo del parto.

Se evidencia que el personal de enfermería del centro de salud Rubén Darío no alienta a la usuaria para que adopte la posición en la que sienta más comodidad y que le permita el pujo entre ellas la de cuclillas, sentada y semisentada, sino que directamente las instruyen para que se coloquen en posición ginecológica o de litotomía, desde luego un factor importante es que la unidad hospitalaria cuente con la infraestructura, que el profesional de salud esté capacitado o que este familiarizado con la técnica. Aun así no se está cumpliendo con lo establecido en la Normativa 011 (2015), y la Normativa 042 (2010), que definen las diferentes posiciones que pueden adoptar las embarazadas en el periodo expulsivo entre ellas están: de cuclillas: variedad anterior y posterior, de rodillas, sentada, semisentada, cogida de la soga y la de pies y manos, la posición de cuclillas es una de las posiciones de mayor referencia por las mujeres de la zona rural, facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta los diámetros pélvicos, favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto, en la posición de rodillas la embarazada va adoptando una postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia

comodidad, en la posición semisentada puede sentarse derecha o doblarse hacia adelante en el piso o en el borde de la cama esta posición relaja y permite que la pelvis se abra, en la posición sujeta de la soga, el favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal parto suave y calmadamente, y en la posición pies y manos es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda. Cuando la enfermera/o alienta a la parturienta a que adopte cualquiera de las posiciones ya normadas o que sea solicitado por ella misma, se está respetando el derecho de decidir, a la forma de pensar y a sus creencias culturales, sin embargo no se está cumpliendo con la normativa, lo cual le resta calidad a la atención de enfermería en el parto, evidenciándose así que se busca la comodidad del personal que atiende el parto y no la de la propia usuaria. Por lo tanto esta actividad no se cumple en la unidad de salud.

INTERVENCION 21: Orienta la correcta técnica del pujo.

Los pujos

Son fuertes contracciones de los músculos espiratorios de las paredes torácicas y abdominal (rectos anteriores, oblicuos y trasverso). En el periodo expulsivo los pujos refuerzan la propulsión fetal causada por las contracciones uterinas. Pujos espontáneos están precedido por una corta inspiración, después de la cual la glotis se cierra parcialmente durante la contracción de los músculos espiratorios. Cada pujo causa una rápida y breve elevación de la presión abdominal la que se trasmite a través de la pared uterina y se suma a la presión ejercida por el miometrio para elevar la presión intrauterina. En los registro de presión intrauterina los bruscos aumentos causado por cada pujo se superponen a la elevación de la presión mucho más lenta y prolongada causada por la contracción uterina. Durante cada contracción uterina se producen entre 2 y 6 pujos. En cada parto este número no aumenta con el progreso del periodo expulsivo. La amplitud de los pujos (elevación que causan en la presión intrauterina) tiene un valor promedio de 60 mm Hg. Sumados a la intensidad de la contracción uterina (48 mm Hg) y al tono uterino (12 mm Hg), los pujos elevan la presión intrauterina a un valor total de 120 mm Hg (promedio).

La duración de cada pujo espontaneo medio en su base tiene valor promedio de 5 segundos. La amplitud y la duración de los pujos espontáneos aumentan a medida que progresa el periodo expulsivo. Este aumento puede estar vinculado a la creciente distensión que se produce en el canal del parto.

El deseo imperioso de pujar aparece normalmente cuando la dilatación cervical es completa. Este deseo es provocado por la distensión de la vagina, vulva y periné causada por la presentación que progresa en el canal del parto propulsado por una contracción uterina. El primer pujo durante cada contracción uterina recién se inicia cuando la contracción ha elevado la presión amniótica a un valor promedio de 35 mm Hg, que representa el “umbral de distensión” del canal del parto necesario para desencadenar el deseo de pujar. No es conveniente que la madre pujan mientras la dilatación cervical no se ha completado, tampoco conviene pujar cuando el útero está relajado, porque no se obtiene la adición de presiones mencionadas antes. En ambas condiciones los pujos son pocos eficaces para la propulsión fetal y pueden ser perjudiciales. (Schwarcz, Fecina, & Duvergues, 2008)

Tabla #21: El personal de enfermería orienta la correcta técnica del pujo durante el segundo periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Orienta la correcta técnica del pujo					
Frecuencia	3	0	0	4	7
Porcentaje	42.85%	0%	0%	57.14%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 57.14% de las usuarias el personal de enfermería no le realizó la actividad durante el segundo periodo del parto porque en ese momento lo realizó el médico y al 42.85% le realiza la actividad.

Se demuestra que solo una parte del personal de enfermería del centro de Salud Rubén Darío le orienta a la parturienta la técnica correcta del pujo, a consecuencia de esto es el

personal médico que suplanta la realización de tal actividad, lo cual desvalida la importancia que recae en los enfermero/as que tengan autonomía en los cuidados brindados a la mujer durante el periodo expulsivo y que cumplan debidamente con las funciones enfermeras en cualquier unidad de salud del país, sin embargo aunque la actividad no es realizada por completo por el personal en estudio, se debe indicar que si se cumple tal y como lo menciona la Normativa 011 (2015), en la que se establece que durante la fase expulsiva se debe indicar a la paciente la técnica correcta del pujo la cual es sustentada por la OMS (1996), quien menciona que el pujo en inspiración y bloqueo diafragmático, se realiza con la ascensión de la cúpula diafragmática, relajación-contracción del periné y contracción del transverso profundo abdominal y oblicuo, fuerza concéntrica complementaria a la contracción uterina, lo que produce una retroversión de pelvis. Esta suma de fuerzas simétricas y simultáneas dará como resultado la fuerza, intensidad y eficacia del pujo y le permitirá a la parturienta una correcta orientación del pujo al periné anterior, permitiendo que el periodo expulsivo se acorte y garantiza menos daño al suelo pélvico. Lamentablemente muchos enfermeros/a no se identifican con la situación que en ese momento está viviendo la usuaria, lo que conlleva a un trato frío que no resulta útil para construir una relación enfermero-paciente, porque durante el trabajo de parto lo que la paciente necesita es compañía, apoyo y palabras de aliento, entonces la falta de diálogo y de explicaciones necesarias como en la técnica correcta del pujo, influirá de manera negativa desfavoreciendo el buen desarrollo de dicho periodo, por tanto el cumplimiento de tal cuidado es necesario para lograr la calidad en la atención por parte del personal de enfermería en el trabajo de parto.

INTERVENCION 22: Protege periné para evitar desgarros y laceraciones.

El trauma perineal es una de las complicaciones más frecuentes en el período expulsivo del parto, bien como desgarro perineal (espontáneo) o por realización de episiotomía (iatrogénico). (kettle, 1999)

El desgarro

Según Cunningham et al (2006), es la lesión más frecuente, compromete la vagina, vulva y periné. Se clasifica según la afectación de las estructuras en diferentes grados: el primer

grado afecta a la piel perineal y la mucosa vaginal; el segundo grado incluye la fascia y el músculo del cuerpo perineal sin incluir el esfínter anal; el tercer grado incluye el esfínter anal (3a: afectación de hasta el 50%, 3b: de más del 50% y 3c: afectación del esfínter externo e interno) y el cuarto grado incluye la mucosa rectal.

Tabla #22: El personal de enfermería que atiende el parto protege periné para evitar desgarros y laceraciones durante el segundo periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Si atiende el parto, protege periné para evitar desgarros y laceraciones					
Frecuencia	0	0	0	7	7
Porcentaje	0%	0%	0%	100%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las usuarias el personal de enfermería no le realiza la actividad porque en esa unidad de salud es realizada por el médico.

Se constata que el personal de enfermería del centro de Salud Rubén Darío no asiste el parto de bajo riesgo por lo que la actividad de protección del periné a la usuaria no es realizada por el personal en estudio, por tanto es el personal médico quien interviene en esta actividad y cumple con lo establecido en la Normativa 011 (2015), en donde se establece como una de las actividades que deben ser llevadas a cabo en el segundo periodo del parto a fin de proteger de desgarros y laceraciones. Según Aceituno et al (2005), expone la importancia de un parto humanizado y con el menor nivel de intervención acerca de cómo podría evitarse el trauma perineal con técnicas no invasivas a través de tres técnicas principales aplicables durante la segunda parte del trabajo de parto la primera es no tocar el periné de la mujer durante la segunda etapa del trabajo de parto sino hasta que sea inminente la coronación de la cabeza del bebé, la segunda es la aplicación de compresas tibias en la zona del periné con paños limpios lavados por inmersión en agua caliente y escurridos para eliminar el exceso de agua, la aplicación se llevará a cabo continuamente sobre el periné de la madre y los genitales externos durante y entre los pujos y la tercer técnica es un masaje perineal con o sin lubricante, se realiza

un masaje suave, lento, con dos dedos de la mano enguantada de la matrona, moviéndose de lado a lado justo dentro de la vagina de la paciente, se aplica una presión suave, hacia abajo (hacia el recto) con trazos constantes y laterales en este momento impide movimientos rápidos o presión sostenida. Tal actividad es importante para disminuir al mínimo las lesiones, desgarros y traumas en el periné que aunque el personal de enfermería no es el que, directamente asiste el parto, no lo exenta en el deber profesional para poseer conocimientos y habilidades para contribuir en un parto no instrumentalizado, que son definitorias para evitar en las mujeres dolor y discomfort a corto, medio y largo plazo, por lo tanto esta información es importante para que el personal de enfermería oriente a quienes no tienen conocimientos específicos del cuidado del periné y que atienden parto.

INTERVENCION 23: Orienta a la mujer que deje de pujar y mantener su respiración jadeante.

Respiración Jadeante: Se trata de respirar con rapidez y de forma entrecortada, para que la parte superior del tórax suba y baje, sucesivamente. Este tipo de respiración es muy útil durante la dilatación, impidiendo que durante las contracciones el fondo del útero y el diafragma entren en contacto; también sirve para controlar el deseo de pujar cuando todavía no es el momento. (MINSa, 2010)

Tabla #23: El personal de enfermería orienta a la mujer que deje de pujar y mantener su respiración jadeante durante el segundo periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Orienta a la mujer que deje de pujar y mantener respiración jadeante.					
Frecuencia	3	0	0	4	7
Porcentaje	42.85%	0%	0%	57.14%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 57.14% de las usuarias el personal de enfermería no le realiza la actividad durante el segundo periodo del parto porque en ese momento lo realizó el médico y al 42.85% le realiza la actividad.

Se refleja que solo a una parte de las usuarias el personal de enfermería del centro de Salud Rubén Darío cumple con orientar a que deje de pujar y mantener su respiración jadeante una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, a la falta de intervención por parte de enfermería es el personal médico quien lo realiza, tal actividad es establecida en la Normativa 011 (2015), explicando que a medida que la cabeza y los hombros del bebé se expulsan, simultáneamente se pedirá a la mujer que jadee o que realice pequeños pujos acompañando las contracciones, y una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé se pedirá a la mujer que deje de pujar. Así mismo la Normativa 042 (2010), expresa que la respiración jadeante se trata de respirar con rapidez y de forma entrecortada, para que la parte superior del tórax suba y baje, sucesivamente. Partiendo de lo expresado por las normativas este tipo de respiración es muy útil para controlar el deseo de pujar cuando no lo es requerido por ello el personal de enfermería en el segundo periodo del parto debe orientar a la mujer las técnicas de respiración y el momento preciso de dejar de pujar, es de vital importancia instruirla para obtener los beneficios de su aplicación, hay que recordar que el cuidado es la esencia de la profesión de enfermería, y por consiguiente se contribuye a garantizar una atención con calidez porque se cumple con los estándares y protocolos establecidos.

INTERVENCION 24: Administra medicamentos con técnica correcta.

Según Charles (2015), el proceso de administración de medicamentos es parte de las acciones de atención directa a los usuarios que reciben prestaciones de salud. La administración de medicamentos, como proceso, está constituida por una serie de tareas bien definidas. Si en cualquiera de las etapas se produce una alteración en la ejecución, ésta podría desembocar en un error, o en el peor de los casos en un evento adverso. El impacto de estos errores sobre la seguridad, la integridad y la vida, modifica negativamente el objetivo esencial del proceso y con ello la percepción de los usuarios

frente a las atenciones sanitarias agregando un riesgo además de los propios de su condición de salud.

La administración de medicamentos son actividades de enfermería que se realizan bajo prescripción médica, en las cuales la enfermera(o) debe enfocarla a reafirmar los conocimientos y aptitudes necesarias para aplicar un fármaco al paciente, asimismo, saber evaluar los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de las drogas, los diversos tipos de prescripciones y vías de administración, así como los aspectos legales que involucran una mala práctica de la administración de medicamentos.

Responsables de la ejecución

- Es responsabilidad de todo el Equipo de Salud clínico el conocimiento y aplicación del protocolo de administración de medicamentos.
- Es responsabilidad del Médico a cargo del paciente prescribir oportuna y claramente el tratamiento a administrar.
- Es responsabilidad de la Enfermera o Matrona Clínica la preparación y administración de medicamentos vía parenteral (subcutánea-intradérmica-endovenosa e intramuscular), pudiendo delegar el tratamiento vía intramuscular al personal técnico capacitado bajo supervisión permanente.
- Es responsabilidad de Matrona Clínica la administración de medicamentos vía vaginal.
- Es responsabilidad del personal Paramédico la administración de medicamentos orales, rectales, oculares, nasales, tópicos, óticas, sublinguales, inhalatorios y oxigenoterapia, bajo supervisión permanente de Enfermera o Matrona Clínica y/o Supervisora.
- Es responsabilidad del Químico Farmacéutico, la supervisión de la dispensación del medicamento, implementación, medición de indicadores pertinentes y notificar eventos adversos asociados a este procedimiento, a la Unidad de Calidad de la Clínica Mayor.

- Es responsabilidad de Enfermera o Matrona Supervisora velar por el cumplimiento y evaluar periódicamente el procedimiento.

Según la Normativa 011 (2015), refiere que si la mujer está muy afectada por el dolor:

- Sugiera cambios de posición.
- Aliéntela a que se mueva.
- Aliente al acompañante para que le realice masajes en la espalda o le sostenga la mano y le pase una esponja por la cara entre una contracción y otra.
- Fomente el uso de las técnicas respiratorias.
- Aliéntela para que tome un baño o una ducha.

Métodos no farmacológicos de alivio del dolor

En general, se proporciona más información a las gestantes sobre los métodos farmacológicos para el alivio del dolor, especialmente más acerca de la analgesia epidural. Cuando se ofrece información a las gestantes sobre el alivio del dolor en el parto es necesario incluir todas las opciones existentes, y dar a conocer también, la posibilidad de utilizar métodos no farmacológicos para aliviar el dolor de parto.

A muchas mujeres, les gustaría no tener que usar técnicas que requieran fármacos o procedimientos invasivos, esto puede contribuir a que los métodos alternativos ganen popularidad en su uso para el control del dolor en el parto. (Biedma Velázquez, García de Diego, & Serrano del Rosal, 2010)

Hay estudios que llevan a cabo un análisis de las mujeres que optan por la no utilización de métodos farmacológicos, aun pudiendo, prefiriendo así un parto más natural y sufrido. Para estas mujeres que eligen no utilizar fármacos o simplemente lo tienen contraindicado, existe una amplia variedad de técnicas encaminadas a mejorar las sensaciones físicas y también a prevenir la percepción psicoemocional del dolor de parto. Entre estas técnicas se encuentran la inmersión en agua, el masaje, el apoyo continuo durante el parto, la libertad de movimientos, las técnicas de relajación.

Inmersión en agua

La utilización del agua caliente para el alivio del dolor es una constante a lo largo de la historia, utilizada con éxito en numerosos procesos dolorosos. Una ducha o baño en agua caliente durante el parto, produce un inmediato alivio del dolor de las contracciones, facilita la relajación y movilidad de la mujer, y reduce significativamente el uso de analgesia regional.

A finales de los años 70 se introdujo la bañera o piscina para partos en la maternidad del Hospital de Pithiviers, en Francia. Esta bañera debe seguir un protocolo de limpieza establecido por el departamento de microbiología en acuerdo con las pautas del fabricante. Además de higiene, debe supervisarse la temperatura del agua (menor de 37,5 °C) periódicamente, al igual que el estado de la mujer para comprobar que no presenta fiebre. Para que el baño sea eficaz, el abdomen de la madre debe estar completamente sumergido, la temperatura del agua debe ser la adecuada y se debe evitar la administración de opiáceos en mujeres que quieran utilizar esta técnica.

La inmersión en el agua ofrece flotabilidad a la mujer, esto hace que le sea más cómodo tomar posturas verticales, reduce su esfuerzo para aguantar el peso del abdomen y como consecuencia, la ayuda a relajarse. (Odent, 1977)

Se ha encontrado que la progresión de dilatación es mayor, lo que está relacionado a una mejor liberación de oxitocina al disminuir la ansiedad y el estrés. No se produce compresión externa de la cava inferior, que se traduce en una mayor oxigenación del tejido muscular y del feto, y las contracciones son más eficientes. Además de esto, la leve vasodilatación provocada por el agua caliente, reduce la presión arterial y aumenta el pulso materno que suma a la mejor oxigenación muscular y fetal. (Eriksson, Mattsson, & Ladfors, 1997)

El momento exacto en el que es más eficaz el baño no está determinado, al igual que tampoco la duración del mismo, aunque se aconseja que sea a partir de los 4 -5 cm de dilatación y mantener de 1 a 2 horas según el Protocolo SEGO, o no más de 2 horas. Se

puede decir que hay evidencia de su eficacia, además de no encontrar efectos adversos ni aumento de la probabilidad de cesáreas o de la duración del parto. (Cluett, Nikodem , Burns, & McCandlish, 2004)

Masaje

El masaje y el tacto tranquilizador durante el parto, es un método de alivio del dolor con efectos relajantes, que estimula la producción de endorfinas y disminuye las hormonas del estrés, además de transmitir interés y comprensión. (Huntley, Coon, & Ernst , 2004)

Esta técnica está basada en la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo para relajar la musculatura tensa y calmar a la gestante. Con el masaje conseguimos, además de una reducción del dolor, mejorar el flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos. Para un buen ejercicio de la técnica se precisa entrenamiento, pero el simple contacto físico ya ha demostrado ser beneficioso.

Hay varios tipos de masajes que se podrían realizar:

- Masaje superficial, con la yema de los dedos sobre el abdomen, espalda, cuello, zona lumbar o pies.
- Masaje profundo, con la palma de la mano, el puño, un masajeador o una pelota, acompañado de aceite o crema sobre la zona lumbar.
- Bolsa de agua caliente, toallas,...
- Compresas mojadas en agua fría, sobre la frente o nuca.

Apoyo continuo durante el parto

Los efectos de la permanencia en forma continua de una persona, elegida por la mujer durante el parto o por el personal sanitario, produce una menor necesidad de analgésicos y mayor satisfacción con la experiencia, además de disminuir el índice de partos instrumentales. Según una revisión sistemática de literatura científica, el apoyo continuo durante el parto está relacionado con una reducción de los nacimientos por cesáreas, la duración del trabajo de parto y la necesidad del uso de oxitocina, siendo además mayores las puntuaciones del recién nacido en el test de Apgar; además a largo plazo, el apoyo

continuo está asociado a menos depresiones postparto, buen amamantamiento y percepciones positivas del nacimiento. Siendo el acompañante un profesional de la Salud, el apoyo que debe proporcionar pasa por dar información de las técnicas a realizar en la evolución del parto, mejorar el confort y la comodidad, siempre con actitud empática y amable, animarla y ayudar a que exprese sus emociones y deseos. (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2006)

En general, el acompañante es una persona de confianza elegida por la parturienta. Sin embargo, otros estudios concluyen que los resultados del parto mejoran cuando es alguien entrenado el que da el apoyo, o incluso una persona ajena (entrenado o no) que se encarga de dar el apoyo necesario durante el parto. La matrona, debe reforzar el apoyo, ha de mantenerse en silencio, acompañar transmitiendo tranquilidad, confianza y sin juzgar los comportamientos de la mujer en este momento, brindar apoyo físico y emocional, y así demostrar total confianza en la capacidad de parir de la mujer. (Contreras, 1998)

A lo largo de la historia, en casi todas las culturas, las mujeres que iban a parir eran cuidadas y apoyadas por otras mujeres, incluso en pinturas antiguas que representan el parto se muestran a dos acompañantes como mínimo, que asisten y ayudan a la parturienta. La Doula es el nombre que reciben estas mujeres en la actualidad.

Libertad de movimientos

Esta sencilla medida facilita el afrontamiento de la sensación dolorosa en el progreso natural del parto; poder moverse libremente durante el parto ayuda a la mujer a aumentar la comodidad, que es fundamental para sobrellevar el dolor de las contracciones. La mujer estando en posición vertical, en cuclillas o semicuclillas, en la primera fase del parto sufre menos dolor, menos necesidad de analgésicos, menos alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, acorta el tiempo de esta fase, y además, favorece que el bebé tenga el máximo espacio posible en la pelvis. (Alva Colunga, 2005)

Otras posiciones que pueden ser beneficiosas son, con las piernas abiertas y flexionadas con la espalda apoyada en la pared, arrodillada, de pie con las piernas separadas, etc.

Técnicas de relajación

Las técnicas de relajación incluyen relajación muscular progresiva, entrenamiento autógeno, relajación condicionada, técnicas de respiración, etc. La relajación muscular progresiva, consiste en una guía de conversión, a través de la tensión del momento pretende conseguir una relajación sucesiva de los músculos desde los dedos de los pies hasta la cabeza.

La relajación condicionada, está basada en asociamiento de palabras y/o frases de contenido relajante, con el estado de relax. Para el uso de esta técnica debemos tener en cuenta la imaginación de la persona que queremos relajar y que la herramienta que usaremos para inducir el estado de relax realmente resulte agradable para ella.

En la preparación a la maternidad, se enseña a las embarazadas a realizar técnicas de respiración creyendo que esto contribuirá al alivio del dolor durante el parto. Este es un modo de relajación que aporta a la madre una disminución de la tensión muscular y proporciona tranquilidad. Entrenan la capacidad de automatizar el control voluntario de la respiración, pero necesitan de entrenamiento, aunque breve y fácil de aprender. (Montes Berges & Aranda López, 2012)

No hay una revisión sistemática de estudios que verifiquen la eficacia de estas técnicas en la reducción del dolor, aunque si se concluye que existe una percepción subjetiva de mayor control por parte la mujer. Existe también una disminución de la ansiedad, una mayor distracción de la atención al dolor y una reducción de su percepción.

Tabla #24: El personal de enfermería administra medicamentos con técnica correcta si es necesario durante el segundo periodo.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Administra medicamento con técnica correcta si es necesario					
Frecuencia	0	0	7	0	7
Porcentaje	0%	0%	100%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las usuarias el personal de enfermería no le realizó la actividad durante la evaluación en el segundo periodo del parto.

Se demuestra que el personal de enfermería del centro de Salud Rubén Darío no administró medicamento con técnica correcta a ninguna paciente, porque no hubo indicación médica ni necesidad que favoreciera su implementación, de igual manera no utilizó los métodos no farmacológicos de alivio del dolor que contribuyen de manera positiva en el trabajo de parto al relajar la tensión muscular que lo incrementa, tal y como lo establece la Normativa 011 (2015), al expresar que si el pulso de la mujer se está acelerando, puede estar deshidratada, hipoglucémica o con dolor. Asegúrese de que reciba una adecuada hidratación, por vía oral o IV y administre la analgesia adecuada relacionada con consejería, analgesia o farmacológica de acuerdo a las condiciones del trabajo de parto de igual forma Charles (2015), resalta que el proceso de administración de medicamentos es parte de las acciones de atención directa a los usuarios que reciben prestaciones de salud, como proceso, está constituida por una serie de tareas bien definidas. Si en cualquiera de las etapas se produce una alteración en la ejecución, ésta podría desembocar en un error, o en el peor de los casos en un evento adverso. El impacto de estos errores sobre la seguridad, la integridad y la vida, modifica negativamente el objetivo esencial del proceso y con ello la percepción de los usuarios frente a las atenciones sanitarias agregando un riesgo además de los propios de su condición de salud. Para evitar las iatrogenias es indispensable el uso de los correctos para la administración de un medicamento farmacológico, en el momento del parto de bajo riesgo es menos demandante la realización de dicha intervención, sin embargo

cuando se presenta lo más importante es ser consciente que es a una vida humana a la que se está interviniendo ya sea con el objetivo de disminuir, prevenir o eliminar lo que desmejora la salud del paciente, por ello es necesario que todo el personal de salud involucrado en la atención del parto de bajo riesgo lleve a cabo la utilización de los diez correctos en cada una de las pacientes a las cuales les brinda atención en salud y sobre todo tenga el conocimiento e implemente los métodos no farmacológicos de alivio del dolor.

Evaluación del tercer periodo del trabajo de parto.

El tercer periodo es normal si se observan los signos de desprendimiento de la placenta los cuales comienzan a aparecer posterior al nacimiento del bebe, la mujer siente fuertes contracciones uterinas similares en intensidad y frecuencia menores a las del parto, indoloras al inicio, pero luego dolorosas lo que indica el desprendimiento placentario.

4.9.3. Intervenciones de enfermería durante el tercer periodo del parto.

- Vigilar cara (palidez, sudoración) y signos vitales después del nacimiento y alumbramiento.
- Vigilar la pérdida sanguínea.
- Actuar para recibir la salida de la placenta, girar sobre su eje o sostenerla en las manos al mismo tiempo que se trata de elevar el útero sobre el pubis (alumbramiento natural).
- Vigilar constitución de globo de seguridad de pinard que es el signo de garantía de hemostasia perfecta.
- Realizar cuidadosa revisión de placenta y membranas, de éstas últimas caracterizar su integridad en extensión y espesor.
- No abandonar a la parturienta y realizar vigilancia estricta en las primeras 2 horas: signos vitales, globo de seguridad de pinard y sangrado transvaginal.

Manejo Activo: Tercer Período del parto

El manejo activo (expulsión activa de la placenta) pretende reducir el sangrado durante el alumbramiento y en el puerperio inmediato, por ende, prevenir la hemorragia post parto.

Reduce los requerimientos de transfusión sanguínea y los tiempos de estancia por las complicaciones derivadas de su no utilización.

En el manejo activo se incluye:

- La administración inmediata de 10 UI de Oxitocina intramuscular.
- El pinzamiento y sección del cordón umbilical durante los tres minutos después del nacimiento o al cese de pulsaciones.
- La tensión controlada y suave del cordón umbilical durante la contracción uterina.
- El masaje uterino (fúndico suave) posterior a la extracción de la placenta.

Revisión del canal del parto

- Se debe de garantizar una revisión completa del canal del parto a todas las pacientes que han tenido parto vaginal. Esta revisión debe garantizarse inmediatamente después del alumbramiento y para ello utilizar guantes estériles y la pinza de forester.
- La pinza se coloca en el labio cervical anterior con el fin de poder revisar todo el canal del parto que incluya todo el canal del cérvix, paredes laterales de vaginas, las comisuras cervicales y vulva y periné en busca de laceraciones y/o desgarros. De igual manera se tracciona el labio cervical inferior para descartar desgarros de comisuras cervicales.
- La cavidad uterina no se revisa de rutina, no es correcto realizar legrado instrumentado sin causas aparentes, ni insertar gasas con pinzas de anillo, ni limpiar manualmente con gasas o con pinzas.
- Examine cuidadosamente y repare cualquier desgarró antes de realizar la episiorrafia.

Para el tercer periodo del parto se observaron 13 Intervenciones de enfermería en una muestra fraccionada de 7 usuarias de 16 que corresponden a la muestra total.

INTERVENCION 25: descarta que no hay otro bebe en el útero realizando palpación abdominal para administrar 10 unidades de oxitocina.

Administración inmediata de 10 UI de Oxitocina IM.

- A la salida del bebé, previamente palpe al abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés y proceda a aplicación de 10 UI de Oxitocina IM aun cuando se ha utilizado Oxitocina para inducto-conducción.
- Para este fin, al preparar el equipo de atención de partos, debe servirse también una jeringa descartable cargada con las 10 UI de Oxitocina. El sitio de aplicación puede ser en el brazo (músculo deltoides), si hubiese otro recurso de salud que lo esté apoyando, con mayor frecuencia en el muslo (particularmente cuando se encuentra atendiendo el parto solo/a).
- La Oxitocina es la primera opción, se prefiere porque produce efecto 2-3 minutos después de la inyección, tiene efectos colaterales mínimos y se puede usar en todas las mujeres. Si no se dispone de Oxitocina, administre Ergometrina 0.2 Mg. IM o Prostaglandinas (Misoprostol 600 µg PO u 800 µg sublingual)
- Antes de administrar estos medicamentos asegúrese de que no exista ningún otro bebé en la cavidad uterina.
- No administrar Ergometrina a mujeres con preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vasculares.
- Hay que estar seguros que la oxitocia (dependiendo del fabricante) o ergonovina han sido almacenadas en condiciones adecuadas de red de frío (o termos de vacunas). (Normativa 011, 2015)

Tabla #25: El personal de enfermería descarta que no hay otro bebé en el útero realizando palpación abdominal para administrar 10 unidades de oxitocina intramuscular durante el tercer periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Descarta que no hay otro bebé en el útero realizando palpación abdominal para administrar 10 UI de oxitocina IM.					
Frecuencia	0	7	0	0	7
Porcentaje	0%	100%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las usuarias el personal de enfermería le realiza la actividad en forma incompleta durante el tercer periodo del parto.

Se evidencia que en su totalidad el personal de enfermería del Centro de salud Rubén Darío realizan de forma incompleta la actividad es decir no palpan el abdomen de la mujer para así descartar que no hay otro bebé en el útero directamente se dirigen a administrar las 10 UI de oxitocina lo que implica el no cumplimiento a cabalidad con la primera acción del manejo activo del tercer periodo del parto MATEP establecido en la Normativa 011 (2015), lo cual indica que se debe palpar el abdomen para descartar la presencia de otro(s) feto(s) dentro del primer minuto después de la expulsión fetal, y administrar 10 UI de oxitocina IM. Entre los fármacos uterotónicos, la oxitocina es el de elección porque surte efecto 2-3 minutos después de la inyección, tiene muy pocos efectos secundarios y puede administrarse a todas las mujeres. Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia ProSEGO (2012), define a los fármacos útero-estimulantes como aquellos con capacidad para activar el músculo liso del útero, lo que traduce en un incremento de la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones así como el aumento del tono basal uterino. La administración de medicamentos es parte de la rutina asistencial en el ejercicio del enfermero/a, por tal motivo el saber de la acción de cualquier medicamento, sus efectos adversos y en el caso de la oxitocina las consideraciones que se debe tener en cuenta van hacer primordiales y son las que consolidan el carácter científico de la profesión, de ahí la necesidad de una modificación positiva en el modo de actuación

profesional de enfermería, que les permitan actuar con científicidad y humanismo, en la atención que se brinde a las pacientes.

INTERVENCION 26: Vigila el sangrado transvaginal.

Hemorragia post-parto

La hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. La hemorragia postparto precoz (HPP) es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave. Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación, siendo la más frecuente la atonía. El diagnóstico es clínico y el tratamiento ha de abarcar unas medidas generales de soporte vital y otras más específicas de carácter etiológico. Afortunadamente, es potencialmente evitable en la mayoría de los casos si se sigue una adecuada estrategia de prevención activa y sistemática en la fase de alumbramiento de todos los partos.

Esta definición clásica presenta el inconveniente de la subjetividad del clínico, quien tiende a subestimar estas cifras. Es por ello que se hace necesario y recomendable añadir que la hemorragia postparto es, además de un sangrado excesivo, aquella que repercute en la paciente y la hace presentar síntomas y/o signos evidentes de hipovolemia. Otros parámetros han ido cayendo en desuso, como es el caso de la cuantía de hemoglobina y/o hematocrito, los cuales tienen la limitación de depender del momento preciso de su determinación y de los volúmenes previos al parto.

A su vez, es necesario distinguir entre hemorragia postparto precoz y tardía. La hemorragia postparto precoz es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto. La tardía es la que acontece después de 24 horas tras el parto hasta 6 semanas tras el mismo. Esta revisión se centrará principalmente en las causas y tratamientos de la hemorragia postparto primario (HPP), por ser generalmente más grave.

Causas de la hemorragia post-parto

Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación. Una buena regla nemotécnica para recordarlas son las 4 "T": Tono (atonía uterina), Tejido (retención de productos de la concepción), Trauma (lesiones del canal genital), Trombina (alteraciones de la coagulación)

- Atonía uterina: es la causa más frecuente, siendo responsable del 80-90% de las HPP. Factores de riesgo: sobre distensión uterina (por gestación múltiple, hidramnios o feto macrosomía), agotamiento muscular (por parto excesivamente prolongado, rápido y/o gran Multiparidad), corioamnionitis (fiebre, RPM prolongada). Conviene recordar la premisa: "Un útero vacío y contraído no sangra"
- Retención de tejido placentario y/o coágulos: la salida de la placenta tiene lugar en los primeros 30 minutos tras el parto. De no ser así, podría tratarse de una placenta adherente por una implantación anormal de la misma, como pueden ser las placentas acreta, increta o percreta. El acretismo placentario es poco frecuente (1/2.500 partos) aunque en los últimos años se está registrando una incidencia ascendente. El riesgo aumenta a medida que lo hace el número de cicatrices uterinas. Si a pesar del control ecográfico hay dudas sobre la localización de la placenta, debería realizarse una RNM con el fin de descartar la existencia de una placenta percreta. También está relacionado con la existencia de placenta previa.
- Traumas: hacen referencia a desgarros del canal genital, rotura uterina o inversión uterina.
- Desgarros/laceraciones: suponen la segunda causa más frecuente de HPP después de la atonía uterina. Normalmente se manifiestan como un sangrado vaginal activo propio de partos instrumentados o con episiotomía que hay que proceder a reparar mediante sutura. En ocasiones también pueden hacerlo como hematomas. Los hematomas vulvares y vaginales autolimitados pueden tratarse de forma conservadora, en caso contrario deben ser evacuados. Si la paciente presenta dolor en flanco y signos de hipovolemia hay que sospechar un hematoma retroperitoneal, en cuyo caso convendrá monitorizar estrictamente por si fuese necesaria una exploración quirúrgica para identificar los vasos sangrantes.

- Rotura uterina: se define como la pérdida de integridad de la pared del útero. El factor de riesgo más comúnmente implicado es la existencia de una cirugía uterina previa, siendo la cesárea con histerotomía transversa segmentaria baja la más frecuente. Otros factores relacionados son los partos traumáticos (instrumentales, grandes extracciones, distocias) y la hiperdinamia/hiperestimulación uterinas. Las roturas asociadas a traumatismos externos (incluyendo la versión cefálica externa) son excepcionales.
- Dehiscencia uterina: a diferencia de la rotura uterina propiamente dicha, la dehiscencia se define como la separación de la capa miometrial que asienta sobre una cicatriz uterina previa. Raramente son responsables de HPP moderadas-graves.
- Inversión uterina: se trata de una complicación obstétrica muy poco frecuente que se atribuye a una excesiva tracción de cordón y presión sobre fondo uterino (Maniobra de Crédé), provocando la salida del fondo uterino en la cavidad endometrial. Los principales factores de riesgo son el acretismo placentario y el alumbramiento manual. El prolapso es tan obvio que no son necesarias pruebas de imagen confirmatorias, salvo en casos de inversiones incompletas con estabilidad hemodinámica de la paciente y mínimo sangrado.
- Alteraciones de la coagulación: coagulopatía congénitas o adquiridas durante el embarazo.

Diagnóstico

El diagnóstico suele ser evidentemente clínico, apareciendo una pérdida hemática excesiva antes del alumbramiento de la placenta (hemorragia de la tercera fase) o después (HPP verdadera). Como se ha explicado anteriormente, además de intentar cuantificar la hemorragia es necesario valorar la repercusión de la misma sobre el estado hemodinámico de la paciente. Para ello pueden tomarse como referencia los siguientes: Signos: TA sistólica indica afección hemodinámica leve/moderada/grave según la cifra tensional sea 100-80/80-70/ 70-50 respectivamente.

Síntomas: indican hemorragia

- Leve: debilidad, sudor, taquicardia
- Moderada: palidez, oliguria

- Grave: shock, fallo renal con anuria, disnea, Síndrome de Seehan en el puerperio inmediato. (Karlsson & Pérez Sanz, 2009)

El mecanismo por el que puede desprenderse la placenta se verifica de dos maneras distintas:

El de Baudelocque-Schultze la placenta inicia su desprendimiento en el centro de su zona de inserción, con la consiguiente hemorragia: ésta, al intensificarse, se convierte en el hematoma retroplacentario, que termina de desprender la placenta invirtiéndola y alojándose en su concavidad; la placenta así desprendida y empujada por el hematoma descrito es expulsada al exterior por su cara fetal, y tras ella la acumulación de sangre del citado hematoma retroplacentario. Toda la pérdida sanguínea del alumbramiento se producirá al final, salvo que antes haya podido labrarse un camino disecando el plano existente entre la decidua y las membranas. (Schwarcz R, 2008).

El de Baudelocque-Duncan se cumple al iniciarse el desprendimiento en el borde de la placenta y extenderse hacia el centro de la misma: al expulsarse aparecerá primero el borde de la placenta. La pérdida sanguínea será notoria desde que se inicia el desprendimiento, antes de la expulsión. (Schwarcz R, 2008).

Tabla #26: Si atiende el parto el personal de enfermería vigila el sangrado transvaginal durante el tercer periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Si atiende el parto vigila el sangrado transvaginal.					
Frecuencia	0	0	0	7	7
Porcentaje	0%	0%	0%	100%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las usuarias el personal de enfermería no le realiza la actividad porque en esa unidad de salud es realizada por el médico.

Se evidencia que en su totalidad el personal de enfermería del Centro de salud Rubén Darío no asiste partos y por consiguiente no vigila el sangrado transvaginal a la paciente

durante el tercer periodo del parto, por tanto es el personal médico quien interviene en esta actividad establecido en la Normativa 011 (2015), la cual considera un alumbramiento normal aquel en donde se observan los signos de desprendimiento de la placenta los cuales comienzan a aparecer posterior al nacimiento del bebé y con una pérdida sanguínea entre 300 y 500 ml (de acuerdo al tipo de desprendimiento), siendo a veces un poco mayor en las multíparas y esta se detiene en cuanto se expulsa la placenta y el útero se retrae. Según Schwarcz (2008) expone, que durante el curso del alumbramiento se produce siempre una pérdida de sangre que es en promedio de unos 300ml, es algo más cuantiosa en las multíparas que en las primíparas, además que en el alumbramiento normal, el momento de mayor producción de la pérdida de sangre es en el desprendimiento pero, su manifestación exterior varía según el mecanismo de desprendimiento. La pérdida de sangre se detiene en cuanto se expulsa la placenta y el útero se retrae. Aunque el personal de enfermería no atienda el parto, es de vital importancia poseer tales conocimientos acerca de los mecanismos del desprendimiento de la placenta que difieren una de la otra en el momento de la pérdida sanguínea, además de los valores normales del sangrado para así contribuir de manera beneficiosa a la reducción de complicaciones a través de la valoración oportuna del personal de enfermería.

INTERVENCION 27: Pinzamiento del cordón dentro de los 2 o 3 minutos posteriores al nacimiento.

Ligadura oportuna del cordón umbilical.

Se debe realizar en todos los recién nacidos con el objeto de prevenir hemorragias en las primeras horas de vida, para contribuir a prevenir la anemia ferropenia del niño, el momento oportuno para proceder a la ligadura es el del cese de las pulsaciones o latidos del cordón tiempo que varía entre 1 y 3 minutos del nacimiento con el niño colocado a unos 20 cm por debajo del plano materno. Esta es la manera más fisiológica de ligar el cordón, con esta la ligadura oportuna o tardía pasa de la placenta al recién nacido entre 80 ml y 100ml de sangre. Esto representa para el niño un aporte sanguíneo adicional de un 1/3 de su volemia antes de nacer. (Schwarcz, Obstetricia, 2008)

Técnica para la ligadura del cordón umbilical

- Mantener el niño unos 20 cm por debajo del nivel de la madre (del útero /placenta).con ello se facilita la trasfusión placentaria deseada.
- No realizar ninguna maniobra para mantener el flujo de sangre que circula desde la placenta hacia el recién nacido (no exprimir ni ordeñar el cordón umbilical).
- Una vez que cesan los latidos (entre 1 ½ y 3) colocar una pinza tipo Kocher esterilizada a una distancia de 2 a 3 cm del ombligo y una segunda pinza a 3 cm de la primera en el extremo placentario del cordón.
- Seccionar entre ambas pinzas con una tijera esterilizada luego de realizar la ligadura definitiva, se retira la pinza colocada junto al ombligo para ligar se utilizan distintos materiales como hilo de seda, algodón o lino grueso o un Clamp de plástico es más seguro, ya que evita hemorragias que pueden poner en riesgo la vida del neonato.
- Verificar el ajuste perfecto de la ligadura así como mantener la asepsia, no tapar el cordón con el pañal y dejarlo expuesto al aire (evita la colonización de gérmenes intrahospitalarios) sobre este último punto las distintas recomendaciones han variado históricamente y son inconsistentes. Si bien hay consensos generales en que la limpieza del cordón disminuye el riesgo de infección aún no hay suficientes evidencias que la avalen plenamente.

En las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto (WHO Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage, 2012); la OMS reitera su recomendación previa de esperar para realizar el pinzamiento y el corte del cordón umbilical después del nacimiento del neonato. La recomendación se basa en el conocimiento de que la demora en el pinzamiento del cordón umbilical permite que la sangre continúe pasando de la placenta al neonato durante entre 1 y 3 minutos adicionales después del parto. Se considera que esta breve demora aumenta las reservas de hierro del lactante pequeño en más del 50 % a los 6 meses de vida entre los neonatos nacidos a término. Sin embargo, actualmente, se ha limitado la cobertura para esta intervención debido a falta de información sobre sus beneficios, y a las preocupaciones sobre la práctica. El propósito de este resumen es describir los beneficios de la intervención y explicar por qué no se la utiliza en la

actualidad, de modo que los profesionales de salud materna, salud neonatal, VIH y nutrición puedan apoyar y promover con entusiasmo el pinzamiento tardío del cordón umbilical como una de las mejores prácticas.

Los beneficios del pinzamiento tardío del cordón umbilical para el lactante

- Aumento de las reservas de hierro al nacer y menos anemia en los lactantes: Los estudios realizados muestran una reducción del 61 % en la tasa de anemia que requiere transfusión de sangre cuando se practica el pinzamiento tardío del cordón umbilical.
- Disminución de la hemorragia intraventricular: Los estudios realizados muestran una reducción del 59 % en la tasa de hemorragia intraventricular en los lactantes prematuros cuando se practica el pinzamiento tardío del cordón umbilical.
- Menos enterocolitis necrosante: Los estudios realizados muestran una reducción del 62 % en la tasa de enterocolitis necrosante en los neonatos prematuros cuando se practica el pinzamiento tardío del cordón umbilical.
- Menos septicemia en lactantes: Los estudios realizados muestran una reducción del 29 % en la tasa de septicemia neonatal en los lactantes prematuros cuando se practica el pinzamiento tardío del cordón umbilical.
- Se requiere una menor cantidad de transfusiones de sangre: Los estudios realizados muestran una reducción del 52 % en la tasa de transfusiones de sangre por presión arterial baja en los neonatos prematuros cuando se practica el pinzamiento tardío del cordón umbilical. (OMS, 2013)

Tabla #27: Si atiende el parto el personal de enfermería pinza el cordón umbilical dentro de los 2 ó 3 minutos posteriores al nacimiento durante el tercer periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Si atiende el parto pinza el cordón umbilical dentro de los 2 ó 3 minutos posteriores.					
Frecuencia	0	0	0	7	7
Porcentaje	0%	0%	0%	100%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las usuarias el personal de enfermería no le realiza la actividad porque en esa unidad de salud es realizada por el médico.

Se constata que el personal de enfermería del Centro de salud Rubén Darío no asiste el parto, por tanto no interviene en la segunda acción del manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP) que es el pinzamiento del cordón umbilical dentro de los 2 ó 3 minutos posteriores al nacimiento o al cese de pulsaciones, básicamente es el médico que realiza tal actividad, estipulada en la Normativa 011 (2015), así mismo la OMS (2012), reitera la recomendación de la demora en el pinzamiento del cordón umbilical lo cual permite que la sangre continúe pasando de la placenta al neonato durante entre 1 y 3 minutos adicionales después del parto. Se considera que esta breve demora aumenta las reservas de hierro del lactante pequeño en más del 50 % a los 6 meses de vida entre los neonatos nacidos a término incluyendo beneficios como menos anemia en los lactantes, disminución de la hemorragia intraventricular, menos enterocolitis necrosante, menos septicemia en lactantes. Desde luego como profesionales enfermeros los conocimientos de dicha acción del MATEP deben ser claras y científicas acerca de los beneficios y las preocupaciones que enmarcan la práctica de esta actividad y por tanto serán imponentes para fomentar la calidad en un momento dado, en que el personal de salud que asista el parto lo haga de forma incorrecta, lo obvie o lo desconozca y así cumplir con lo que es parte del ejercicio profesional de enfermería, el supervisar que la atención del parto sea de calidad, calidez humana y que se cumpla con la normativa.

INTERVENCION 28: Realiza tensión controlada de cordón umbilical.

Tención controlada del cordón umbilical

Tención controlada y suave del cordón umbilical durante la contracción uterina

- Se realiza durante la contracción y después de haber observado los signos de desprendimiento. Si se efectúa sin contracción puede provocarse una inversión uterina.
- Pinze el cordón umbilical cerca del perineo, usando una pinza forester (de ojo).
- Sostenga el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano.

- Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, estabilice el útero aplicando contracción durante la tracción controlada del cordón umbilical, determine si al hacer tensión del cordón se transmite movimiento al cuerpo uterino, si éste no se moviliza significa que la placenta se ha desprendido y se puede continuar la tensión controlada del cordón. Si hay contracción uterina, mantenga firme el útero y ejerza contracción, mientras se efectúa la tensión leve del cordón umbilical. Esto ayuda a prevenir la inversión uterina.
- Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero (2-3 minutos). Cuando el útero se redondee o el cordón se alargue (signo de desprendimiento placentario), hale del cordón hacia abajo con mucha delicadeza para extraer la placenta, ocurre pequeño sangrado transvaginal y hay contracción uterina. Con la otra mano, continúe ejerciendo contracción sobre el útero.
- Si la placenta no desciende después de 30-40 segundos de tracción controlada del cordón umbilical (es decir, si no hay ningún signo de separación placentaria), no continúe halando del cordón y efectúe lo siguiente: Sostenga con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero esté bien contraído nuevamente. Si es necesario, utilice una pinza de ojo para pinzar el cordón más cerca del perineo a medida que se alargue. Con la contracción siguiente, repita la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contracción. Nunca aplique tracción al cordón umbilical (halón) sin aplicar la contracción (pujo) por encima del pubis con la otra mano.
- Al ser expulsada la placenta, las membranas delgadas pueden desgarrarse.
- Sostenga la placenta con las dos manos y hágala girar con delicadeza hasta que las membranas queden retorcidas (Maniobra de Dublín).
- Hale lentamente para completar la extracción.
- Si las membranas se desgarran, examine con delicadeza la parte superior de la vagina y el cuello uterino provisto de guantes estériles o sometidos a desinfección de alto nivel y utilice una pinza de ojo para retirar cualquier trozo de membrana retenido.
- Examine cuidadosamente la placenta para estar seguro de que está íntegra. Primero revise la cara fetal y luego, invirtiéndola, examine la cara materna colocándola sobre una superficie plana, asegúrese que no le falte un cotiledón. Observe las membranas desde el sitio de rotura, tratando de reconstruir la bolsa amniótica. Si falta una porción

de la superficie materna o hay desgarro de membranas vascularizadas, sospeche retención de fragmentos placentarios.

- Si se produce una inversión uterina, coloque el útero nuevamente en su posición.
- Si se ha arrancado el cordón umbilical, pudiese ser necesaria la remoción manual de la placenta con la realización inmediata de masaje uterino. Es un acto de emergencia a fin de evitar muerte materna por hemorragia. (MINSA 2015)

Tabla #28: Si atiende el parto el personal de enfermería realiza tensión controlada de cordón umbilical durante el tercer periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Si atiende el parto realiza tensión controlada de cordón umbilical durante el tercer periodo del parto.					
Frecuencia	0	0	0	7	7
Porcentaje	0%	0%	0%	100%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las usuarias el personal de enfermería no le realiza la actividad porque en esa unidad de salud es realizada por el médico.

Se evidencia que en su totalidad el personal de enfermería del Centro de salud Rubén Darío no atiende partos y por consecuente no le realiza a la usuaria tensión controlada de cordón umbilical durante el tercer periodo del parto, básicamente es el médico que realiza tal actividad estipulada en la Normativa 011 (2015), como la tercera acción del manejo activo del tercer periodo del parto en la cual la tensión controlada y suave del cordón umbilical se realiza durante la contracción y después de haber observado los signos de desprendimiento. Si se efectúa sin contracción puede provocarse una eversión uterina. Para Zelaya (2014), la tracción sobre el cordón durante una contracción, combinada con una contracción sobre el útero con la mano del proveedor puesta inmediatamente por encima de la sínfisis del pubis facilita la expulsión de la placenta una vez que se ha separado de la pared uterina. Según Leveno (2002), define la retracción, como el acto del músculo uterino tirando hacia atrás, la retracción es la capacidad del

músculo uterino para mantener su longitud más corta después de cada contracción. Junto con las contracciones, la retracción del útero ayuda a ser más pequeño después de la expulsión del bebé. De ahí la importancia de poseer conocimientos científicos acerca de la tracción y contracción del cordón umbilical que aunque el personal de enfermería no atiende directamente el parto no lo excluye de la obligación de poseerlos, por tanto deben ser motivos que empujen a perfeccionar la preparación personal para así construir un carácter científico en la profesión.

INTERVENCION 29: Realiza masaje uterino posterior a la salida de la placeta.

Masaje uterino posterior a la salida de la placenta

El masaje uterino consiste en realizar movimientos suaves de compresión en forma repetitiva con una mano en la parte inferior del abdomen de la mujer para estimular el útero. Se cree que tales movimientos repetitivos estimulan la producción de prostaglandinas y esto lleva a la contracción uterina y a una menor pérdida de sangre, aunque las mujeres pueden sentir que el masaje es incómodo o incluso doloroso.

El masaje uterino se debe practicar periódicamente con el fin de estimular la contracción uterina y la formación del globo de seguridad de pinard. Debe orientarse a la parturienta a fin de que continúe practicándose el masaje uterino. Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las primeras 24 horas. Asegúrese de que el útero no se relaje (ablande) después de detener el masaje uterino. (MINSA 2015)

Tabla #29: Si atiende el parto el personal de enfermería realiza masaje uterino posterior a la salida de la placenta durante el tercer periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Si atiende el parto realiza masaje uterino posterior a la salida de la placenta					
Frecuencia	0	0	0	7	7
Porcentaje	0%	0%	0%	100%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las usuarias el personal de enfermería no le realiza la actividad porque en esa unidad de salud es realizada por el médico.

Se evidencia que en su totalidad el personal de enfermería del Centro de salud Rubén Darío no atiende partos y por consecuente no le realiza a la usuaria el masaje uterino posterior a la salida de la placenta, actividad estipulada en la Normativa 011 (2015), estableciendo el masaje uterino como la cuarta acción del manejo activo del tercer periodo del parto en el cual se debe practicar periódicamente el masaje uterino con el fin de estimular la contracción uterina y la formación del globo de seguridad de pinard y debe orientarse a la parturienta a fin de que continúe practicándose el masaje uterino. Según Hofmeyr (2007), el masaje uterino incluye la colocación de una mano en la región inferior del abdomen de la mujer en el fondo uterino, y la estimulación del útero con masajes repetitivos o movimientos de opresión. Se cree que el masaje estimula la contracción uterina, posiblemente mediante la estimulación local de la prostaglandina y, por tanto, reduce la hemorragia. Está claro que el MATEP pretende prevenir la hemorragia tanto después del alumbramiento como en el puerperio inmediato, en el caso de que el personal de enfermería no asistió el parto tal actividad no puede quedar rezagada porque también es parte del cuidado materno en el posparto, por tanto se debe repetir el masaje durante las primeras dos horas, es más, enseñarle y explicar la importancia a la mujer acerca de realizarlos por ella misma, y de esta forma contribuir a la mayor eficacia de dicha acción tal y como lo estipula la normativa.

INTERVENCION 30: Verifica la formación del globo de seguridad de pinard.

Formación del globo de seguridad de pinard

Vigilar la formación del globo de seguridad de Pinard: hemostasia uterina por retractilidad y contractilidad. El globo de seguridad se aprecia por la palpación abdominal. Tras la salida de la placenta, el fondo uterino queda a mitad de distancia sínfisis-ombbligo, pero al cabo del primer día sube casi a nivel del ombligo. Después irá bajando a razón de 1-2 cm/día hasta que tras los 10 días postparto se pierde tras la sínfisis del pubis. Tras la vigilancia de 2 horas en la sala de recuperación. (Pardo Granero, 2004)

Terminada la expulsión se vigilará en primer lugar, la constitución del globo de seguridad de pinard (retracción del útero), signo de garantía para la hemostasia perfecta; en su defecto, si el útero está blando se estimulará su contracción por el masaje suave del fondo uterino a través de abdomen y si esto no fuese suficiente, se debería recurrir a los oxitócicos aunque la madre haya recibido una dosis IM preventiva de 10 UL en el momento de la salida de los hombros o inmediata al nacimiento. También puede no observarse salida de sangre por los genitales y sin embargo acumularse está dentro del útero. (Schwarcz, Obstetricia, 2008)

El globo de seguridad de pinard es un índice de buena hemostasia de la brecha placentaria por las “ligaduras vivientes” que realiza. Su formación y permanencia se comprueban por medio de la palpación, al percibir al útero al nivel o un poco por debajo del ombligo, con límites bien definidos y una consistencia firme y elástica (que corresponde a la retracción unida a la tonicidad muscular), que cambia periódicamente hasta ponerse leñosa cuando sobrevienen las contracciones. (Ramos Morcillo A. J. Rodríguez F. & Jordán Valenzuela M, 2011)

Tabla #30: Si atiende el parto el personal de enfermería verifica la formación del globo de seguridad de pinard durante el tercer periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Si atiende el parto verifica la formación del globo de seguridad de pinard.					
Frecuencia	0	0	0	7	7
Porcentaje	0%	0%	0%	100%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las usuarias el personal de enfermería no le realiza la actividad porque en esa unidad de salud es realizada por el médico.

Se refleja que en su totalidad el personal de enfermería del Centro de salud Rubén Darío no atiende partos y por consecuente no le verifica a la usuaria la formación del globo de seguridad de pinard, sin embargo es importante recalcar que aunque el personal en

estudio no es quien lo realiza, dicha actividad es llevada a cabo por el médico cumpliendo con lo estipulado en la Normativa 011 (2015), quien expresa que forma parte de los cuidados maternos-fetales después del alumbramiento y lo sustenta Ramos (2011), que define el globo de seguridad de pinard como el índice de buena hemostasia de la brecha placentaria por las “ligaduras vivientes” que realiza. Su formación y permanencia se comprueban por medio de la palpación, al percibir al útero al nivel o un poco por debajo del ombligo, con límites bien definidos y una consistencia firme y elástica (que corresponde a la retracción unida a la tonicidad muscular), que cambia periódicamente hasta ponerse leñosa cuando sobrevienen las contracciones. Partiendo de lo expresado por el autor es importante recalcar que todo personal de salud involucrado en la atención del parto está en la obligación de realizar el masaje uterino para lograr la formación del globo de seguridad de pinard una vez expulsada la placenta, esta vigilancia minuciosa es imprescindible en la reducción de complicaciones postparto y por ende en la mortalidad materna.

INTERVENCION 32: Revisa la placenta.

Revisión de la placenta

La placenta es el órgano que une a la madre y al feto durante el tiempo que dura el embarazo. Este órgano, con una compleja estructura y una alta especialización, es el encargado de realizar el intercambio de nutrientes, gases y todo lo que necesita el feto desde el cuerpo de la madre, a su vez, también actúa como glándula endocrina. La placenta, que tiene una forma parecida a la de un disco, suele medir alrededor de unos 20 centímetros de diámetro y pesar cerca de 500 gramos. Su estructura es peculiar, pues tiene dos caras que se diferencian entre sí; la materna y la fetal. Mientras que la fetal, que es interna, es lisa y recubierta de amnios, la fetal está recubierta por cotiledones. (Cardona, 2016)

La revisión de la placenta es un examen minucioso que se debe de realizar para asegurarse de su integridad.

Este es un paso importante que muchas veces la rutina obstétrica olvida, sin valorar el riesgo que implica no reconocer la integridad de la placenta. Se debe de observar la placenta primero por su cara fetal y luego invirtiéndola, se examinara su cara materna, siempre apoyándola en una superficie plana, para ello el hábito enseña el aspecto de la superficie placentaria normal y el área de la superficie desgarradas, que indican retenciones parciales de cotiledones, al revestir tanta importancia este reconocimiento.

Para adquirir la sensación visual de tales defectos de integridad es útil realizar un ejercicio de simulación artificialmente desgarros en placentas integras. El examen de las membranas ovulares comprenden la observación de su orificio de rotura, cuyo reborde más cercano deberá tener no menos de 10 cm de longitud hasta el borde placentario (puesto que la placenta asienta normalmente por encima del tercio inferior del útero) tratando de reconstruir la bolsa amniótica, se tendrá la sensación de la integridad de las membranas en extensión. Para reconocer su integridad en espesor debe recordarse que ambas membranas corion y amnios. Pueden desprenderse artificialmente entre sí. (Schwarcz, Obstetricia, 2008)

Placenta de término

La placenta de término es discoidal, tiene un diámetro de 15 a 25 cm y alrededor de 3 cm de espesor, y pesa entre 500 y 600 gr. En el momento del nacimiento se desprende de la pared uterina y unos treinta minutos después del parto es expulsado de la cavidad del útero. Si se la observa entonces del lado materno, se advierten con claridad 15 a 20 zonas ligeramente abultadas, los cotiledones, cubiertos por una delgada capa de decidua basal.

Los surcos que separan a los cotiledones son formados por los tabiques deciduales. La superficie fetal de la placenta está cubierta completamente por la lámina coriónica. Se observan arterias y venas de grueso calibre, los vasos coriónicos, que convergen hacia el cordón umbilical. A su vez, el corion está cubierto por el amnios. La inserción del cordón umbilical suele ser excéntrica y a veces incluso marginal. Sin embargo es raro que se

inserte en la membrana coriónica por fuera de la placenta (inserción velamentosa). (Flores Pérez, 2008)

Tabla #31: Si atiende el parto el personal de enfermería revisa la placenta (membranas y cotiledones) durante el tercer periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Si atiende el parto revisa la placenta (membranas y cotiledones).					
Frecuencia	0	0	0	7	7
Porcentaje	0%	0%	0%	100%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las usuarias el personal de enfermería no le realiza la actividad porque en esa unidad de salud es realizada por el médico.

Se refleja que en su totalidad el personal de enfermería del Centro de salud Rubén Darío no asiste partos y por consecuente no le revisa a la usuaria la placenta sus membranas y cotiledones, por tanto es el personal médico quien interviene en esta actividad establecido en la Normativa 011 (2015), la cual considera tal intervención como parte de los cuidados maternos-fetales durante el tercer periodo del trabajo de parto y lo sustenta Schwarcz (2008), al referir que el objetivo del examen minucioso de la placenta y de las membranas es para asegurarse de su integridad. Este es un paso importante que muchas veces la rutina obstétrica olvida, sin valorar el riesgo que implica no reconocer la integridad de la placenta. Se debe observar la placenta primero por su cara fetal y luego, invirtiéndola, se examina su cara materna, siempre apoyándola en una superficie plana. Según Flores P. (2008), expone que la placenta de término es discoidal, tiene un diámetro de 15 a 25 cm y alrededor de 3 cm de espesor y pesa entre 500 y 600 gr. Si se le observa entonces del lado materno, se advierten con claridad 15 a 20 zonas ligeramente abultadas, los cotiledones, cubiertos por una delgada capa de decidua basal. Los surcos que separan a los cotiledones son formados por los tabiques deciduales. La superficie fetal de la placenta está cubierta completamente por la lámina coriónica. Se observan arterias y venas de grueso calibre, los vasos coriónicos, que convergen hacia el cordón

umbilical. Este reconocimiento visual de la integridad de la placenta revierte tanta importancia porque de esta manera se asegura que no queden restos placentarios dentro del útero que provocarán complicaciones a la mujer y por tanto el enfermero/a debe de poseer calidad científica para asesorar en caso de que el personal de salud que asista el parto obvie tal acción.

INTERVENCION 32: Toma signos vitales después de la salida de la placenta.

Control de signos vitales

Son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo, en una forma constante son:

1. Temperatura
2. Respiración
3. Pulso
4. Presión arterial

Objetivos de Enfermería

- Reconocer la relación que existe entre los signos vitales, la actividad fisiológica y los cambios fisiopatológicos.
- Conocer la naturaleza periódica de actividades fisiológicas como base para evaluar la medición de signos vitales.
- Utilizar la información obtenida por la medición de los signos vitales como factor determinante para valorar la evolución del cliente, la respuesta al tratamiento y las intervenciones de enfermería.
- Reconocer y evaluar la respuesta individual del enfermo a los factores ambientales, internos y externos, según se manifiestan por la medición de los signos vitales.
- Vigilar los signos vitales con mayor frecuencia de la ordenada si el estado del paciente lo requiere.
- Comunicar los datos de los signos vitales a los médicos con la terminología correcta y registros adecuados para mejor tratamiento.

Temperatura

Después del parto la temperatura normal es de 36,5 y 37 °C. Desde el primero hasta el cuarto día puede haber escalofríos y un incremento fisiológico de 1 °C en la temperatura corporal. El primero se debe al paso de una cantidad mínima de líquido amniótico, vérmix caseoso y fragmentos microscópicos de membranas a través del lecho placentario, que actúan como microémbolos y producen escalofríos; el segundo, a la invasión del útero por gérmenes que, sin atravesar la herida placentaria, desprenden toxinas que provocan un estado febril transitorio. Durante esta elevación térmica, no se modifican el pulso ni el estado general de la puérpera.

Pulso

Con la expulsión del feto, la depleción brusca del vientre provoca una reacción vagal con bradicardia (60 a 70 latidos/minutos). Por tanto, ante una taquicardia hay que pensar en anemia, infección o enfermedad cardíaca (con mayor importancia si no hay fiebre) (Rigol, 1984)

Tabla #32: El personal de enfermería toma signos vitales después de la salida de la placenta y los documenta durante el tercer periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Toma signos vitales después de la salida de la placenta y los documenta.					
Frecuencia	0	7	0	0	7
Porcentaje	0%	100%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las usuarias el personal de enfermería le realiza la actividad en forma incompleta durante el tercer periodo del parto.

Se constata que el personal de enfermería del Centro de salud Rubén Darío le toman signos vitales a las usuarias de forma incompleta después de la salida de la placenta es decir que en la mayoría de casos solo toman la presión arterial dejando a un lado la temperatura, el pulso y la respiración, acción que tiene por objeto ver el estado

hemodinámico de la mujer durante el tercer periodo del parto, tal actividad está estipulada en la Normativa 011 (2015), la cual establece vigilar cara (palidez, sudoración) y signos vitales después del nacimiento y alumbramiento como parte de los cuidados maternas-fetales. Para Córtez (2010), el objetivo de enfermería al tomar los signos vitales es reconocer la relación que existe entre los signos vitales, la actividad fisiológica y los cambios fisiopatológicos, conocer la naturaleza periódica de actividades fisiológicas como base para evaluar la medición de signos vitales, utilizar la información obtenida por la medición como factor determinante para valorar la evolución de la usuaria, la respuesta al tratamiento y las intervenciones de enfermería, y comunicar los datos de los signos vitales a los médicos con la terminología correcta y registros adecuados para mejor tratamiento. Ya que los signos vitales son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en la mujer y en una forma constante, constituyen una herramienta valiosa ya que estos son un indicador del estado funcional de la paciente, es importante recalcar que tener los valores de los signos vitales no tiene ninguna significancia si no se interpretan adecuada y oportunamente, por lo cual el enfermero debe de tener claros los parámetros normales, además ser conscientes y no caer en el error de documentar datos subjetivos o inventados.

INTERVENCION 33: Vigila el sangrado transvaginal después de la salida de la placenta.

Vigilancia del sangrado transvaginal

Incluso después de la expulsión de la placenta, la sangre puede acumularse en un útero atónico, por esta razón, el tamaño del útero y el tono deben ser controlados a lo largo de la tercera y la cuarta etapa del parto, esto se logra mediante la palpación suave del fondo uterino. Si la causa del sangrado no es la atonía uterina, entonces la pérdida de sangre puede ser más lenta y los signos y síntomas clínicos de hipovolemia pueden desarrollarse en un marco de tiempo más largo. El sangrado de un trauma puede ser ocultado en forma de hematomas del retroperitoneo, ligamentos anchos y tracto genital inferior, o en la cavidad abdominal.

Para la Prevention of Postpartum Hemorrhage Initiative (2007), hay dos hechos importantes que vale la pena tener en mente. El primero es que los cuidadores consistentemente subestiman la pérdida de sangre visible de hasta 50%. El volumen de cualquier sangre coagulada representa la mitad del volumen de sangre requerido para formar los coágulos. La segunda es que la mayoría de las mujeres que dan a luz son saludables y compensan la pérdida de sangre muy bien. Esto, combinado con el hecho de que la posición de parto más común es una variante de semisentada con las piernas elevadas, significa que los síntomas de hipovolemia no se pueden desarrollar hasta que un gran volumen de sangre se ha perdido.

El reconocimiento rápido y el diagnóstico de la HPP son esenciales para un manejo exitoso. Las medidas de reanimación, el diagnóstico y el tratamiento de la causa subyacente deben ocurrir rápidamente antes de que las secuelas de la hipovolemia grave se desarrollen. El principal factor en los resultados adversos asociados con la hemorragia grave es el retraso en el inicio de un manejo adecuado.

El personal de enfermería debe:

- Vigilar las características del sangrado (cantidad, color y presencia de coágulos). El sangrado excesivo del útero se considera un signo evidente de hemorragia.
- Debe cuantificar la hemorragia inspeccionando la almohadilla sanitaria que se encuentra en el perineo y el introito vaginal, identificando si es abundante, moderada o escasa.
- Vigilar el estado del útero. Se palpa el fondo para asegurarse de que permanezca firme y bien contraído; si en el examen se percibe que está muy suave (atónico), se debe dar masaje intermitente sobre el fondo con la punta de los dedos hasta que quede firme y conserve su tono. Cuando el masaje no produce una contracción adecuada en un lapso corto, o si hay hemorragia abundante aunque el fondo se sienta firme, debe notificar al médico de inmediato. (Rigol, 1984)

Tabla #33: El personal de enfermería vigila el sangrado transvaginal después de la salida de la placenta durante el tercer periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Vigila el sangrado transvaginal después de la salida de la placenta.					
Frecuencia	3	0	4	0	7
Porcentaje	42.85%	0%	57.14%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 57.14% de las usuarias el personal de enfermería no le realizó la actividad durante la evaluación en el tercer periodo del parto y al 42.85% le realiza la actividad.

Se constata que a la mayor parte de las usuarias el personal de enfermería del Centro de salud Rubén Darío no le vigila el sangrado transvaginal después de la salida de la placenta sin embargo hay enfermeros/as que si cumplen con realizar la actividad, tal y como lo estipula la Normativa 011 (2015), estableciendo que el control de la parturienta después del parto se realizará cada 15 minutos durante dos horas en la sala de partos, con el propósito de detectar signos de alarma y prevenir la hemorragia por desgarros no diagnosticados, hematomas y atonía o inercia uterina en el post parto. Para la Prevention of Postpartum Hemorrhage Initiative POPPHI (2007), hay dos hechos importantes que vale la pena tener en mente, el primero es que los cuidadores consistentemente subestiman la pérdida de sangre visible del hasta 50%. El volumen de cualquier sangre coagulada representa la mitad del volumen de sangre requerido para formar los coágulos. La segunda es que la mayoría de las mujeres que dan a luz son saludables y compensan la pérdida de sangre muy bien. Esto, combinado con el hecho de que la posición de parto más común es una variante de semisentada con las piernas elevadas, significa que los síntomas de hipovolemia no se pueden desarrollar hasta que un gran volumen de sangre se ha perdido. Desde luego vigilar el sangrado transvaginal a la mujer nos proporcionará un reconocimiento rápido y oportuno de una posible hemorragia postparto porque de esta manera se reportará al profesional con mayor capacidad de resolución y por lo tanto contribuiremos en un manejo exitoso en el diagnóstico y el tratamiento de la causa

subyacente antes de que las secuelas de la hipovolemia grave se desarrollen y en efecto disminuir los índices de mortalidad materna por la hemorragia post parto.

INTERVENCION 34: Evalúa el estado general de la parturienta.

Cuidados durante el puerperio

Valoración de la metrorragia (loquios)

Tendremos que valorar los loquios atendiendo a las siguientes características:

- Cantidad: consideraremos excesiva la pérdida hemática de más de una compresa empapada por hora.
- Color: durante las primeras 24 horas el color debe ser hemático.
- Olor: será de olor “fuerte”, pero en ningún caso debe ser “ofensivo” o “fétido”.

Valoración de la altura y contracción uterina

- Esta valoración se realiza para determinar si es correcto el desarrollo involutivo del útero.
- Deberá hacerse después de vaciar la vejiga urinaria.
- Palparemos el útero a través de la pared abdominal y observaremos la distancia que dista del ombligo. Se mide por a través de los dedos y en este momento debemos encontrar el útero a nivel umbilical o infraumbilical.

Potenciar la micción espontánea dentro de las horas siguientes al parto: La vejiga llena de orina impide las contracciones involutivas del útero, y ocasiona la elevación de la altura uterina lo que conlleva a un aumento de la pérdida hemática. Palparemos la distensión y si es necesario realizaremos un sondaje vesical para su evacuación.

Valorar el estado de la episiotomía: Buscaremos signos de edema, equimosis, supuración y aproximación de los bordes de la herida. Aplicaremos hielo local si presentara inflamación.

Prevención de la hipotensión ortostática: En las primeras horas, la mujer se encuentra cansada por el esfuerzo físico, pero debemos animarla a levantarse de la cama sin brusquedades y con ayuda. La deambulación precoz previene otras complicaciones.

Alivio del dolor: A menudo las mujeres presentan molestias en el posparto como dolor en periné, hemorroides, entuertos y dolor en mamas. Estas molestias se pueden aliviar con analgesia oral como paracetamol, ibuprofeno o nolutil que no interfieren en la L.M.

Con respecto al dolor es lógico pensar que influye en la sensación de bienestar y en el estado general que sienta la mujer. Este dolor es natural por el propio proceso del parto al quedar edematosas las zonas implicadas. La episiotomía y lo relacionado con ella. Hemorroides se consideran normales los producidos por la involución uterina y las molestias propias de la cicatrización. Los loquios evolucionarán de rubrosos a serosos y prestaremos atención a su olor y a su cantidad. Debe huirse de la inmovilidad prolongada, se debe recomendar una deambulación lo más precoz posible para evitar el estasis sanguíneo y posibles problemas tromboembólicos. La primera vez que se levante debe hacerlo acompañada por si se produjera un mareo.

Se recomienda que la mujer que este acompañada siempre en los primeros momentos. No debe pasar largos períodos inmovilizada y debe ir teniendo un progresivo incremento en su actividad física. Las mamas pueden provocar dolor debido al gran volumen que tienen. Si se dejan a su peso provocan dolor, luego es conveniente que tengan una sujeción complementaria a la sujeción anatómica de la mama. Está extendido el uso de sujetadores diseñados exclusivamente para la lactancia. Con respecto a la analgesia siempre se debe tener en cuenta el fármaco usado ya que puede pasar a la leche materna y al bebé. La mujer deberá tener una higiene adecuada. Se recomienda una ducha diaria al día y un lavado después de cada micción o defecación. En estos lavados posteriores le indicaremos a la mujer que deben ser de delante hacia atrás, ya que la zona anal se considera sucia y al hacerlo así, de delante atrás, los desechos del lavado van hacia la zona anal y evitamos un riesgo potencial de contaminación.

Se dice que entre las ventajas que tiene la pronta salida de la mujer del hospital están el menor costo, menor exposición de la madre y el lactante a una infección iatrogénica, fomento de la vinculación paterna filial y menor interrupción de la vida familiar. (Pardo, 2004).

Tabla #34: El personal de enfermería evalúa el estado general de la parturienta, color de la piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas durante el tercer periodo del parto.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Evalúa el estado general de la parturienta, color de la piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas.					
Frecuencia	0	7	0	0	7
Porcentaje	0%	100%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las usuarias el personal de enfermería le realiza la actividad de forma incompleta durante el tercer periodo del parto.

Se muestra que el personal de enfermería del Centro de salud Rubén Darío evalúa de forma incompleta el estado general de la parturienta, color de la piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas, es decir no realiza todas estas actividades como parte de los cuidados maternos-fetales durante el tercer periodo del parto tal y como lo establece la Normativa 011 (2015). Y lo sustenta la Fundación de Enfermería FUDEN (2006), al exponer que este proceso es vital para conocer la necesidad de replantear o confirmar el problema de salud de la persona, los resultados que debemos conseguir o las intervenciones puestas en marcha para su consecución. Permitirá confirmar las estrategias de actuación establecidas o replanteadas total o parcialmente de acuerdo a la situación del usuario. La evaluación de enfermería es un acto de gran importancia porque de esto va a depender el éxito de la

profesión y más aun siendo una de las fases de un proceso cuyo objetivo es conseguir el bienestar de la persona sujeta a la intervención enfermera y debido a que en esta fase debemos de realizar una nueva valoración inicial de la persona, que posibilite conocer su estado de salud en esos momentos teniendo así una repercusión fundamental, es por ello que no sólo se requiere conocimientos y habilidades, sino que la persona que la realiza sea consciente de la finalidad que se quiere alcanzar y no caiga en el error de recoger datos sin llegar a valorar y de este modo conseguir la satisfacción en la mujer acerca de la vivencia de su parto. Por lo tanto esta actividad se realizó de forma insatisfactoria.

INTERVENCION 35: Orienta a la mujer lactancia materna, alimentación, higiene personal y apego precoz.

Fomento de la lactancia materna

- Valoraremos la disposición de la paciente e identificaremos las dificultades que pudieran tener.
- Valoraremos el estado de las mamas.
- Informaremos de los beneficios de la lactancia materna.
- Explicaremos la técnica de la L.M.
- Informaremos acerca del autocuidado de las mamas.

Deambulación precoz: disminuye el riesgo de fenómenos tromboembólicos ya que activa la circulación de retorno, favorece la función intestinal y vesical, restablece la tonicidad de los músculos abdominales, favorece el derrame loquial.

Alimentación: en calorías, proteínas, fibras y líquidos abundantes para favorecer la evacuación intestinal y suplir las necesidades nutricionales tanto de las puérperas que lactan como las que no lo hacen.

Al regreso de la puérpera a la planta se le ofrecerán alimentos, aconsejando una alimentación equilibrada y con abundantes líquidos. Al principio y debido al esfuerzo

físico, algunas mujeres prefieren una dieta más líquida o blanda hasta que recuperen su apetito.

Higiene personal: recomendar el baño lavado externo con agua y jabón de la región perineo-vulvar una vez al día y de arriba hacia abajo, no realizarse lavados ni duchas vaginales, no colocarse apósitos de algodón y cambiar la toalla sanitaria varias veces al día. La episiorrafia debe mantenerse limpia y seca. (MINSA 2015)

Recomendaremos ducha diaria y limpieza genital y perineal 2 ó 3 veces al día, siempre de delante hacia el ano y nunca al revés usando jabones neutros. Aconsejaremos que cambie con frecuencia de compresa durante las primeras horas para mantener la zona lo más seca posible y así favorecer la cicatrización de la episiotomía si la tuviera y prevenir la infección.

Inicio del vínculo materno-filial: Cuando la mujer llega a nuestra planta debemos llevar al R.N. con ella. Estimular que lo coja en brazos e inicie la L.M. cuanto antes mejor, favoreciendo así la comunicación madre-hijo. La mujer necesita información, ayuda y apoyo para fortalecer este vínculo. Si el R.N. se ingresa en Servicio de Neonatos, remitir allí para información. La mujer necesita información, ayuda y apoyo para fortalecer este vínculo. Si el R.N. se ingresa en Servicio de Neonatos, remitir allí para información. El apego precoz en la lactancia materna es el contacto prematuro madre- hijo, que se establece desde el primer instante que termina la labor de parto, y se coloca al recién nacido en la piel de su madre realizando el primer contacto entre los dos, es una conducta instintiva que impulsa a formar vínculo, o lazo afectivo, cuyo comportamiento hace que la persona se acerque y cree proximidad con otro individuo diferenciado y preferido, creando una relación de profunda intimidad y contacto que les permita conocerse mutuamente e ir afianzando así una buena relación madre e hijo.

El apego precoz es una necesidad tanto biológica como afectiva, tan importante como comer o respirar, este apego que empieza desde el instante del nacimiento del recién nacido permite que se consolide las bases para futuro del nuevo ser, ya que esta práctica

además de brindarle seguridad y bienestar al pequeño, asegura una lactancia exitosa porque implica el establecimiento de un vínculo mucho más familiar y cálido, sí a esto contamos con la participación del padre, el recién nacido se sentirá realmente bienvenido.

Tabla #35: El personal de enfermería orienta a la mujer sobre abrigo, hidratación, vigilancia del sangrado, apego precoz, deambulación temprana, higiene personal y genital, curación de episorrafia si existiera.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Orienta a la mujer sobre abrigo, hidratación, vigilancia del sangrado, apego precoz, deambulación temprana, higiene personal y genital, curación de episorrafia si existiera.					
Frecuencia	2	5	0	0	7
Porcentaje	28.57%	71.42%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 71.42% de las usuarias el personal de enfermería le realiza la actividad en forma incompleta y al 28.57% le realiza la actividad.

Se evidencia que a la mayoría de las usuarias el personal de enfermería del Centro de salud Rubén Darío orienta de forma incompleta sobre abrigo, hidratación, vigilancia del sangrado, apego precoz, deambulación temprana, higiene personal y genital, curación de episorrafia si existiera y la minoría lo realiza de forma integral, es decir que no se comprometen con las experiencias de enseñanza-aprendizaje genuinas dentro del contexto de relación del cuidado con las pacientes como se establece en la Normativa 011 (2015), donde se indica como uno de los cuidados que se deben cumplir en el tercer periodo del parto. Por ello Watson (2012), plasma la promoción de la enseñanza aprendizaje interpersonal como uno de sus factores curativos de la ciencia del cuidado en donde expresa que es un concepto importante para enfermería, porque separa el

cuidado de la curación, permitiendo que el paciente este informado cambiando la responsabilidad por el bienestar y salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecerles oportunidades para su crecimiento personal. Por esta razón la educación, el apoyo de enfermería, la resolución de dudas, la asesoría, son actividades que no implican grandes procesos tan solo la disponibilidad de un profesional de enfermería humanizado cumpliendo con su rol, pero que sin duda que bien utilizadas pueden prevenir complicaciones, como infecciones, hemorragias y alteraciones en las técnicas de lactancia materna.

INTERVENCION 36: Orienta sobre signos de peligro durante el puerperio.

El puerperio hospitalario debe fomentar el vínculo de la madre y el bebé con la participación del padre en el proceso. Debe prestarse especial atención al estado de la madre, y a la aparición de fiebre o cualquier otro signo clínico que pueda indicar alguna complicación. Debería evitarse la realización rutinaria de pruebas o procedimientos en aquellas mujeres en las que no se identifiquen signos de alarma. (Berens, 2011)

Valoración y observación de la madre

Recomienda monitorizar de manera frecuente la temperatura corporal de la madre, la presión arterial, el ritmo cardíaco y la frecuencia respiratoria.

Además deben valorarse la posibilidad de atonía uterina, de un sangrado excesivo o la presencia de signos de hemorragia interna, de distensión de la vejiga, o de disnea o de dolor pleurítico como síntoma de alerta de un embolismo pulmonar. En el caso de que se haya realizado una episiotomía durante el parto, se deberán valorar la aparición de signos de edema, la presencia de dolor o secreciones purulentas, o la dehiscencia de la zona de sutura. En estas mujeres se deberá realizar un cuidado perineal especial, asegurando la correcta higiene de la zona. Es importante controlar la aparición de fiebre en el posparto definida como una temperatura superior a los 38° C a excepción de las 24 primeras horas tras el parto. En caso de fiebre, debe realizarse una exploración para identificar el foco

de una posible infección del tracto urinario, de la herida quirúrgica, mastitis, endometritis, tromboflebitis pélvica séptica, una reacción adversa a un fármaco o complicaciones derivadas de la anestesia.

Tabla #36: El personal de enfermería orienta a la mujer sobre signos de peligro durante el puerperio y del recién nacido.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Orienta a la mujer sobre signos de peligro durante el puerperio y del recién nacido.					
Frecuencia	0	3	4	0	7
Porcentaje	0%	42.85 %	57.14%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 57.14% de las usuarias el personal de enfermería no le realizó la actividad durante la evaluación y el 42.85% le realiza la actividad en forma incompleta.

Se evidencia que el personal de enfermería del Centro de Salud Rubén Darío no orienta a la mujer sobre signos de peligro durante el puerperio y del recién nacido y cuando lo hace no abarca completamente la consejería, actividad indispensable que se debe respetar en todos los centros del país para prevenir complicaciones maternos e infantil tal y como se establece en la Normativa 011 (2015), por ello Ponce (2005), refiere que proporcionar comunicación y educación, se convierte en un medio útil para percibir y dar respuesta a sus necesidades ya que los conocimientos adquiridos en el entorno hospitalario tanto para el autocuidado como en relación al cuidado del niño adquieren una especial relevancia pues se inicia una etapa vital para la mujer a la que se debe adaptar de manera saludable y progresiva. El personal de enfermería debe de estar consiente que al desarrollar una comunicación clara permitirá evitar ese distanciamiento que muchas veces se da con el paciente y que hace que el cuidado no sea de una forma adecuada y oportuna sino también que a través de educación se puede reforzar los conocimientos que la paciente ya tiene sobre su propio estado de salud y también en su autocuidado cuando la usuaria este en las condiciones de realizarlas por sí misma,

teniendo en cuenta que nunca va estar de más dar educación sanitaria llegando a establecer un vínculo entre la enfermera/o y la mujer incluyendo su familia y la comunidad, educación con el objeto de prever a la mujer acerca de señales de peligro presentes en el puerperio y en el recién nacido/a.

INTERVENCION 37: Oferta método de planificación familiar

Mientras que la planificación familiar es importante en toda la vida reproductiva de una persona o pareja, la Planificación Familiar Post Parto se centra en la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésico cortos durante los primeros 12 meses después del parto.

En el mundo, la Planificación Familiar se reconoce como la intervención principal que salva la vida de madres e hijos (OMS, 2012). La Planificación Familiar Post Parto cumple una función importante en las estrategias para disminuir las necesidades de Planificación Familiar insatisfechas. Las puérperas tienen la mayor cantidad de necesidades de Planificación Familiar insatisfechas. No obstante, en general no reciben los servicios que necesitan para lograr intervalos intergenésicos más prolongados o para disminuir los embarazos no planificados y sus consecuencias. La Planificación Familiar Post Parto atiende las necesidades de quienes desean tener hijos en el futuro (es decir, quienes buscan "espaciamiento") y de quienes hayan alcanzado la composición familiar deseada y quieran evitar embarazos en el futuro (es decir, quienes buscan "limitación").

El objetivo de la Planificación Familiar Post Parto es ayudar a las mujeres a decidir sobre el método anticonceptivo que desean usar, iniciarlo y seguir usándolo durante dos años o más, según cuáles sean sus intenciones o las de la pareja en cuanto a la reproducción. Hay consideraciones exclusivas para brindar los servicios de Planificación Familiar Post Parto a las mujeres durante el período de 12 meses posparto.

Una intervención de Planificación Familiar Post Parto integral implica la continuidad de la atención para la mujer y su bebé en numerosos puntos de contacto dentro del sistema de salud durante un plazo de tiempo bastante extenso (por ej., desde el período prenatal

hasta los 12 meses después del parto). Después del parto, las puérperas permanecen amenorreicas durante períodos variables, según sus prácticas de lactancia. Para las mujeres que no amamantan a sus bebés, el embarazo puede producirse dentro de los 45 días después del parto (Jackson & Glasier 2011). Las mujeres que no practican la lactancia exclusiva pueden quedar embarazadas antes del retorno de la menstruación.

Pueden hacerse pruebas de detección siguiendo la lista de comprobación publicada como parte de las Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos de la OMS (SPR) (WHO, 2008) o análisis bioquímicos de embarazo (si están disponibles) para asegurar que las puérperas no queden excluidas de los servicios de PF. Expectativas y normas socioculturales sobre la reanudación de la actividad sexual después del parto.

La Planificación Familiar Post Parto integral puede implicar muchos grupos de trabajadores de la salud en diferentes instancias de la continuidad de la atención, desde los servicios prenatales hasta los servicios posparto, tanto en establecimientos sanitarios como en la comunidad. En 2012, la OMS emitió recomendaciones basadas en la evidencia sobre las instancias en las que los trabajadores de la salud pueden ofrecer intervenciones maternas y neonatales, incluidos los servicios de planificación familiar (OMS, 2012). Se les sugiere a los administradores de programas que consulten esta guía para asegurar la continuidad de la atención, de manera que todas las mujeres tengan acceso a servicios de PFPP de buena calidad. La coordinación en el marco del sistema de salud, como la integración de los servicios y la creación de vínculos para favorecer las derivaciones entre la comunidad y el centro de atención, el control prenatal, la maternidad, la atención puerperal y la salud infantil y los servicios de PF, pueden asegurar la continuidad de la atención y el acceso a los servicios. (OMS, 2012)

Un aspecto importante que debe tenerse en cuenta al planificar un programa o una intervención de PFPP es la seguridad clínica, es decir, qué métodos pueden usarse en cada instancia de contacto después del parto y en virtud de la condición de lactancia de la madre. Cabe mencionar que estas recomendaciones también se aplican a las mujeres

que viven con el VIH. (Este documento se mantendrá actualizado en formato electrónico, de acuerdo con la guía de la OMS). De manera sucinta, la OMS recomienda lo siguiente en cuanto al uso de la anticoncepción en las mujeres durante el primer año posparto y posteriormente:

- Inmediatamente después del parto y durante un período posparto de hasta 6 meses, la mujer que practica la lactancia exclusiva puede usar el método de amenorrea de lactancia (MELA) y otros tantos de manera segura. Si la mujer elige el MELA, debería pasar del MELA 4 Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto a otro método anticonceptivo moderno cuando el bebé cumpla los 6 meses o antes si no se cumplen los criterios para el MELA (OMS, 2009). Debería recibir la información oportunamente para poder elegir otro método anticonceptivo moderno.
- El DIU, un dispositivo anticonceptivo intrauterino con cobre, puede colocársele inmediatamente o hasta transcurridas 48 horas después del parto o en cualquier momento después de transcurridas 4 semanas tras el parto. La esterilización femenina o el cierre de las trompas de Falopio pueden practicarse inmediatamente o hasta transcurridos 4 días después del parto o en cualquier momento después de transcurridas 6 semanas tras el parto. Las mujeres que no amamantan a sus bebés, además del DIU y el cierre de las trompas, pueden iniciar métodos de progestina sola inmediatamente después del parto. Los anticonceptivos orales combinados pueden iniciarse a partir de las tres semanas después del parto.
- Las mujeres que amamantan a sus bebés pueden comenzar a usar todos los métodos de progestinas sola (inyecciones, implantes y píldoras de progestinas sola) en la sexta semana después del parto, según los CME de la OMS. Las píldoras que combinan estrógeno y progestinas no se pueden comenzar a usar hasta transcurridos seis meses después del parto. Todas las mujeres, ya sea que amamanten o no a sus hijos, pueden iniciar el uso de condones inmediatamente después del parto, los métodos de anticoncepción de emergencia después de cuatro semanas y el diafragma o el capuchón cervical después de seis semanas.

Tabla #37: El personal de enfermería oferta método de planificación familiar.

Actividad	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Oferta método de planificación familiar					
Frecuencia	2	0	0	5	7
Porcentaje	28.57%	0%	0%	71.42%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 71.42% de las usuarias el personal de enfermería no le realiza la actividad porque es llevada a cabo por el médico y al 28.57 le realiza la actividad.

Se revela que la mayoría del profesional de enfermería del centro de salud Rubén Darío no le oferta a la usuaria el método de planificación familiar por tanto tal actividad es ejercida por el médico contando así con una minoría que si lo oferta, actividad ampliamente descrita en la Normativa 002 (2008), refleja que la anticoncepción al finalizar un embarazo es la estrategia que le permite a la mujer posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante la utilización de un método de planificación familiar temporal o permanente, inmediatamente después de un parto, cesárea o aborto y antes de abandonar la unidad de salud donde fue atendida. De igual forma se establece en la Normativa 011 (2015), indicando que la anticoncepción posparto, transcesárea y posaborto es con el propósito de ampliar el intervalo intergenésico a por lo menos dos años, evitar el embarazo en adolescente que ha tenido un evento obstétrico, evitar el embarazo no deseado o no planificado, mejorar la calidad de vida, elevar su autoestima y autocuidado y disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Se debe impulsar la realización de acciones de información, educación y comunicación en temas de planificación familiar tanto en domicilio, como en el primer y segundo nivel de atención. Si bien es cierto que la orientación de los métodos de planificación postparto puede ser llevado a cabo por cualquier profesional de la salud ya sea el médico especialista, un médico general o el recurso de enfermería, es porque el enfermero no está exento de poseer conocimientos científicos y técnicos en la indicación y aplicación de métodos anticonceptivos, además de darle consejería acerca de la importancia de planificar, de los beneficios y perjuicios de cada método haciendo hincapié en el más idóneo para ella durante el puerperio.

4.9.4. Prácticas que se deben brindar en la atención de un parto seguro y humanizado.

Relacionados con el servicio y proveedor/a

- Vigilar la buena evolución del parto y tome las decisiones que más convengan a la parturienta y a su hijo/a.
- Contar con lo necesario para atender el nacimiento y posibles complicaciones.
- Cumplir técnicas de asepsia y antisepsia en todos los procedimientos a realizar.
- Utilizar guantes estériles para realizar cada valoración ginecológica.
- Lavarse las manos con agua y jabón después del examen ginecológico si tuvo contacto con líquidos vaginales.
- Lavarse las manos con alcohol gel antes y después de cada examen ginecológico.
- No usar lavados rectales, no rasurar la región vulvar de forma rutinaria.
- Los exámenes vaginales deben de realizarse una vez cada 4 horas previo al lavado de áreas vulvar y perineal.
- No romper membranas ovulares innecesariamente.
- Ayudar a que la placenta salga a tiempo y completa.
- Examinar los genitales para asegurarse que no quedan desgarros sin reparar.
- Tratar con respeto y amabilidad a la parturienta y acompañante.
- No divulgar lo comunicado por la parturienta.
- Respetar las costumbres y creencias que benefician a la parturienta y su niño/a.
- Permitir que esté presente la persona que la parturienta elija para que la acompañe en la atención del parto, siempre y cuando no interfiera en los procedimientos a realizar.

Relacionados con la parturienta

- Motivar a la parturienta a ingerir líquidos azucarados y/o sopas durante los dolores de parto.
- Respetar el derecho de la parturienta a caminar (siempre y cuando las membranas ovulares estén íntegras) y buscar la posición más cómoda para su parto (si no existe ninguna contraindicación médica).
- Secar, abrigar y entregar el/la recién nacido/a a la madre en cuanto nazca.

- Asegurar valoración continua de la madre y su hijo/a en las primeras horas posteriores al parto para evitar y tratar las complicaciones.
- Proporcionar información a la parturienta y su familia sobre su salud y la de su hijo/a.

Evalué el estado del feto

- Ausculte la frecuencia cardíaca fetal (FCF) inmediatamente después de una contracción.
- Tome la FCF por 1 minuto completo por lo menos una vez cada 30 minutos durante la fase activa (a partir de los 4-5 cm de dilatación) y cada 5 minutos durante el segundo periodo (periodo expulsivo, que inicia con la dilatación completa del cuello).
- Si hay irregularidades en la frecuencia cardíaca fetal (menos de 120 o más de 160 latidos por minuto), sospeche sufrimiento fetal.

Ponga en práctica medidas de asepsia para garantizar un parto seguro

- Lave las áreas vulvar y perineal antes de cada examen.
- Lávese las manos con agua y jabón antes y después de cada examen.
- Asegúrese de la limpieza de las áreas de la unidad de salud destinadas al trabajo de parto y el parto.
- Limpie de inmediato todos los derrames que ocurran.

Asegure la movilidad

- Aliente a la embarazada para que se mueva libremente si no hay contraindicación para esta actividad.
- Manifieste su apoyo por la posición que la parturienta elige para el trabajo de parto y el parto por ejemplo, deambulando, sentada, en cuclillas etc.
- Asegúrese que exista comunicación y apoyo satisfactorio por parte del personal.
- Explique a la embarazada todos los procedimientos, solicite la autorización correspondiente y converse con ella sobre los hallazgos.

- Cree una atmósfera de apoyo y aliento para el parto, con respecto hacia los deseos de la parturienta.
- Asegure la privacidad y la confidencialidad.
- Mantenga el aseo de la parturienta y del ambiente que la rodea.
- Oriente a la embarazada para que se lave, se bañe o se duche al inicio del trabajo del parto.
- Aliente a la parturienta para que vacíe su vejiga con regularidad.
- Aliente a la embarazada para ingiera líquidos claros. Si la embarazada esta visiblemente deshidratada o se cansa durante el trabajo de parto, asegúrese de que se le administren líquidos, esto es importante, aún en las etapas finales del trabajo de parto.
- Enséñele a la parturienta las técnicas respiratorias para el trabajo de parto y el parto. Aliéntela a que exhale con mayor lentitud que la habitual y que se relaje en cada espiración.
- Asista a la embarazada que está ansiosa, atemorizada o con dolor durante el trabajo de parto: elógiela, aliéntela y tranquilícela.
- Informe sobre el proceso y el progreso del trabajo de parto.
- Escúchela y sea sensible a sus sentimientos.

4.10. Evaluación de las intervenciones aplicadas en el cuidado a las pacientes en estudio

Evaluación

Proceso de operación continua, sistemática, flexible y funcional, que al integrarse al proceso de intervención profesional, señala en qué medida se responde a los problemas sobre los cuales interviene y se logran los objetivos y las metas; describiendo y analizando las formas de trabajo, los métodos y técnicas utilizadas y las causas principales de logros y fracasos". (Tobón, 2013)

La evaluación permite valorar y medir desde la perspectiva cualitativa y cuantitativa los procesos de intervención social. Es posible de manera gradual y sistemática identificar los alcances, logros, obstáculos y limitaciones que se presentan, así también; proponer

acciones correctivas para modificar, reestructurar y/o reorientar los rumbos del propio proceso. Mediante la evaluación se pretenden determinar los cambios que se deben buscar y por qué, cómo y en qué medida se producen los cambios deseados, el grado en que se alcanzan los objetivos que se han propuesto, la necesidad de modificar las acciones propuestas, la eficacia del programa y/o proyecto en qué forma se deberá de modificar si es que lo requiere.

Categorías principales de evaluación implementadas en el estudio

Satisfactorio

Según la Real Academia Española (2014), define la palabra satisfactorio como aquello que satisface o puede satisfacer.

En la presente investigación a través del instrumento de recolección de información denominado guía de observación el término se utiliza con el significado de: el personal de enfermería realiza la actividad de forma correcta y/o completa.

Insatisfactorio

Según la Real Academia Española (2014), define la palabra insatisfactorio como aquello que no satisface.

En la presente investigación a través del instrumento de recolección de información denominado guía de observación el término se utiliza con el significado de: el personal de enfermería realiza la actividad de forma incorrecta y/o incompleta.

TABLAS DE EVALUACIÓN

Tabla #38: Evaluación de las 37 actividades realizadas durante la atención a las pacientes, en los tres periodos del parto.

Categoría	N° de actividades	Porcentaje
Satisfactorio	9	24.32%
Insatisfactorio	7	18.91%
No Observado	7	18.91%
No aplica	14	37.83%
Total	37	100%

Fuente: Guía de observación

El 37.83% de las actividades corresponde a la categoría No aplica, el 24.32% a la categoría satisfactorio, el 18.91% a la categoría insatisfactorio y el 18.91% a la categoría No observado.

Se demuestra que las 37 actividades establecidas por la Normativa 011 (2015), dentro de la realización del estudio están ubicadas en 4 distintas categorías seleccionadas con anterioridad para su fácil comprensión, tal y como lo representa la tabla #38, una vez analizada la información se procede a tabular los datos obtenidos realizando lo siguiente:

- ✓ Sumatoria de datos de las categorías Insatisfactorio, No observado y No aplica para la obtención de un porcentaje final. Porque la similitud de sus caracteres permite esta inclusión, todas evalúan al personal en estudio y califican su participación desde una perspectiva negativa en este caso al hablar de la parte insatisfactoria es indicador de que la actuación de enfermería se está realizando de forma incorrecta o incompleta, al referirse al No observado se plantea que enfermería no realiza la actividad durante la evaluación y al hablar de la categoría No aplica se evidencia que solo el personal médico actúa en las intervenciones que están plasmadas en las normas y protocolos, dirigidas a todo el personal de salud y por tanto enfermería está capacitado para efectuarlas y al no ser así repercute negativamente en su actuación, en el sentido de haberse mostrado sumisa a la dependencia médica, limitarse de iniciativas y de toma de decisiones en su autonomía, ya sea por la falta de documentación o autorización por parte de las autoridades pertinentes.

- ✓ Resultado final en dos categorías, última etapa de este seminario de graduación representado en la tabla #39, expuesta a continuación:

Tabla #39: Evaluación de las 37 actividades realizadas a las pacientes, con o sin la participación del personal de enfermería, en los tres periodos del parto.

Categoría	N° de actividades	Porcentaje
Satisfactorio	9	24.32
Insatisfactorio	28	75.67
Total	37	100%

Fuente: Guía de observación

El 75.67% de las actividades resultan ser insatisfactorias y el 24.32% satisfactorias.

Se evidencia que existe una brecha significativa entre el personal de enfermería del centro de salud Rubén Darío que realiza de forma satisfactoria y cumple a cabalidad con lo establecido en las normas y protocolos y quienes lo realizan de forma insatisfactorio dejando entre ver que en el centro de salud en estudio existe personal de enfermería que todavía no ejecuta por completo lo establecido en la Normativa 011 (2015), en donde se organizan cada una de las actividades o intervenciones que se deben realizar en la atención de cada periodo del parto.

El no cumplimiento de la normativa contribuye y es un factor preponderante para desencadenar complicaciones obstétricas que en su mayoría no pueden ser pronosticadas ni prevenidas, es por ello que el personal de enfermería debe involucrarse como el protagonista autónomo de conocimientos, habilidades y destrezas que se implementan en los cuidados brindados a las usuarias durante todo el trabajo de parto e incluso desde los inicios de su embarazo, para que una vez que la usuaria sea clasificada como embarazo de bajo riesgo, termine con un parto de bajo riesgo e incluso hasta su puerperio.

V. CONCLUSIONES

- 1.** Se enumeraron las intervenciones de enfermería durante la atención de los tres periodos del parto, establecidas en la Normativa 011, Normas y Protocolos para atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, Normativa 042, humanización del parto institucional y protocolo de acogida al usuario.
- 2.** Al comparar las intervenciones de enfermería dirigidas a las usuarias con los cuidados aplicados en cada uno de los periodos del parto, bajo la responsabilidad del personal enfermero/a en el centro de salud en estudio se encontró que solo se cumple con la minoría de las actividades en forma completa y/o correcta.
- 3.** Al evaluar cada una de las intervenciones de enfermería aplicadas en el cuidado a las pacientes en estudio, se llega a la obtención de un resultado insatisfactorio.

VI. BIBLIOGRAFIA

- Aceituno et al. (2005). *Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerpero 2da edición*. Sevilla: Consejería de Salud.
- Acosta, S., Ariza, L., Becerra, M., Bejerano, N., Bejarano, V., Casteñeda, L., & Castañeda, P. (2015). *Guía de Cuidado de enfermería en el periodo de postparto. Enfermería Basada en Evidencia (EBE)*. Bogotá: Imprenta Distrital DDDI.
- Arribas Cachá, A., Aréjula Torres, J. L., Borrego, R., Domingo Blázquez, M., Morrente Parra, M., Robledo, J., & Santamarina, J. M. (2006). *Valoración Enfermera Estandarizada. Observatorio de Metodología Enfermera*. Madrid: Copyright.
- Ayala Gutierrez, G. L. (2015). *Calidad de la atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Barros, L. M., Magalhaes da Silva, R., & Ferreira, E. R. (2007). *Autonomía de la Enfermera que asiste el parto normal en Brasil*. Brasil: Invest. Educ Enferm.
- Bender, B. D. (1997). *Nutrition a reference Handbook*. Oxford University Press .
- Benner, P. (2002). *La supermacia del autocuidado. VIII Coloquio panamericano de investigacion de enfermeria*. Mexico .
- Boykin, A., & Schoenheffer, S. (1993). *Nursing as Caring: A model for transforming practice*. National League for Nursing Press. New York .
- Bravo, P., Uribe, C., & Contreras, A. (2006). *El Cuidado percibido durante el proceso de parto: Una mirada desde las madres*. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Enfermería.
- Bulchholz, S. (2001). *Gimnasia para embarazadas, Enfermería materna y ginecologica 4 edición. Cap IV*. Barcelona, España : Masson .
- Butcher, G. (2009). *Clasificación de intervenciones de enfermeria NIC. Quinta edición*. España .

- Canales , F. H. (2008). *Metodología de la investigación, Manual por el desarrollo del personal de salud.* . México : Limusa SA. .
- Cardona, A. (2016). *definición de placenta.* Onsalus.
- Castillo Mejía, K. V., & Ruiz Chavarría, M. L. (2008). *Conocimiento y práctica de los estudiantes del curso regular de enfermería UNAN-León en relación a los principios éticos en el cuidado al paciente.* León-Nicaragua.
- CENETEC. (2014). *Guía de Practica Clínica. Vigilancia y Manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo.* México: Centro Nacional de Excelencia Tecnología en Salud.
- Charles, D. (2015). *Protocolo de administración de medicamentos.* El salvador: Clínica Mayor.
- Chemes de Fuentes, C. (2008). *La Enfermera y la Valoración de los signos vitales.* Tucumán-Argentina.
- Cortez, E. (15 de Mayo de 2010). *Docencia en enfermería.* Obtenido de Docencia en enfermeria : <http://docenciaenenfermeria.blogspot.com/>
- Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Haunt, J., Gilstrap, L., & Wenstrom, K. (2006). *Obstetricia de Williams.* Mexico: Interamericana Editores S.A.
- De León López, V. A. (2015). *Humanización del cuidado de Enfermería en la Atención del parto en el Hospital Regional de Occidente.* Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar.
- Egido Fernández, M., Núñez Belmonte, R. A., Ruiz Sánchez, A. I., & Sánchez Martínez, M. R. (2008). Protocolo de canalización mantenimiento y uso de la vía venosa periférica. *sescam*, 12.
- Flores Pérez, F. (2008). Placenta y Anexos Fetales. *ULADECH. Embriología Humana*, 11
- FUDEN, F. (2006). Valoración de Enfermería. *OBSERVATORIO Metodología Enfermera*, 17.

- Fundación UNO. (2014). *Guía de evaluación de destrezas básicas de enfermería*. Managua - Nicaragua .
- Galán Castellanos, F. (2013). *Enfermería. Actividades de enfermería en el parto*. Bogotá: Sección Publicaciones SENA.
- García Fernández, D. (2011). El derecho a la intimidad del paciente y el secreto profesional de los profesionales de la salud. *Etbio*, 17.
- Ginecólogos, C. A. (2011). *Monitorización de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto*. Washintong D.C: Copyright Clearance Center.
- Henderson, V. (1994). *Naturaleza de la enfermería, Reflexiones 25 años despues*. Madrid : Interamericana Mc Graw Hill.
- Hofmeyr, G., & Abdel Aleem, H. (2007). *Masaje uterino para la prevención de la hemorragia posparto*. Obtenido de Biblioteca Cochrane Plus: <http://www.update-software.com>
- Huang, S. C. (1982). *Evaluación de la contracción de la pelvis media*. Washintong : Nueva editorial interamericana .
- Iso Taapken, L. (2013). *Enfermería y el Masaje Perineal Antenatal*. Almería.
- Juárez García, J. (2014). *Competencias del Personal de Enfermería en la atención del Tercer Periodo del parto*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Karlsson, H., & Pérez Sanz, C. (2009). *Hemorragia Postparto*. Pamplona: Sist Saint navar.
- Lazcano B, H. (2009). Normativas para una administración de medicamento segura. *Complejo Asistencial Dr. Sotero del Rio*, 11 .
- Leonel, A. A., Fajardo Ortiz, G., Titha López, E., & Papaqui Hernández, J. (2012). *La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria*. Obtenido de Enfermera Neurológica: <http://www.medigraphic.com/enfermeríaneurológica>

Leopold , C., & Sporlin. (28 de Mayo de 1894). *Diccionario Académico de la Medicina*.
Obtenido de Diccionario Académico de la Medicina:
http://dic.idiomamedico.net/maniobra_de_Leopold

López Espuela , F., Moreno Monforte, M. E., Pulido Maestre, M. L., Rodríguez Ramos ,
M., Bermejo Serradilla , B., & Grande Gutiérrez, J. (28 de Julio de 2009). *La
intimidad de los pacientes percibida por los profesionales de enfermería*. Obtenido
de NURE Investigación:
[http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/org_intimidad_46
.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/org_intimidad_46.pdf)

Loro Sancho, N., Sancho Sánchez , M., Sancho Sánchez, M., Martínez Hernández , E.,
& Peiró Andrés, A. (Noviembre de 2005). *Enfermería: canalizaciones periféricas,
atención, cuidados, mantenimiento y complicaciones*. Obtenido de Enfermería
Global: www.um.es/eglobal/ADMINISTRACION_GESTION_CALIDAD

Malvino, E. (2010). *Shock Hemorrágico en Obstetricia*. Obtenido de Obstetricia Crítica:
<http://www.obstetriciacritica.com.ar>

Martínez Galiano, J. M. (2009). Prevención de las hemorragias posparto con el manejo
activo del alumbramiento. *Matronas Profesión*, 7.

Medicina, B. N. (05 de Diciembre de 2013). *MedlinePlus*. Obtenido de MedlinePlus:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002341.htm>

Middleton P, A. C. (2008). *Intervenciones intraparto para la prevención de la distocia del
hombro. servicio de obstetricia y ginecología* . Granada : Cochrane Database Syst.

MINSA. (2009). *Normativa 011, "normas y protocolos para la atención prenatal, parto,
recién nacido y puerperio de bajo riesgo"*. Managua.

MINSA. (2010). *Normativa 042. Norma de Humanización del parto Institucional*.
Managua-Niaragua: MINSA.

MINSA. (2015). *Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido y
puerperio*. Managua.

- NANDA. (2012-2014). *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación* . ELSEKTER.
- NANDA. (2016). IN MEMORIAL MARJORY GORDON. *NANDA INTERNATIONAL*, 1.
- Navarro Collado, D. M. (2011). *Calidad de los Servicios de Atención de Parto y Puerperio. Hospital César Amador Molina. Silais Matagalpa*. Managua-Nicaragua: Universidad Nacional de Nicaragua. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud.
- Nuñez, C. (20 de Marzo-Abril de 2002). *Revista Vitral* . Obtenido de Revista Vitral : <http://www.vitral.org/vitral/vitral48/bioet.htm>
- Oliva Rodríguez, P., Moyano López, R., & Buforn Galiana , A. (2002). *Técnica de asistencia al parto*. Málaga.
- OMS. (2012). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto*. Ginebra.
- OMS. (2015). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del parto*. Ginebra: Centro Latinoamericano de Perinatología.
- OMS, O. (1996). *Cuidados en el Parto Normal: Una Guía Práctica*. Ginebra: Consejería de Salud de Andalucía.
- Pardo Granero, J. (2004). Vigilancia del Globo de Seguridad de Pinard. *Puerperio*, 22.
- Piura , L. J. (2008). *Metodología de la investigación científica - un enfoque integrado* . Managua - Nicaragua : xerox .
- POPPHI, P. o. (2007). *Prevención de Hemorragia posparto: Implementación del manejo activo del tercer periodo del parto*. Seattle: A reference manual for health care providers.
- Profesional, T. (14 de 02 de 2013). *Conceptos sobre la valoración de signos vitales*. Obtenido de Educar Chile: <http://www.educarchile.cl>

proSEGO. (Abril de 2012). *Fármacos uteroestimulantes*. Obtenido de Elsevier:
<http://www.elsevier.es>

Ramos Morcillo, A., Rodríguez Castilla, F., & Jordán Valenzuela, M. (2011). *Intervenciones en el embarazo parto y puerperio. Cuidados en el parto normal*. España.

Rigol. (1984). *Ginecología y obstetricia*. Cuba: 1ra. ed.

Rodríguez, I., Borbonet, D., Silvera, F., & Moraes, M. (2008). *Guía de Reanimación Neonatal*. Scielo, 1-2.

Rondón García, A. M., & Salazar Figuera, D. R. (2010). *Calidad de atención del Profesional de Enfermería en el Servicio de Maternidad I del Hospital Universitario Ruiz y Paéz*. Ciudad Bolívar-Venezuela: Universidad de Oriente Núcleo Bolívar.

Rubial, F. (2013). *Intimidad y Confidencialidad, obligación legal y compromiso ético*. Santiago de Compostela-Galicia: Consejería de sanidade.

Saavedra Infante, D. L. (2013). *Comportamientos del cuidado del Profesional de Enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Schwarcz , R., Fescina , R., & Duverges , C. (1997). *Obstetrica*. Buenos Aires: El Ateneo.

Schwarcz, R. (2008). *Obtetricia*. Buenos Aires: El Ateneo.

Serrano Alonso, E. (1992). *Derecho a la persona*. Madrid-España: Editorial La Ley.

Tobón, S. T. (2013). *Formación integral y competencias - Pensamiento complejo, currículo, didáctica y evaluación* . Bogota, Colombia : Ecoe ediciones Ltda. .

USAID. (2013). *Pinzamiento tardío del cordón umbilical para reducir la anemia en los lactantes*. Estados Unidos .

- Vélez Álvarez, G. A., Méndez Gallo, O. A., & Faciolince Pérez, S. I. (2007). Guía integral del tercer y cuarto periodo del parto para mejorar la salud materna neonatal e infantil. *Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR-OPS/OMS*, 7.
- Villacorta Martín, A. (2013). *Monografía sobre la Atención de Enfermería durante la Fase Activa del primer periodo del parto normal*. España: Universidad de Cantabria-Departamento de Enfermería.
- Watson , J. (1988). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boston: Little Brown and Company.
- Watson , J. (1979). *Nursing: the Philosophy and science of caring*. Boston : Little Brown and Company .
- Watson, J. (12 de junio de 2012). *Teorías de enfermería uns*. Obtenido de Teorías de enfermería uns.: <http://www.teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com>
- Zavala Calderón, Y. (2015). *Factores que influyen en el comportamiento de las gestantes durante el trabajo de parto en el servicio del Centro Obstétrico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión*. Lima-Perú.
- Zelaya Velásquez, M. T. (2013). *Factores de riesgo de la hemorragia post parto y el cumplimiento del MATEP en pacientes embarazadas ingresadas en la sala de labor y parto del HEODRA*. León.

Anexos

ANEXO 1.

Título: Fraccionamiento de la muestra de un total de 16 usuarias observadas

Periodos del parto	Usuarías observadas	Muestra fraccionada por periodos
Primer periodo	9	15
Segundo periodo	1	7
Tercer periodo		7
Total	16	

Fuente: Guía de observación

Al actuar sobre los escenarios aplicando la guía de observación en la muestra seleccionada, el objetivo era cumplir con cada una de ellas, aunque estas se encontraran en los diferentes periodos del parto, la evaluación tendría el mismo significado aplicado por periodo.

Al tabular la información obtenida de la guía de observación, la muestra varía en relación al periodo observado expresándose lo siguiente tal y como lo muestra la tabla de fraccionamiento:

- ✓ Se observaron 9 usuarias en el primer periodo del parto.
- ✓ Se observó 1 usuaria durante el segundo y tercer periodo.
- ✓ Se observaron 6 usuarias durante los tres periodos completos.

Una vez obtenida la variante de usuarias obtenida por periodo, el fraccionamiento de la muestra es inevitable, quedando la muestra de la siguiente manera:

- ✓ Primer periodo 15/16 usuarias observadas
- ✓ Segundo y tercer periodo 7/16 usuarias observadas.

ANEXO 2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

Variable	Definición operacional	Sub variable	Indicador	Escala
Intervenciones de enfermería	Las intervenciones enfermeras son acciones llevadas a cabo por la enfermera para controlar el estado de salud, reducir los riesgos, resolver, prevenir o manejar un problema, facilitar la independencia o ayudar con las actividades de la vida diaria y promover una sensación optima de bienestar físico, psicológico y espiritual. (Macías & Gómez, 2007).	Intervenciones de enfermería en el primer periodo del parto (dilatación y borramiento).	% de intervenciones documentadas en las normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo.	Nominal
		Intervención de enfermería en el segundo periodo del parto. (Descenso y expulsión del feto).		
		Intervención de enfermería en el tercer periodo del parto. (Alumbramiento o salida de los anexos fetales).		
Evaluación	Valoración de conocimientos, actitud y rendimiento de una persona o de un servicio.	Satisfactorio	% de cumplimiento de intervenciones de Enfermería según normativa.	Ordinal
		Insatisfactorio		

ANEXO 3.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA; MANAGUA

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA, MATAGALPA



Guía de observación

Guía de observación dirigida al personal de enfermería que labora en áreas de salud y que atiende partos. La persona que evalúa marque la casilla correspondiente, según las definiciones a continuación:

“S”: Satisfactorio = Realiza la actividad.

“I”: Insatisfactorio = Realiza la actividad en forma incorrecta y/o incompleta.

N/O: No Observado = El/la participante no realizó la actividad durante la evaluación.

N/A: No aplica= El participante no realiza la actividad porque en esa unidad lo realiza el médico u otro profesional.

Periodos del partos	N°	Actividad	S	I	N/O	N/A
Primer periodo	1	Se presenta ante la paciente brindando su nombre completo.				
	2	Respeto la intimidad y privacidad de la paciente				
	3	Realiza valoración de necesidades de la paciente				
	4	Canaliza con branula N° 16 o de mayor calibre si se indica				
	5	Toma de Signos Vitales y de frecuencia cardiaca fetal para detectar y reportar signos de peligro.				
	6	Oferta parto acompañado (humanizado)				
	7	Vigila el estado de hidratación materno				
	8	Orienta la ingesta de líquidos azucarados.				
	9	Orienta colocarse en Decúbito Lateral Izquierdo, deambular o adoptar la posición en la que se sienta cómoda.				
	10	Motiva la micción espontanea.				

	11	Orienta ejercicios de respiración durante las contracciones.				
	12	Identifica progreso insatisfactorio del T de P.				
	13	Identifica distocias de la contractilidad uterina (hipodinamia/hiperdinamia) y lo reporta.				
	14	Identifica distocias Oseas y de partes blandas y lo reporta.				
	15	Realiza amniotomía hasta los 10 cm y evitar amniotomía innecesaria.				
	16	Prepara equipos de reanimación neonatal por si los necesitara.				
	17	Proporciona los materiales y equipos para episiotomía.				
Segundo periodo	18	Ayuda a la mujer a trasladarse a la sala de expulsivo				
	19	Cumple con las correctas técnicas de asepsia.				
	20	Alienta a la mujer a que adopte la posición adecuada que permita el pujo (cuclillas, sentada, semi sentada, ginecológica)				
	21	Orienta la correcta técnica de pujo				
	22	Si atiende el parto, Protege periné para evitar desgarros y laceraciones.				
	23	Orienta a la mujer que deje de pujar y mantener su respiración jadeante.				
	24	Administra medicamentos con técnica correcta si es necesario				
Tercer periodo	25	Descarta que no hay otro bebe en el útero realizando palpación abdominal para Administrar 10 UI de oxitocina IM.				
	26	Si atiende el parto vigila el sangrado transvaginal.				
	27	Si atiende el parto pinza el cordón umbilical dentro de los 2 ó 3 minutos posteriores al nacimiento.				
	28	Si atiende el parto realiza tensión controlada del cordón umbilical.				
	29	Si atiende el parto realiza masaje uterino posterior a la salida de la placenta.				
	30	Si atiende le parto verifica la formación del globo de seguridad de Pinard.				
	31	Si atiende el parto revisa la placenta (membranas y cotiledones).				
	32	Toma signos vitales después de la salida de la placenta y los documenta				
	33	Vigila el sangrado transvaginal después de la salida de la placenta.				

	34	Evalúa el aspecto general de la parturienta color de la piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas.				
	35	Orienta a la mujer sobre Abrigo, hidratación, vigilancia del sangrado, apego precoz, deambulación temprana, higiene personal y genital, curación de episiotomía si existiera.				
	36	Orienta a la mujer sobre signos de peligro durante el puerperio y del recién nacido.				
	37	Oferta métodos de planificación familiar.				

