

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA, MATAGALPA
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS, TECNOLOGIA Y SALUD**



**SEMINARIO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA ORIENTACIÓN MATERNO INFANTIL**

TEMA:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y APLICACIÓN DE LOS CUIDADOS DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO DE BAJO RIESGO SEGÚN NORMAS Y PROTOCOLO EN ÁREAS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MATAGALPA.

SUB TEMA:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y APLICACIÓN DE LOS CUIDADOS DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO DE BAJO RIESGO SEGÚN NORMAS Y PROTOCOLO EN EL C/S TOMAS BORGE MARTÍNEZ DE CIUDAD SEBACO DEPARTAMENTO DE MATAGALPA, II SEMESTRE 2016.

AUTORES:

**BR. JESSICA LOURDES VALDIVIA MORAN
BR. ANA DAYSI ZEAS FLORES**

TUTORA: MS.C. KARLA MOLINARES SALGADO

MATAGALPA, FEBRERO 2017

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA, MATAGALPA
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS, TECNOLOGIA Y SALUD**



**SEMINARIO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA ORIENTACIÓN MATERNO INFANTIL**

TEMA:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y APLICACIÓN DE LOS CUIDADOS DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO DE BAJO RIESGO SEGÚN NORMAS Y PROTOCOLO EN ÁREAS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MATAGALPA.

SUB TEMA:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y APLICACIÓN DE LOS CUIDADOS DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO DE BAJO RIESGO SEGÚN NORMAS Y PROTOCOLO EN EL CENTRO DE SALUD TOMAS BORGE MARTÍNEZ DE CIUDAD SEBACO DEPARTAMENTO DE MATAGALPA, II SEMESTRE 2016.

AUTORES:

**BR. JESSICA LOURDES VALDIVIA MORAN
BR. ANA DAYSI ZEAS FLORES**

TUTORA: MS.C. KARLA MOLINARES SALGADO

MATAGALPA, FEBRERO 2017

DEDICATORIA

Cuando pienso 5 años atrás se me vienen en mente todas esas personas que me dieron la fortaleza para seguir después de tantos obstáculos que tuve y en que tuvieron siempre fe que podía conseguir llegar hasta la cima de la montaña y culminar con triunfo y en especial:

A Dios: por darme la vida y las ganas de seguir luchando por las cosas que quiero y poner en mi camino a las personas exactas, en el lugar exacto para brindarme la mano en lugar de Él y también por darme la capacidad de entender lo que se me enseñaba en estos 5 años.

A mis padres: porque de una u otra manera me dieron las posibilidades de conseguir haber llegado hasta aquí y siempre pusieron su confianza en mí en que podía lograr el futuro que ellos no pudieron.

A mis hermanas: porque en todo momento me dieron consejos que no dejara de luchar por lo que siempre quería para que fuera una persona de bien con aspiraciones a cosas grandes.

A mi esposo y a mis 2 bebés: porque ellos 3 son mi motor de impulso, porque ellos son la razón de ser de mi vida, y por lo que tengo que luchar para cada día ser mejor porque los amo como a nadie en el mundo y porque siempre serán los que estén ahí para darles y que me den fuerza para luchar día a día.

Br: Jessica Lourdes Valdivia Moran

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios, porque él siempre está en todas las decisiones que he tomado en mi vida y haber culminado mi 5to año de enfermería es una de las cosas que me ha ayudado a aprender en función de ayudar al prójimo.

A mi profesor Miguel Ángel Estopiñan por darnos un ejemplo de vida y demostrarnos con su ejemplo que podemos aprender mucho y ser buenos enfermeros dignos del título y que debemos amar nuestra carrera, y también por ser un gran profesor con grandes conocimientos y compartir todos esos conocimientos con todos sus estudiantes, por estar siempre dispuesto a dar toda su ayuda y dar solución a los problemas relacionados con la carrera.

A la profesora tutora Karla Molinares por ayudarnos a terminar nuestro seminario y por tenernos paciencia en la enseñanza y por tratar de que fuéramos mejores estudiantes en redacción y por su apoyo y disposición incondicional.

Br: Jessica Lourdes Valdivia Moran

DEDICATORIA

En esta nueva etapa de mi vida quiero dedicar el presente trabajo:

A Dios padre celestial por su eterno amor, por haberme dado la vida, por otorgarme la fuerza y sabiduría necesaria, guiándome en cada uno de mis pasos, ayudándome a vencer los obstáculos, iluminándome a caminar por el camino trazado.

A mis madres Karla y Deysi flores por su infinito amor, por darme siempre ese apoyo incondicional, por permanecer a mi lado en cada una de mis decisiones, por los ánimos que día a día me daban para continuar cumpliendo mis propósitos.

Br. Ana Deysi Zeas Flores

AGRADECIMIENTO

A Dios todo poderoso quien me concedió la dicha de seguir viviendo día a día, brindándome todas las herramientas necesarias para poder culminar mis estudios, y por la fuerza y sabiduría para poder seguir adelante.

A mis mamas y familia por todo el trabajo y esfuerzo que hicieron para apoyarme en mis estudios y por estar siempre pendiente de ayudarme a culminar esta meta más en mi vida.

Agradezco a la universidad UNAN-FAREM –Matagalpa porque a través de su carrera de Enfermería, pude adquirir sabios conocimientos impartidos por mis maestros que se esmeraron en hacer de mí, una profesional capacitada y digna de desenvolverme en cualquier área de la salud.

También es merecedor agradecer a nuestro profesor Miguel Ángel Estopiñan y a nuestra tutora la apreciada Lic. Karla Molinares que nos ayudaron con sus sabios consejos guiándonos en cada paso hasta la culminación del presente trabajo de titulación.

Br: Ana Daysi Zeas Flores

VALORACIÓN DEL DOCENTE

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 sub tema: Analizar las intervenciones de enfermería según normativas y la aplicación de cuidados durante la atención del parto en el centro de salud Tomas Borge Martínez de Ciudad Sébaco departamento de Matagalpa, II Semestre 2016.

Elaborado por las autoras: Br: Ana Deysi Zeas Flores y Br. Jessica Valdivia Moran

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.

V

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 Tomas Borge Martínez de Ciudad Sébaco, 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, donde las principales conclusiones fueron: a). Se documentaron las intervenciones de enfermería durante la atención del parto de bajo riesgo en la Normativa 011 (2015), en la normativa 042 (2009) en Schwartz (2008- 2010) por cada periodo del parto. b) Se compararon las intervenciones de enfermería en los tres periodos del parto con el cuidado aplicado durante la atención en las pacientes en estudio las cuales en su mayoría se realizaron de forma incorrecta. c) Se evaluaron las intervenciones aplicadas en el cuidado a las pacientes en estudio y dieron como resultado insatisfactorio.

Palabras claves: Parto, Cuidados, Intervenciones de enfermería, satisfactorio, insatisfactorio, parto de bajo riesgo

Vi
INDICE

	Pág.
Contenido	
I. INTRODUCCION	1
II. JUSTIFICACION	6
III. OBJETIVOS	7
IV. DESARROLLO DEL TEMA	8
4.1. Intervenciones de enfermería	8
4.1.1 Clasificación de las intervenciones	9
4.3.3. Diagnóstico del trabajo de parto	14
4.3.4. Acciones para la atención del parto	15
4.3.4.1. Confirmación del Trabajo de Parto	15
4.3.4.2. Identificación de la Situación, Posición y presentación fetal	16
4.3.4.3. Evaluación del encajamiento y descenso del feto	17
4.4. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN CADA PERIODO DEL PARTO.	18
4.4.2.1. Intervenciones en el primer periodo del parto	21
4.4.2.2. Intervenciones en el segundo periodo del parto.	72
4.4.2.3. Intervenciones en el tercer periodo del parto	96
4.5. EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES	135
V. CONCLUSIONES	137
VI. BIBLIOGRAFÍA	138

ANEXOS

Anexo 1 Operacionalización de la variable

Anexo 2 Guía de Observación

Anexo 3 Cronograma de Actividades

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 Martín 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 Publica 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 en la humanización del cuidado y la atención de calidad, 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 Tomas Borge Martínez, ubicado en ciudad de Sébaco departamento de Matagalpa, en el barrio linda vista , contando con un

personal conformado por 5 Licenciadas en enfermería, 3 auxiliares en enfermería, 4 enfermeras en servicio social, 3 enfermeras auxiliares MOSACF, 4 médicos generales, 4 médicos en servicio social, 1 laboratorista, 1 farmacéuta, 1 odontólogo, 3 personal de limpieza y 2 CPF, esta investigación es de tipo 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 10 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. 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 Tomas Borge, esta guía contenía las intervenciones de enfermería documentadas en la Normativa 011 para la que se definieron las 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 documentación, análisis y presentación de los resultados según las variables en estudio que fueron: Documentación de intervenciones de Enfermería, comparación de intervenciones y cuidado de Enfermería y evaluación de intervenciones aplicadas. Para la realización del estudio se obtuvo autorización escrita de Dra. Valdivia, directora del Centro de Salud, a la que se le 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 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 conocimiento, 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 normatizado a las pacientes que demanden atención del parto en las unidades de salud.

III. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar las intervenciones de enfermería según normativas y la aplicación de cuidados durante la atención del parto en el centro de salud Tomas Borge Martínez de Ciudad Sébaco departamento de Matagalpa, II Semestre 2016.

Objetivos específico

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 de bajo riesgo 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

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)

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.

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.

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.

4.1.1 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)

4.2. Cuidados 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. Cultivas Cultivar las practicas espirituales propias; profundizar en la conciencia de sí mismo, ir más allá del “ego propio”
4. Desarrollar y sostener una relación de cuidado autentica de ayuda y confianza.
5. Estar presente ante, ser apoyo de 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.

4.3. Parto

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)

4.3.1. Factores de riesgo relacionados al parto

Antecedentes personales

- Edad materna < de 20 años y > de 35 años.
- Talla baja < 1.50 cm.
- Multiparidad > a 4 hijos.
- Periodo intergenesico corto menor de 24 meses.
- Factores del embarazo actual: Rh (-), PVVS, RPR positivo.
- Patologías del embarazo (anemia, post- término).
- Poco o excesiva ganancia de peso durante el embarazo.

Situaciones relacionadas al parto

- Cambios en la intensidad de las contracciones uterinas (hipertonía, atonía uterina).

- Cambios en la frecuencia de las contracciones uterinas (polisistolia, oligosistolia).
- Estado psíquico de la parturienta.
- Alteraciones en el borramiento y dilatación del cuello.
- Variaciones de la frecuencia cardiaca fetal durante el parto.
- Trabajo de parto detenido.
- Ruptura prematura de membranas.
- Corioamnioitis.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Sospecha clínica de DCP.
- Desviación de la curva real del partograma.

4.3.2. Clasificación del parto de acuerdo a:

Por la edad gestacional

- Pretérmino: Parto que ocurre entre las 22 y 36 semanas de amenorrea.
Clínicamente en este rango se encuentra el parto inmaduro (22 a 27 semanas) y el parto prematuro: (28 a 36 semanas cumplidas)
- A Término: 37 a 41 semanas cumplidas
- Post término: 42 semanas en adelante

Por la intervención o no de agentes externos

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

Por la evolución fisiológica

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

Por la presentación del feto

- Cefálico (vértice, cara y frente)
- Pélvico (franco de nalgas)

- Incompleto o completo (de nalgas)

Por la vía del nacimiento

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

Por el número de fetos

- Único
- Múltiple

4.3.3. Diagnóstico del trabajo de parto

El parto tiene tres períodos que son:

- **Primer periodo:** Borramiento y dilatación del cuello uterino, inicia descenso Fetal.
- **Segundo periodo:** Descenso y Expulsión del feto.
- **Tercer periodo.** Salida de los anexos fetales (placenta y membranas).

Signos y síntomas según periodos del trabajo de parto

Signos y síntomas	Periodo
Cuello uterino dilatado menos de 4 cms.	Primer
Cuello uterino dilatado de 4-9 cms.	Primer
Tasa de dilatación característica de 1 cm. por hora o más. Comienza el descenso fetal.	
Cuello uterino totalmente dilatado (10cms). Continúa el descenso fetal.	segundo

No hay deseos de pujar.	
Cuello uterino totalmente dilatado (10 cms).	segundo
La parte fetal que se presenta llega al piso de la pelvis.	
La mujer tiene deseos de pujar.	

El tercer período del trabajo de parto comienza con el nacimiento del bebé y termina con la expulsión de la placenta.

4.3.4. Acciones para la atención del parto.

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

1. Confirmación del trabajo de Parto.
2. Identificación de la posición y presentación del feto.
3. Evaluación del encajamiento y descenso del feto.

4.3.4.1. Confirmación del Trabajo de Parto

Pródromos de 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 cada una.
- **En Multíparas:** Borramiento del 50%, Dilatación de 3 cms y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración cada una.
- **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 nulíparas y de 6 a 8 en múltiparas.

4.3.4.2. Identificación de la Situación, Posición y presentación fetal

En este primer momento se debe identificar de la posición, presentación y variedad de posición.

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 si misma mecanismo de parto, son dos: cefálica y pelviana.

Situación

La situación es la relación que guarda el eje longitudinal del feto con el eje longitudinal de la madre. Pueden ser longitudinales, transversos y oblicuos.

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 de feto. Ej: modalidad de cara, modalidad de frente, modalidad de bregma, presentación pelviana, situación transversa, por lo que la conducta a seguir es la operación cesárea.

4.3.4.3. Evaluación del encajamiento y descenso del feto

Las contracciones uterinas y los pujos impulsan 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.

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

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.

El manejo clínico se basa en la valoración del interrogatorio y examen físico (incluyendo examen obstétrico y examen ginecológico).

A continuación se presentan las acciones a realizar para la atención según los servicios de cada unidad de atención del parto.

4.4. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN CADA PERIODO DEL PARTO.

El servicio de emergencia general ú obstétrica, es el primer contacto que realiza la parturienta con las unidades de atención del parto y se brinda en unidades de salud pública y privada.

Los objetivos de la atención obstétrica en este período son diagnosticar el trabajo de parto e identificar el grado de riesgo del parto.

En este servicio se debe de tener en cuenta que el proceso del avance del trabajo de parto es dinámico por lo que la persona prestadora del servicio debe de tomar en cuenta que una valoración es vital para la madre y la /él bebe.

El personal de salud involucrado en este proceso son los Médicos/as, enfermera/o y auxiliar de enfermería previamente capacitada/o.

4.4.1. Para lograr estos objetivos los pasos para la valoración son los siguientes:

Corroborar edad gestacional

Indagar fecha de ultima menstruación, valorar confiabilidad de la misma, revisar ultrasonidos tempranos del I trimestre y si están acorde a la evaluación clínica y por FUM con el fin de poder establecer de manera concreta edad del embarazo y basado en eso tomar la conducta del manejo.

Características de las contracciones

Indagar sobre características de las contracciones y las pérdidas vaginales de líquidos (sangre, mucosidad, líquido claro) si las hay.

Evaluar la existencia de factores de riesgo para determinar si el parto será atendido en esa unidad de salud o hay que realizar referencia para atención especializada o en unidades del segundo nivel.

Examen Físico General

Ver Estado o apariencia general, color e hidratación de la piel y mucosas, valoración de estado neurológico.

Signos vitales (Presión Arterial, Frecuencia Cardíaca materna, Temperatura, Frecuencia Respiratoria). Peso y talla.

Examen Obstétrico

- Efectuar Maniobras de Leopold para determinar: Presentación, posición, situación, número de fetos y grado de encajamiento del feto.
- La vitalidad fetal se evalúa mediante la determinación de los movimientos activos del feto y su frecuencia cardíaca fetal.
- Caracterizar contracciones uterinas (frecuencia y duración).
- Determinar volumen uterino (medición de altura uterina con cinta obstétrica).

Examen Ginecológico

- Indagar sobre existencia de infecciones o lesiones de vulva, vagina y cérvix.
- Realizar antes de cada procedimiento un correcto lavado de manos y aplicación del alcohol gel.
- Valorar amplitud y elasticidad de partes blandas.
- Dilatación, borramiento y posición cervical.
- Salida de líquido transvaginal e Integridad de las membranas ovulares. En el caso de ruptura de éstas examinar cantidad-color-olor ruptura de membranas,

cuando es sangre realizar abordaje según Protocolo de Emergencias Obstétricas.

- Presentación, variedad de posición y altura de la presentación.
- Proporción feto-pélvica según existencia de recurso especializado para efectuar valoración clínica de la pelvis a fin de confirmar su forma y dimensión para el paso del feto (Arco subpúbico, línea innominada, concavidad del sacro, espinas ciáticas, tuberosidades isquiáticas, consistencia del periné, diámetros internos de la pelvis).
- Los exámenes vaginales se deben realizar por lo menos una vez cada 4 horas durante el primer período del trabajo de parto y después de la rotura de las membranas, realizar los estrictamente necesarios (RESTRINGIR REALIZACION DE TACTOS VAGINALES) y siempre realizarlos bajo el cumplimiento de la Normativa de lavado de manos antes de cada procedimiento. Registrar gráficamente los hallazgos en el Partograma.

4.4.2. ATENCION EN EL SERVICIO DE LABOR Y PARTO

La embarazada en Trabajo de Parto se ingresa a sala de Labor y Parto. Revisar las características a cumplir para lograr un parto seguro y humanizado. Se debe garantizar la evaluación del estado de la mujer y su hijo/a, así como, también la vigilancia de la evolución de los Periodos de Trabajo de Parto utilizando como instrumento el Partograma.

El partograma es un instrumento indispensable para evaluar el curso y la calidad da 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.

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.

4.4.2.1. Intervenciones en 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 de acuerdo a controles previos de Presión arterial.
- 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 embarazada a que modifique su respiración entre y durante las contracciones. Si la embarazada ha asistido a cursos de parto psicoprofiláctico 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.

PRIMER PERIODO DEL PARTO

Intervención # 1: 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.

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 puede 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:

Cuando la falta de intervención represente un riesgo para la salud pública.

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.

Cuando la emergencia no permita demoras que puedan ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. A efectuar reclamos y hacer sugerencias en los plazos previstos en la presente Ley y su Reglamento.
15. 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.

16. 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.
17. 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 independencia de la persona o entidad que deba asumir el costo.
- 18.16. Respecto a su persona, dignidad humana e intimidad sin que puede 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.
19. 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.
20. 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:
- d) Cuando la falta de intervención represente un riesgo para la salud pública.
 - e) 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.

21. Cuando la emergencia no permita demoras que puedan ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. A efectuar reclamos y hacer sugerencias en los plazos previstos en la presente Ley y su Reglamento.
28. 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.
29. 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.
30. 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 medico 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 diagnóstico 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. Si bien estos cambios en la población repercuten en la sociedad mexicana, el acceso a los servicios de salud se vuelve más demandante y el profesional de enfermería por estar el mayor tiempo con los pacientes tienen una mayor responsabilidad, ya que es común que la paciente acuda a él ante cualquier duda; sin embargo, por la carga de trabajo, falta de tiempo o por omisión no se realiza esta labor fundamental. 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, FajardoOrtiz, Titha López, & Papaqui Hernández, 2012)

Tabla N°1: El personal de Enfermería se presenta con su nombre completo ante las pacientes.

Se presenta ante la paciente brindando su nombre completo	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	0	1	9	0	10
Porcentaje	0%	10%	90%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 90% que constituyen 9 de las usuarias el personal de enfermería no se presentó con su nombre completo y a un 10% lo hicieron de forma incompleta.

Los seres humanos tienen por naturaleza que comunicarse a lo largo de la historia de la humanidad así como lo refiere Adela Alba, (2012) que 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 y de no ser así se perdería la interacción que ha existido desde siempre entre enfermera paciente. Es de gran importancia que los recursos de enfermería tengan el contacto directo con el paciente, el temor, la vergüenza, entre otras cosas que hacen que el paciente se sienta cohibido ante otro ser humano. El personal de enfermería, receptor de la confianza, dudas y preguntas sobre la información que el paciente recibe sobre su proceso, si bien el estado emocional del paciente es distinto al momento de su consulta y cuando la enfermera intercambia experiencias con los pacientes, se propicia un ambiente de confianza y estabiliza de su estado emocional, en un ambiente tranquilo, cooperará con el tratamiento farmacológico y su estadía en el hospital será agradable contrario a lo que percibía antes de establecer una comunicación con la enfermera.

Presentarse al paciente significa amistad, relaciones interpersonales, conocimientos sobre la profesión. Las normativas están claras, El Protocolo de Acogida al usuario da las pautas de como romper el hielo y llega a compartir un momento con cada paciente.

Intervención #2: 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 sanitarias/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 Nº2: El personal de enfermería respeta la intimidad y privacidad de las pacientes.

Respeta la intimidad y privacidad de la paciente.	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	8	2	0	0	10
Porcentaje	80%	20%	0%	0%	100%

Fuente: guía de observación.

El 80% que constituye 8 de las usuarias el personal de enfermería respeto la intimidad y privacidad, y al 20% que constituyen 2, lo hicieron de forma incorrecta o incompleta.

El personal de enfermería en el centro de salud Tomas Borge realizo esta actividad de manera satisfactoria en su gran mayoría sin embargo se debe mencionar que siempre se debe hacer, tal como menciona Rubial (2013) 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. En este apartado se habla sobre el deber del profesional hacia las personas a las que atiende, pero también sobre el compromiso que es deseable que desarrolle para proporcionar la mejor atención sanitaria sin menoscabar la intimidad del paciente.

La norma legal define lo que es obligatorio hacer, tiene carácter impositivo y reclama su cumplimiento. Las razones éticas nos orientan sobre lo que es deseable hacer atendiendo al valor de las diferentes opciones, entre las que podemos escoger, comprometernos a “hacerlo bien”, actuar sabiendo respetar y cuidar aquello que es más valioso para las personas, los derechos humanos que definen su dignidad. Desarrollar esta mirada ética contribuirá a que la intimidad de las personas pueda ser reconocida como un valor fundamental en la acción sanitaria cotidiana y pueda, así, promoverse su respeto. La intimidad es aquello que es más propio y exclusivo de la persona, sólo a ella accesible y que sólo ella puede decidir compartir con los demás.

Intervención # 3: Etapa 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 N°3: El o la enfermera realizó valoración de las necesidades de las pacientes.

Realiza valoración de necesidades de la paciente	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	2	3	5	0	10
Porcentaje	20%	30%	50%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

El 50% de las usuarias el personal de enfermería no realizó valoración de las necesidades, aun 30% lo realizaron de forma insatisfactoria y aun 20% le realizaron la actividad.

En el centro de salud donde se realizó el estudio esta actividad se llevó a cabo en su mayoría de manera insatisfactoria y según Normativa 011 (2015) indica que hay que realizar una adecuada valoración durante todo el proceso del parto, valorar es el inicio de Proceso de Atención que da resultados específicos, dando pautas a todo el trabajo de intervención-acción y ayudar a las pacientes, las teorías de necesidades de Virginia

Henderson y los patrones funcionales de Marjory Gordon, son los instrumentos para encontrar las reales y potenciales necesidades en pacientes.

La valoración en enfermería es indispensable para reconocer cualquier complicación es por esto que según Normativa se debe de hacer en todo momento y en todo lugar para evitar complicaciones.

Intervención # 4: 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 fluidos 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 basilíca 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 N°4: El enfermero canaliza con branula N° 16 o de mayor calibre si se indica.

Canaliza con branula N° 16 o de mayor calibre si se indica	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	10	0	0	0	10
Porcentaje	100%	0%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 100% de las usuarias que estaban en trabajo de parto el personal de enfermería canalizo con branula N° 16.

En el centro de salud Tomas Borge Martínez el personal de enfermería cumple con realizar esta actividad con las pacientes gestantes con trabajo de parto previamente indicado, Palacio, (2011) refiere que la canalización endovenosa es necesaria para tener un acceso rápido para la administración de fármacos en caso de complicaciones que pongan en peligro la vida de la madre o el bebé. Sin embargo en la mayoría de los casos se canaliza a las pacientes una vez que ingresan al lugar que va a parir ya que esto posibilita la actuación de emergencia. El recurso de enfermería tiene la competencia de escoger la vena perfecta y canalizar con todas las técnicas de bioseguridad.

Intervención # 5: Signos Vitales y FCF (frecuencia cardiaca fetal)

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 (SatO₂) 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.

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, 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 cardíaca 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 N°5: El personal de enfermería toman signos vitales y Frecuencia cardiaca fetal.

Toma de signos vitales y FCF.	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	3	5	1	1	10
Porcentaje	30%	50%	10%	10%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 50% de las pacientes el personal de enfermería tomo signos vitales y FCF de forma incompleta, a un 30% realizo la actividad, en un 10% no se observó que lo hicieran, él otro 10% lo realizo el personal médico.

Según los datos que se obtuvieron en el centro de salud Tomas Borge el personal de enfermería, no realiza esta actividad siendo prioritaria y de mucha importancia durante el parto. Schwarcz (2008) dice que 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 (SatO₂) mediante pulsioximetría.

Palacio, (2011) nos manifiesta que el control fetal en este grupo de gestantes se puede realizar auscultación o monitorización intermitente de la FCF. Si se opta por la auscultación intermitente, se hará cada 15 minutos durante 60 segundos en el período pos contracción inmediato. Si se opta por la monitorización intermitente se harán ventanas de 20 minutos cada hora. El registró grafico de la frecuencia cardiaca 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. Por

lo cual el personal de enfermería debe de tomar esta actividad de manera independiente ya que la toma y el registró de los signos vitales nos darán las pautas para hacer una valoración exhaustiva de la paciente y de igual forma nos daremos cuentas si hay o no alteraciones de los mismos. Es importante mencionar que tener los valores de los signos vitales no tiene ninguna significancia si no se interpretan adecuada y oportunamente.

Intervención # 6: Parto humanizado y/o Empático

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 conyugue 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 áreas 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 N°6: El enfermero oferta el parto humanizado.

Oferta parto acompañado (humanizado).	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	3	2	4	1	10
Porcentaje	30%	20%	40%	10%	100%

Fuente: Guía de observación.

El personal de enfermería ofertó el parto humanizado a 3 pacientes que es un 30%, a 2 gestantes el 20%, no ofertaron el parto humanizado de manera idónea, a 4 pacientes el 40%, nunca le hablaron del parto humanizado y 1 mujer, 10%, fue atendida por el médico directamente, este le ofertó lo antes expresado.

Se evidencia que el personal de enfermería del puesto de salud Tomas Borge Martínez no oferta parto humanizado de manera satisfactoria, lo cual esta actividad es indispensable para las pacientes, así lo establece la Normativa 011 (2015) el cual dice que el apoyo continuo y el acompañamiento de la paciente por familiares reduce la duración del trabajo de parto, aumenta las probabilidades de parto vaginal espontáneo y reduce de la necesidad de analgesia intraparto, y de acuerdo a lo establecido en la Normativa 042 (2010), en él se menciona 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. Por ende el personal de enfermería debe de garantizar una buena atención interviniendo con acciones implementadas en normativas ya antes mencionadas, ya que de esta manera ayudara a que las pacientes se sientan en un ambiente de confianza y satisfacción durante el trabajo de parto.

Intervención # 7: 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 indocina 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) (Parsons et al., 2006).

Intervención # 8: 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 N°7 y 8: El personal de enfermería vigila el estado de hidratación de la paciente y orienta los líquidos azucarados.

Vigila el estado de hidratación materno	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	2	3	1	4	10
Porcentaje	20%	30%	10%	40%	100%
Orienta la ingesta de líquidos azucarados					
Frecuencia	6	2	0	2	10
Porcentaje	60%	20%	0%	20%	100%

Fuente: Guía de observación.

El personal de enfermería vigila la hidratación a 2 paciente de manera correcta para un 20%, no lo realizó formalmente con 3 mujeres, un 30 %, con 1 mujer, el 10%, no se realizó la actividad, 4 pacientes, el 40%, fue atendido por el personal médico y si realizaron la actividad de vigilancia y monitoreo de hidratación.

Enfermería orientó sobre la ingesta de líquidos azucarados para las energías de manera satisfactoria en la paciente a 6 mujeres, un 60%, oriento de manera insatisfactoria a 2 mujeres para el 20%, otro 20% que son 2 pacientes, fueron atendidas por el médico, recibiendo alguna orientación sobre la alimentación.

Se evidencia que el personal de enfermería no realiza esta actividad siendo esta importante durante el primer periodo de parto, Rodriguez, (2014) nos habla que el trabajo de 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. Por lo tanto enfermería debe estar en constante monitorización de las pacientes vigilando así su estado de hidratación.

Se evidencia que el personal de enfermería en su mayoría orienta la ingesta de líquidos azucarados a las pacientes durante su inicio de trabajo de parto, la Normativa 042 (2010), establece que siendo así que en el proceso de atención del parto se promueve facilitar el acceso de refrescos azucarados en el servicio de Labor y Parto. Farias, (2012) habla sobre recomendar la ingesta de líquidos claros durante el parto. Además se considera que mejora el confort y la satisfacción materna y no incrementan las complicaciones maternas. Las mujeres en trabajo de parto pueden ingerir líquidos y ser informadas que las bebidas isotónicas pueden ser más beneficiosas que el agua para evitar la cetosis. Las mujeres pueden ingerir una dieta liviana durante el trabajo de parto, excepto que hayan recibido opioides o tengan factores de riesgo que puedan requerir anestesia general. El personal de enfermería debe orientar dicha actividad ya que esto aumenta las energías de la paciente y facilitara los pujos al momento del parto, por lo tanto se debe de suplir a las pacientes en esta necesidad.

Intervención # 9: Posiciones durante la fase de dilatación

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).

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. Cumplir con lo dispuesto en la norma de atención del parto. (MINSAs, 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 N°9: El enfermero orienta a la paciente a colocarse en posición decúbito lateral izquierdo (DLI) o a deambular.

Orienta colocarse DLI o deambular	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	6	1	1	2	10
Porcentaje	60%	10%	10%	20%	100%

Fuente: Guía de observación.

6 Pacientes, el 60%, fueron orientadas por el personal de enfermería sobre la posición para facilitar un desarrollo natural del trabajo de parto, 1 usuaria, el 10% se le orientó de manera insatisfactoria, a 1 mujer, el 10%, no se le orientó y a dos mujeres que constituyen el 20% el médico le atendió y orientó sobre la posición que facilitaría su mejor confort.

Se muestra que el personal de enfermería en su mayoría trabaja de forma satisfactoria en lo que respecta a proporcionarles a las pacientes una buena manera de relajación durante el inicio de las contracciones que está basada en orientar la posición de cubito lateral izquierda. Schwarcz (2010), refiere que 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 existe diferencia en la frecuencia de las contracciones uterinas entre ambas posiciones. Schwarcz, (2008) muestra que los cambios en la contractilidad uterina aparecen inmediatamente después del cambio de posición y persisten durante todo el tiempo en que esta se mantiene. Por lo tanto enfermería como personal de actividades independientes, favorece con la orientación a las pacientes sobre la posición decúbito lateral, esto ayuda a mantener el confort y la comodidad, mejora la calidad en el trabajo de parto.

Intervención # 10: Favorecer la micción espontanea

Se debe favorecer la micción espontanea 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)

Tabla N°10: El enfermero motiva la micción espontanea a las pacientes.

Motiva la micción espontanea	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	0	3	5	2	10
Porcentaje	0%	30%	50%	20%	100%

Fuente: Guía de observación.

Enfermería motiva la micción espontanea de manera insatisfactoria a 3 mujeres en trabajo de parto para el 30%, en 5 pacientes, un 50%, no lo menciona y en 2 mujeres en trabajo de parto, el 20%, fueron atendidas por el personal médico, sugiriéndole sobre la micción espontanea.

Se muestra que el personal de enfermería no orienta durante el trabajo de parto a las pacientes a que micciones, Schwarcz (2010) nos dice que motivar a 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 es por esto que el personal de enfermería debe de involucrarse a motivar a la paciente a que miccione para evitar un parto prolongado y cansado.

Intervención # 10: 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 Psicofiláctico. 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 N°11: El o la enfermera orienta ejercicios de respiración durante las contracciones.

Orienta ejercicio de respiración durante las contracciones	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	7	0	2	1	10
Porcentaje	70%	0%	20%	10%	100%

Fuente: Guía de observación.

A 7 de las pacientes atendidas y observadas, el 70%, el personal de enfermería orienta ejercicios de respiración durante la labor del parto, en 2 mujeres, el 20% no orientaron ejercicios y a 1 paciente, el 10%, fueron orientadas por personal médico.

En el centro de salud Tomas Borge Martínez el personal de enfermería en su mayoría cumple de manera satisfactoria esta actividad tal como lo refiere Villalba (2009) que 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.

Intervención # 12: progreso insatisfactorio del parto

Uso del partograma

El partograma es un instrumento indispensable para evaluar el curso y la calidad de la 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. (Normativa 011 MINSA, 2009).

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.

Frecuencia Cardíaca 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 Cardíaca 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

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).

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.

Planos de Hodge: son planos paralelos que parten de formaciones anatomopelvicas fáciles de determinar el descenso en el canal de parto, o sea, el encajamiento de la cabeza fetal en determinado puntos de la pelvis materna, permite conocer a que altura de la pelvis se encuentra el polo fetal.

El punto de referencia de los Planos de Hodge es el diámetro biparental 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.

Tercer plano. Paralelo al anterior, está a nivel de las espinas ciáticas. Cuando la presentación llega a este plano se considerará encajada.

Cuarto plano. Paralelo al anterior, a la altura de la punta del cóccix no retro pulsado. Aquí es donde se produce la rotación interna del feto.

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 por qué 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.

Tabla N°12: El enfermero identifica progreso insatisfactorio del trabajo de parto.

Identifica progreso insatisfactorio del T de P	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	0	0	7	3	10
Porcentaje	0%	0%	70%	30%	100%

Fuente: Guía de observación.

Enfermería no valora el progreso insatisfactorio del trabajo de parto, no valora el trabajo de parto de ninguna forma a 7 mujeres, que son el 70%, mientras que las atendidas por el personal médico, fueron identificadas la insatisfacción del trabajo de parto en 3 pacientes, que corresponden al 30%.

Se evidencia que el personal de enfermería del centro de salud TBM no pone en práctica esta actividad. La Normativa 011 (2015) dice que se debe garantizar la evaluación del estado de la mujer y su hijo/a, así como, también la vigilancia de la evolución de los Periodos de Trabajo de Parto utilizando como instrumento el 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. 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. Es por esto que es de importancia que en todas las unidades de salud debe haber la hoja del partograma disponible y el personal de salud debe de tener conocimientos del

llenado e interpretación de dicho instrumento para poder identificar el progreso insatisfactorio del trabajo de parto.

Intervención # 13: 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). (Macias & Gomez, 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. (Macias & Gomez, 2007)

Intervención # 14: Distocias óseas y de partes blandas

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).

Tabla N°13 y 14: El enfermero identifica distocias de la contractilidad uterina (hipodinamia-hiperdinamia), distocias óseas y blandas y lo reporta.

Identifica distocias de la contractilidad uterina(hipodinamia – hiperdinamia) y lo reporta	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	0	0	0	10	10
Porcentaje	0%	0%	0%	100%	100%
Identifica distocias Oseas y de partes blandas y lo reporta	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	0	0	0	10	10
Porcentaje	0%	0%	0%	100%	100%

Fuente: Guía de observación.

El personal de enfermería no participa en la valoración de las distocias óseas y de partes blandas, solo el personal médico en 10 gestantes para el 100%.

El personal de enfermería no realizó partos, por lo que no identifica distocias de la contractilidad uterina, solo el personal de medicina realizó partos y reporto el problema en 10 mujeres para el 100%.

Se evidencia que el personal de enfermería no realiza esta actividad, en las pacientes atendidas, el medico es quien lo realiza en su mayoría. La 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). 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. (Masías & Gómez, 2008). (Schwartz, 1997) hiperdinamia es el aumento de la intensidad y/o frecuencia de las contracciones.

De la misma manera el personal de enfermería no identifico distocias Oseas y de las partes blandas sin embargo el personal de enfermería deberá tener los conocimientos de cómo identificar estas anomalías y a la vez reportarlas. La distocia ósea es una disminución de los diámetros de la pelvis. Se deben a malformaciones estructurales de la pelvis, debido a alteraciones de los diámetros de los estrechos superior y estrecho inferior de la excavación. Son anomalías en el tamaño o características del canal del parto que presenta una dificultad para el descenso del feto. (Compendio de salud sexual y reproductiva I, 2013), y según la Normativa 011 (2015) Nos habla de la variedad de posiciones relación que guarda el occipucio con la extremidad de los principales diámetros maternos. El occipucio puede estar en contacto con la eminencia iliopectinea, la extremidad del diámetro transverso, la articulación sacro iliaca, 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.

Por lo antes mencionado es de importancia recalcar que el personal de enfermería debe de hacer una buena valoración para identificar todas estas anomalías en la presentación del feto ya que si no se hace se pone en riesgo la vida del bebe.

Intervención #10: Equipo de reanimación neonatal

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 N°15: El enfermero prepara equipos de reanimación neonatal por si los necesita.

Prepara equipos de reanimación neonatal por si los necesitara	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	0	0	10	0	10
Porcentaje	0%	0%	100%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

No se observó en 10 pacientes atendidas, por el recurso de enfermería que prepararan equipos de reanimación neonatal por si algún caso de emergencia, esto constituyen el 100%.

Se evidencia que el personal de enfermería no prepara el equipo de reanimación neonatal en esta unidad de atención ya que es de importancia porque hoy en día son muchos los caso en los que recién nacidos nacen con asfixia neonatal u otras complicaciones. Debido a esto es por ello que se debe implementar en la preparación de este equipo en las salas de parto para estar preparados por alguna eventualidad. Martínez (2008) dice que 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.

En todo parto debe haber al menos una persona responsabilizada de la atención al recién nacido con capacitación en reanimación neonatal inicial. La asfixia perinatal es la causa principal que condiciona la necesidad de reanimación cardiopulmonar del recién nacido (RN) en el momento del parto. La asfixia es una situación de hipoxia que si se mantiene en el tiempo puede producir la muerte del feto o del recién nacido Martínez (2008). Por esta razón enfermería siempre debe tener conocimiento de realizar esta técnica y tener preparado el equipo completo en caso que se deba de necesitar ya que si la paciente no colabora con los pujos él bebe puede nacer con una hipoxia aunque sea un parto de bajo de riesgo por lo que necesitara una reanimación neonatal y es importante que enfermería en este centro de salud se involucre en estas actividades puesto que no se sabe en qué momento se va a necesitar.

Tabla N°16: El personal de enfermería detecta signos de peligro al tomar signos vitales y los reporta.

Detecta signos de peligro al tomar signos vitales y los reporta.	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	0	5	2	3	10
Porcentaje	0%	50%	20%	30%	100%

Fuente: Guía de observación.

El personal de enfermería detecto signos de peligro y reportó de manera insatisfactoria, en 5 pacientes que atendieron, para el 50%, a 2 pacientes, el 20%, no se realizó la actividad y a 3 gestantes, el 30%, les atendió el médico, tomando en cuenta los signos de peligros y actuando.

Se muestra que el personal de enfermería de dicha unidad de atención realiza esta actividad de forma insatisfactoria e incompleta, concretizando que esta actividad es de importancia para valorar el trabajo de parto según (Rigol 1984) refiere que los signos vitales son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo, en una forma constante son:

Temperatura (rojo), Respiración, Pulso (azul), Presión arterial ,es por esto que se debe de implementar mejor valoración al momento de la atención, cuando el personal de enfermería no toma las medidas necesarias cuando detecta signos de peligro y no los reporta estamos dando pautas a que las pacientes presenten complicaciones y dejen secuelas a largo plazo, de la misma manera esto interferirá en la confianza de la enfermera-paciente ya que si actúan de manera incorrecta esto dará mala credibilidad en el lugar que se atendió estas pacientes.

Intervención # 17: Realización de la amniotomía

Amniotomía Según la Normativa 011(2015) define la práctica sistemática de la amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto en primíparas 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 N°17: El enfermero realiza amniotomía hasta los diez cm de dilatación.

Realiza amniotomía hasta los diez cm de dilatación	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	0	0	8	2	10
Porcentaje	0%	0%	80%	20%	100%

Fuente: Guía de observación.

El personal de enfermería no realiza partos en esta área de atención, en 8 mujeres no se observó la amniotomía para el 80% y el médico realizó 2 trabajos de partos y si lo realizó este procedimiento para el 20%

Se muestra que el personal de enfermería no realiza esta actividad por lo tanto el médico es quien lo realiza en un porcentaje mínimo. De acuerdo a lo establecido en la Normativa MINSA, (2015) nos menciona que la práctica sistemática de la amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto en primigravidas 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. Cantizano, (2008) Refiere que 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. Por consiguiente es importante cumplir con lo establecido en normas así se evitara cualquier complicación que podría empeorar la vida tanto de la madre e hijo. Cabe mencionar que lo que se quiere es que la mujer tenga un parto con buenas condiciones y una atención de calidad, con resultados de un recién nacido sano sin complicaciones y una madre con satisfacción de su atención.

Evaluación del segundo periodo del trabajo del parto.

Descenso y Desprendimiento Fetal

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

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

- El descenso constante de la presentación fetal por el canal del 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 Céfalopélvica).
- Sutura con cabalgamiento mayor de 2cm (sospechar muerte fetal).

4.4.2.2. Intervenciones en el segundo periodo del parto.

La utilización de ropa limpia y estéril, instrumental necesaria, correcto uso de mascarillas y asepsia de región perineal son fundamentales para favorecer las condiciones de asepsia en el nacimiento del-a niño-a, según se muestra en la figura

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 (cucullilla, semisentada, sentada, ginecológica y otras posiciones; salvo si existiera contraindicación médica).

Si el pulso de la mujer se está acelerando, puede estar deshidratada, hipoglicemia 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.

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 se comentaba que las buenas prácticas establecen que no debe de constituir una actividad 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 efectúe 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.

Expulsión fetal

- Controle la cabeza y los hombros del bebé a medida que se expulsan, asegurándose de que los hombros hayan girado hacia la línea media para prevenir una extensión de la episiotomía. Simultáneamente pídale a la mujer que jadee o que realice pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé.

- Para controlar la expulsión de la cabeza coloque los dedos de una mano contra la cabeza del bebé, para dirigir el desprendimiento de la misma, con la otra mano proteja con delicadeza el periné para proteger los desgarros por el mentón fetal.
- Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, asegúrese que la misma haya cumplido la restitución y la rotación externa del trabajo de parto.²⁰
- Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebe pídale a la mujer que deje de pujar.
- aspire la boca y nariz del bebé solo si hay excesiva cantidad de líquido amniótico o presencia de meconio recordando no es necesario una aspiración vigorosa o profunda para no inducir reflejo vagal.
- Revise con los dedos alrededor del cuello del bebé, para detectar presencia de circulares del cordón umbilical.
- Si el cordón umbilical se encuentra alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.
- Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, coloque dos pinzas en el mismo (a fin de asegurar los extremos del cordón seccionado) y córtelo antes de desenrollarlo del cuello. ²¹ Solo en aquellos casos que no es posible su reducción por hombro, se debe de recordar siempre la necesidad de un pinzamiento tardío de cordón para beneficio del recién nacido al disminuir el riesgo de anemia durante la infancia.
- Levante la cabeza del bebé hacia delante para extraer el hombro posterior, efectuando protección perineal de la salida del hombro posterior, para prevenir desgarros o extensión de la episiotomía cuando su práctica está indicada.

- Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras éste se desliza hacia fuera.
- Mantenga al bebé al nivel del periné hasta que el cordón deje de pulsar, inmediatamente después corte entre las pinzas el cordón.
- Coloque al bebé sobre el abdomen de la madre después de pinzado y cortado el cordón y proceda a colocar Clamp en el cordón umbilical dentro de los tres minutos de nacido.
- Seque al bebé por completo, límpirole la cara y aspire nuevamente la boca y nariz sólo si hay excesiva cantidad de líquido amniótico o presencia de meconio y evalúe su respiración.
- Si existe una dificultad en la extracción de los hombros, sospeche una distocia de hombros. Anuncie hora de nacimiento y sexo del recién nacido.
- La mayoría de los bebés comienzan a llorar después de los primeros 30 segundos de nacidos.
- Si el bebé llora o respira (ascenso del tórax por lo menos 30 veces por minutos), deje al bebé con la madre en la sala de parto si la madre está apta. Evaluación de primer minuto de Apgar.
- Si el bebé no respira dentro de los primeros 30 segundos, pida ayuda y adopte los pasos necesarios para reanimar al bebé.
- Asegúrese de que el bebé se mantenga tibio y en contacto piel a piel con la madre.
- Cubra al bebé y, asegúrese de que la cabeza esté cubierta para evitar enfriamiento.

- Si la madre no se encuentra en buenas condiciones deposite al bebé para su cuidado en el personal que apoya la atención del parto (pediatra, enfermera). Promover lactancia materna exclusiva.
- Examine con cuidado para detectar extensiones y otros desgarros, para repararlos.
- Proporcione alojamiento conjunto.

Realización de episiotomía solo si es imprescindible

La episiotomía no se debe realizar como procedimiento de rutina.

Si se estima que los factores que predisponen a desgarros son insuperables, se debe efectuar infiltración perineal con anestesia local antes de iniciado el desprendimiento, para posteriormente realizar una episiotomía.

La episiotomía 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, sufrimiento fetal en el periodo expulsivo.

Use infiltración local con Lidocaína al 2%, pero antes asegúrese que no haya alergia conocida a la Lidocaína o a medicamentos relacionados (ya debiendo estar documentado en la historia clínica al ingreso al servicio de Labor y partos).

Intervención # 18: Traslado a sala de expulsivo

Según las Normas técnicas para proyectos de arquitectura hospitalaria (1996), Es el ambiente 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 metros de ancho. Esta sala contará con una área de 30.00 m² y una altura mínima de 3.00 metros. 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 N°18: El enfermero ayuda a la mujer a trasladarse a sala de expulsivo.

Ayuda a la mujer a trasladarse a sala de expulsivo	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	10	0	0	0	10
Porcentaje	100%	0%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

El personal de enfermería ayudó a las pacientes a trasladarse a la sala de expulsivo, 10 mujeres para un 100%.

Se muestra que el personal de enfermería cumple en la realización de esta actividad. El expulsivo o también llamado periodo de pujar, termina con el nacimiento del bebé, que sale por el canal de parto gracias a contracciones involuntarias uterinas. Villalba (2009) define el inicio del expulsivo como el momento en que se constata que la mujer está en dilatación completa o cuando la cabeza del bebé es visible. Sólo hay una manera para saber con certeza que una mujer ha alcanzado dicha dilatación completa y la fase del expulsivo ha comenzado, esto es a través de un tacto vaginal que nos confirme que la cabeza del bebé ha pasado el cuello del útero e inicia su descenso por la pelvis. Es un cuidado de enfermería ayudar a que la paciente se traslade al expulsivo con el objetivo de evitar un accidente con él bebe y también para que la mujer no vaya a caerse o no camine muy rápido, que no se desespere y para darle aliento hasta que se suba al expulsivo y adopte la posición correcta.

Intervención # 19: Cumplimiento con las 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).

Antiseptia

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

Antiseptia de manos

La principal vía de transmisión de Infecciones Intrahospitalarias son las manos. Los dispositivos utilizados en procedimientos invasivos o fallas en la antiseptia 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 antiseptia, los estafilococos ocupan un lugar relevante. Por esta razón, la antiseptia 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 IIH en los hospitales donde existe vigilancia de IIH y medidas de control preventivas como el uso de alcohol gel con glicerina 70%. (MINSA, 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.
- Aplique siempre alcohol gel con glicerina 70% después de remover los guantes

Tabla N°19: El enfermero cumple con las correctas técnicas de asepsia.

Cumple con las correctas técnicas de asepsia	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	9	1	0	0	10
Porcentaje	90%	10%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

El personal de enfermería cumplió con las medidas de asepsia en 9 atenciones de gestantes para el 90% y en 1 paciente fue de manera insatisfactoria con un 10%.

Se evidencia que el personal de enfermería cumple con dicha técnica de utilizar las medidas de asepsia en la mayoría de las pacientes siendo está muy importante que ayudara a mantener una zona limpia y confortable para la salida del bebe. La Normativa MINSA (2015) establece que es necesaria la utilización de ropa limpia y estéril, instrumento necesario, correcto uso de mascarilla y asepsia de región perineal son fundamentales para favorecer las condiciones de asepsia en el nacimiento del niño(a), cuyo importancia es remover secreciones vaginales o rectales y preparar un ambiente limpio para dicho nacimiento. Gonzales, (2009) nos dice que el aseo perineal o la ducha perineal es una técnica que permite una limpieza de los genitales externos femeninos, por ende, impide la proliferación de gérmenes patógenos, alivia el malestar físico causado por secreción vaginal, por menstruación o sangrado post parto. La correcta técnica de asepsia ayuda a que los gérmenes no proliferen y a que se encuentre limpia la zona del periné esto alivia las molestias de las secreciones vaginales y a que la paciente se sienta más cómoda a la hora de estar en el expulsivo dicha técnica debe hacerse en todo procedimiento y una técnica mal empleada dará entrada a cualquier infección y por ende a una complicación

Intervención # 20: 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 abrasándola 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 adecua 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 adecua para realizar el alumbramiento dirigido.
- El acompañante debe estar sentado en una silla al borde con las piernas separadas, abrazara 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, abrazara 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 apoyara sobre 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 adecuara para realizar el alumbramiento dirigido.
- La embarazada se sujeta de una soga que está suspendida de una viga del techo.

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.

Tabla N°20: El enfermero alienta a la mujer a que adopte la posición adecuada que permita el pujo (cuclillas, sentada, semi sentada, ginecológica).

Alienta a la mujer a que adopte la posición adecuada que permita el pujo(cuclillas, sentada, semi sentada, ginecológica)	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	8	0	0	2	10
Porcentaje	80%	0%	0%	20%	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería alienta a 8 mujeres, un 80% a que adopten la posición adecuada para el pujo y el personal médico orientó a 2, el 20% para la actividad antes planteada.

Se muestra que el personal de enfermería del centro de salud Tomas Borge Martínez realiza la actividad satisfactoriamente, siendo así establecido en la Normativa 011 (2015) en ayudar a la parturienta a adoptar la posición adecuada que permita los pujos de manera satisfactoria, de igual forma en la Normativa 042 (2010), nos habla de 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 lo desee). Según la Estrategia de Atención al parto Normal (2012) hay diversas posturas que se pueden adoptar para el parto y varios posibles lugares donde dar a luz(en la cama, taburete, en silla de parto vertical entre otros). En la actualidad no está demostrado cual es la postura o el lugar más adecuado pero siendo la más utilizada la posición de litotomía o ginecológica. La posición durante el periodo expulsivo, es un área al que se le debe prestar atención especial debido a la evidencia indirecta de que un ambiente positivo y de apoyo durante el trabajo de parto estimula en las mujeres un sentido de competencia y logro personal, influye positivamente en su confianza posterior como madres y disminuye el riesgo de depresión postnatal.

Intervención # 21: Técnica correcta de los pujos

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 registros de presión intrauterina los bruscos aumentos causados 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 espontáneo medio en su base tiene un 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 N°21: El enfermero orienta la correcta técnica de pujo.

Orienta la correcta técnica de pujo	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	8	1	1	0	10
Porcentaje	80%	10%	10%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

El recurso de enfermería orientó sobre la técnica de pujar a 8 pacientes en el trabajo de parto para un 80%, en 1 mujer el 10%, lo hace de forma insatisfactoria y en una paciente, el 10%, no se orientó.

Se muestra mediante la implementación de instrumento de recolección de información, que el personal de enfermería en estudio, orientó a las pacientes la correcta técnica de pujo durante el segundo periodo del parto, también siendo participe el personal médico de dicha unidad, Como la Normativa 011(2015) lo establece de orientar a la parturienta la técnica correcta de los pujos, , Schwarcz(2008) nos habla que 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. Según la estrategia Española de la Atención al Parto Normal (2012), dice que el esfuerzo de empujar durante la salida del bebe se llama pujo. En un parto normal se debe realizar cuando la mujer siente la necesidad de hacerlo y la dilatación es completa. Empujar en otros momentos y forma continuada no es necesario ni beneficioso, en algunas ocasiones como bajo los efectos de la anestesia epidural, que produce una disminución de la sensibilidad , por lo cual el personal de salud, en especial el personal de enfermería quien tiene que estar en constante vigilancia y atención de las pacientes sean ellos quienes les orienten sobre el momento adecuado y

la manera correcta de pujar ya que para las pacientes será de mucha ayuda durante el periodo de expulsivo y ayudara a que sea un final del parto satisfactorio.

Intervención # 22: Protección del periné

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 N°22: El enfermero si atiende el parto, protege periné para evitar desgarros y laceraciones.

Si atiende el parto , protege periné para evitar desgarros y laceraciones	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	0	0	0	10	10
Porcentaje	0%	0%	0%	100%	100%

Fuente: Guía de observación.

El recurso de enfermería al no realizar partos en áreas de atención primarias, el personal médico si protege el periné para evitar desgarros y laceraciones en 10 pacientes, un 100%.

Se evidencia que el personal de enfermería del centro de salud Tomas Borge Martínez no realizo partos, quién realiza la actividad de protección de periné en las mujeres que dieron a luz fue el personal médico de esa unidad de atención por ende no quiere decir que no esté capacitado para hacerlo, según Schwarcz, (2008) nos habla que la protección del periné es la principal función del obstetra en este periodo para evitar los desgarros y sus mayores inconvenientes (propagación hasta el ano, el esfínter y el recto). A pesar de que lo más común es que el desprendimiento de la presentación se produce sin que se lesione el periné, este riesgo existe y está asociado a una deficiente elasticidad de los tejidos del periné, a la primipariedad, al tamaño de la presentación, a la actitud de esta durante el desprendimiento y la velocidad con que este tiempo se efectuó. Es responsabilidad del personal de salud realizar esta actividad en función de proteger el periné de la paciente para evitar desgarros, es de gran importancia ya que si se puede evitar esto con una correcta técnica hay una más rápida recuperación.

Para las pacientes es una satisfacción de gran relevancia que no hayan desgarros en el momento del parto y no haya necesidad de realizar episiorrafia debido a que es incomoda y dolorosa para muchas de ellas, por esta misma razón en muchas ocasiones las mujeres tienen temor a parir, es por esto que el personal de enfermería debe tener los conocimientos científico- práctico de cómo realizar esta técnica sin importar en qué nivel de atención este laborando.

Intervención # 23: 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 N°23: El enfermero orienta a la mujer a que deje de pujar cuando ya está fuera él bebe.

Orienta a la mujer a que deje de pujar	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	10	0	0	0	10
Porcentaje	100%	0%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

El enfermero está pendiente de la salida del bebe para orientar a la mujer que deje de pujar a 10 mujeres para el 100%.

El personal de enfermería del centro de salud Tomas Borge realizo esta actividad de manera satisfactoria tal como lo menciona la Normativa 011 (2015) Permitir el avance de la presentación manteniendo su flexión hasta que la circunferencia suboccipitobregmática haya traspasado el anillo vulvar distendido una vez que se ha expulsado la cabeza del bebe pídale a la mujer que deje de pujar. Esto es porque una vez que esto sucede ya no es necesario el pujo porque saldrá de una vez y más rápido. Por ello es necesario como personal de enfermería estar en continuo contacto con las pacientes e indicarle así el momento que dejaran de pujar.

Intervención # 24: Administración de medicamento

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 enfocarse 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.

Tabla N°24: El enfermero administra medicamentos con técnica correcta.

Administra medicamentos con técnica correcta si es necesario	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	0	0	10	0	10
Porcentaje	0%	0%	100%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Enfermería no administro ningún medicamento a las 10 pacientes en este periodo durante la evaluación para un porcentaje de 100%.

Se evidencia que el personal de enfermería en el momento de la evaluación no realiza esta actividad, en lo que sugiere a la administración de medicamento con técnica correcta Villalba, (2009) nos refiere que la administración de medicamentos son actividades de enfermería que se realizan bajo prescripción médica, en las cuales la enfermera (o) debe enfocarse 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. La enfermera (o) que prepara el medicamento debe también administrarlo y hacer el registro en el expediente clínico para evitar confusiones y problemas de índole legal.

Por ende existen diez correctos, el recurso de enfermería cumpliendo con estas diez actividades de forma estricta hará un trabajo excelente y beneficioso para él como para las pacientes, siempre teniendo en cuenta las técnicas de bioseguridad a utilizar, de esta manera colabora con la recuperación del paciente, de ello dependerá la mejoría o no del paciente e incluso la estancia en el hospital si el tratamiento es intrahospitalario.

Intervención # 25: Realización de la 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 Español, 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 N°25: El enfermero proporciona los materiales y equipos para la episiotomía.

Proporciona los materiales y equipos para la episiotomía	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	0	0	10	0	10
Porcentaje	0%	0%	100%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

No se observaron en 10 pacientes atendidas el 100% la preparación de materiales y equipos para realizar alguna episiotomía.

Se muestra que el personal de enfermería no cumple con la preparación del material para la realización de la episiotomía siendo prioritario por alguna eventualidad que se presente a la hora del parto, según Villalba (2009) nos plantea que 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 y rutinaria sin embargo se debe tener el equipo completo y listo por si se necesita, la episiotomía como 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. Es de importancia que esta actividad se lleve a cabo de manera responsable en las unidades de salud ya que muchas mujeres pueden necesitarla a la hora de la atención al parto siendo así que enfermería cumpla con preparar el equipo de episiotomía y de prioridad a esta actividad sea o no que se necesite.

EVALUACIÓN DEL TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO

Expulsión de placenta y membranas

El tercer periodo es normal si se observan los signos de desprendimiento de la placenta los cuales comienzan a aparecer posterior al nacimiento del bebé, 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

Signos:

El útero se ubica a nivel umbilical por unos momentos (ascenso del cuerpo uterino empujado por la placenta y el hematoma retroplacentario), y luego está a unos 2 cms por debajo del ombligo (producto de la salida de la placenta a la vagina), posterior a la expulsión el útero tiene consistencia leñosa.

Hay salida de sangre de los genitales entre 300 y 500 ml.(de acuerdo al tipo de desprendimiento), siendo a veces un poco mayor en las multíparas. Esta se detiene en cuanto se expulsa la placenta y el útero se retrae.

4.4.2.3. Intervenciones en 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 abandone 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.

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, o 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 Prostaglandinas (Misoprostol 600 µg PO u 800 µg sublingual)⁵. 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 oxitocina (dependiendo del fabricante) o ergonovina han sido almacenadas en condiciones adecuadas de red de frio (o termos de vacunas).

El pinzamiento y sección del cordón umbilical durante los tres minutos después del nacimiento.

Tener presente que se debe pinzar el cordón umbilical a una distancia mínima de 10 cms de la base fetal.

Tensión 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 eversión 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, establezca 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 Forester o 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.

Masaje uterino

Practique periódicamente el masaje uterino 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 2 horas.

Asegúrese de que el útero no se relaje (ablande) después de detener el masaje uterino.

Control y seguimiento inmediato (dos horas post parto)

Finalizada el alumbramiento dirigido y atención inmediata del recién nacido/a, se debe:

- ❖ Promover el Apego Precoz
- ❖ Tomar los Signos vitales de la madre cada 15 minutos.
- ❖ Vigilancia del sangrado cada 15 minutos. En las dos primeras horas postparto y luego por turno.
- ❖ Registro de los datos de la atención en el expediente. Llenando las casillas del puerperio y egreso materno.
- ❖ Evalúe el aspecto general: color de la piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas.
- ❖ Asegurarse que hay buena involución uterina o sensibilidad uterina así como la presencia del globo de seguridad de Pinard.

- ❖ Brinde consejería sobre: Abrigo, hidratación, vigilancia del sangrado apego precoz, deambulación temprana, higiene personal y genital, curación de episiotomía si existiera.
- ❖ Exámenes de control: hematocrito, y examen general de orina (si es necesario).
- ❖ Detección precoz de signos de alarma.

Criterios de alta médica de labor y parto

- 1) Toda puérpera que no presente sangrado, signos o síntomas de infección y signos vitales dentro de límites normales.
- 2) Todo recién nacido cuyos signos vitales se encuentren dentro de límites normales y sin evidencias de malformaciones congénitas que pongan en riesgo su vida.
- 3) Características de loquios no mal olientes y no hemorrágicos.
- 4) Involución uterina adecuada. Presencia del Globo de Seguridad de Pinard.
- 5) Ausencia de fiebre, taquicardia, presión arterial alta o baja.
- 6) Buena coloración de la piel.
- 7) Ausencia de dolor a la palpación del útero

Intervención # 26: 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 oxitocina (dependiendo del fabricante) o ergonovina han sido almacenadas en condiciones adecuadas de red de frio (o termos de vacunas). (Normativa 011, 2015)

Tabla N°26: El enfermero descarta que no hay otro bebe en el útero realizando palpación abdominal para administrar 10 UL de Oxitocina IM.

Descarta que no hay otro bebé en el útero realizando palpación abdominal para administrar 10 UL de Oxitocina IM	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	0	0	0	10	10
Porcentaje	0%	0%	0%	100%	100%

Fuente: Guía de observación.

El personal de enfermería no hace trabajo de parto por lo que no descarta la posibilidad de otro bebe y la administración de la Oxitocina IM, lo realizó medicina a 10 mujeres para el 100%.

Se evidencia que el personal de enfermería no realiza esta actividad. Por lo que el que revisa y descarta que no hay otro bebe en el útero es el médico. La normativa MINSA, (2015) nos habla del manejo activo del tercer periodo del parto que incluye: La administración inmediata de 10 UI de Oxitocina intramuscular, el pinzamiento y sección del cordón umbilical durante los tres minutos después del nacimiento, la tensión controlada y suave del cordón umbilical durante la contracción uterina, el masaje uterino (fúndico suave) posterior a la extracción de la placenta. La administración inmediata de 10 UI de Oxitocina IM, Dentro del minuto después del nacimiento del bebé, palpe al abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés. Por eso es la importancia de la valoración que se debe de hacer en todo momento y no se debe de olvidar bajo ninguna circunstancias, por lo que siempre antes de aplicar las 10 UI de Oxitocina el personal de salud y enfermería quien aplica y realiza la administración de las 10 UL de Oxitocina IM en la pierna de la mujer debe de revisar que no hay otro bebe dentro del vientre esto debido que el uso intramuscular de cualquier oxitócico antes del nacimiento del niño es generalmente considerado como peligroso, porque la dosis no puede ser adaptable al nivel de la actividad uterina. , esto porque al aplicar la Oxitocina el útero empieza a contraerse y en caso de que hubiera otro bebe se produce la retención del segundo producto por lo que se convierte en un parto de alto riesgo y la intervención en este momento tiene que ser especializada ya que para extraer el producto retenido se tendrá que efectuar una operación cesárea. Por ello es la importancia de tener eficiencia en la atención a las mujeres en el parto.

Intervención # 27: 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 nacimientos 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, 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) de 2012 publicadas recientemente, 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 interventricular: Los estudios realizados muestran una reducción del 59 % en la tasa de hemorragia interventricular 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 N°27: Enfermería atiende el parto y pinza el cordón umbilical dentro de los 2 o 3 minutos posterior al nacimiento durante las primeras dos horas

Si atiende el parto pinza el cordón umbilical dentro de los 2 o 3 minutos posteriores al nacimiento durante las primeras dos horas.	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	0	0	0	10	10
Porcentaje	0%	0%	0%	100%	100%

Fuente: Guía de observación.

Enfermería no atiende parto, el personal médico realizó los 10 para un 100%.

Se evidencia que el personal de enfermería no realiza esta actividad por lo tanto es el personal de medicina quien pinza el cordón umbilical dentro de los 2 o 3 minutos posterior al nacimiento, la Normativa MINSA, (2015) nos dice que el pinzamiento y sección del cordón umbilical se debe realizar durante los 3 minutos después del nacimiento. Tener presente que se debe pinzar el cordón umbilical a una distancia mínima de 10 cms. de la base fetal. Schwarcz, (2008) nos habla sobre la técnica para la ligadura del cordón umbilical, refiere mantener el niño unos 20 cm por debajo del nivel de la madre (del útero /placenta).con ello se facilita la transfusión placentaria deseada, no realizar ninguna maniobra para mantener el flujo de sangre que circula desde la placenta hacia el recién nacido 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. Por lo tanto esta es una actividad en la que enfermería debería de realizar en dicho centro de salud donde se realizó el estudio esta actividad, aplicando conocimientos científicos, ya que es de importancia hacerlo en el momento correcto, es decir, esperar que el cordón deje

de punzar y hasta ese momento realizar la actividad y así evitamos una anemia ferropénica en el bebé a consecuencia de una hemorragia, sin embargo esto también va a depender del criterio del que atiende el parto, tomando en cuenta el bienestar del bebé.

Intervención # 28: Tensión controlada del cordón umbilical

Tensión 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 contratracción.
- Nunca aplique tracción al cordón umbilical (halón) sin aplicar la contratracción (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 N°28: Enfermería, si atiende el parto realiza tensión controlada del cordón umbilical

Si atiende el parto realiza tensión controlada del cordón umbilical	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	0	0	0	10	10
Porcentaje	0%	0%	0%	100%	100%

Fuente: Guía de observación.

Enfermería no atiende parto ni realiza tensión controlada del cordón umbilical, el personal médico realizó los 10 para el 100%.

Se muestra según resultados que el personal de enfermería no pone en práctica esta actividad, por lo tanto es el médico quien atiende los partos y él es quien realiza la tensión controlada del cordón umbilical. Según lo establece la Normativa 011 MINSA,(2015) se realizara la tención controlada del cordón durante la contracción y después de haber observado los signos de desprendimiento. Si se efectúa sin contracción puede provocarse una eversión uterina. Según lo establecido en la Normativa MINSA, (2009) establece que el personal de enfermería juega un rol beligerante en los procesos de atención por permanecer las 24 horas durante los 365 días del año, por tanto las enfermeras y auxiliares de enfermería capacitadas y entrenadas en los cuidados obstétricos incidirán en los cuidados a través de consejerías, seguimiento, monitoreo y evaluación y la puesta en práctica de los indicadores de la reducción de la Mortalidad Materna. Esta actividad es una de las primordiales según el manejo activo del tercer periodo del parto (MATEC), realizar la tensión controlada del cordón umbilical nos ayudara a evitar la inversión uterina y prevenir riesgos de complicaciones maternas fetales. Según estudio, nos evidenciaron que enfermería no atiende parto en dicha unidad de atención. Sin embargo deben conocer el manejo y estar capacitados para hacerlo, en cualquier momento y lugar.

Intervención # 29: 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. Faltó claridad con respecto a los efectos del masaje uterino en la prevención de la hemorragia postparto. Por lo tanto, el objetivo de esta revisión es determinar la efectividad del masaje uterino (después del nacimiento y antes o después de la expulsión de la placenta, o ambos) en la reducción de la pérdida de sangre postparto y la morbilidad asociada.

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 N°29: Enfermería, si atiende el parto realiza masaje uterino posterior a la salida de la placenta.

Si atiende el parto realiza masaje uterino posterior a la salida de la placenta.	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	0	0	0	10	10
Porcentaje	0%	0%	0%	100%	100%

Fuente: Guía de observación.

Enfermería no atiende parto en las áreas de salud de atención primaria, el médico realiza el masaje uterino posterior a la salida de la placenta, en 10 mujeres para el 100%.

Se evidencia que el personal de enfermería no realiza esta actividad, el personal médico es quien realiza el masaje uterino posterior a la salida de la placenta por ello la Normativa 011(2015) nos dice que 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. Repetir 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. Soltaní, (2010) nos habla del método de la revisión que se consideraron para su inclusión todos los estudios clínicos controlados aleatorizados que evaluaron el masaje uterino solo (o además de los uterotónicos) antes o después de la expulsión de la placenta, o ambos, en mujeres que tuvieron un parto vaginal o por cesárea. La intervención consistió en el masaje uterino después del nacimiento del neonato y antes o después de la expulsión de la placenta. Los resultados primarios que se estudiaron fueron: pérdida de sangre de 500 ml o más y placenta expulsada después de los 30 minutos posteriores al nacimiento. Según el manejo activo del tercer periodo del parto se debe realizar el masaje uterino (fúndico suave) posterior a la extracción de la placenta ya que al realizarlo estimulamos las contracciones uterinas y la formación del globo de seguridad de pinard. De esta manera prevenimos una hemorragia post parto. Muchas veces puede ser molesto o doloroso para la paciente pero como personal de enfermería o trabajadores de la salud deben de informar a las pacientes la importancia de dicha técnica. Por lo tanto, el objetivo de esta revisión es determinar la efectividad del masaje uterino (después del nacimiento y antes o después de la expulsión de la placenta, o ambos) en la reducción de la pérdida de sangre postparto y la morbilidad asociada.

Intervención # 30: 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-ombigo, 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 vigilara 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, 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 N°30: Enfermería verifica la formación del globo de seguridad de Pinard.

Verifica la formación del globo de seguridad de pinard	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	10	0	0	0	10
Porcentaje	100%	0%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Enfermería verifica en las 10 pacientes la formación del globo de seguridad de pinard, para el 100%.

Se evidencia que el personal de enfermería cumple esta actividad satisfactoriamente a como lo refiere la Normativa 011(2015) de asegurarse que haya una buena involución uterina o sensibilidad uterina así como la presencia del globo de seguridad de pinard. Según Schwarcz,(2008) nos habla que terminada la expulsión se vigilara 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 estimulara 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. La palpación muestra a nivel del útero modificaciones del volumen, situación, de forma y de consistencia. De inmediato al parto, por retracción del miometrio, el fondo del útero se sitúa al nivel del ombligo. Pardo, (2004) 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-ombligo, 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. Así como lo describen los anteriores autores sobre la importancia, la técnica y el manejo para verificar la formación del globo de seguridad de pinard es de importancia que el personal de enfermería se enfatice en el cuidado y vigilancia de las pacientes, con el fin de palpar el útero a nivel o por debajo del ombligo, de igual forma debemos de reconocer los limites definidos su consistencia y elasticidad. La valoración en enfermería es indispensable para reconocer cualquier complicación es por esto que se debe de hacer en todo momento y en todo lugar.

Intervención # 31: 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 integra. 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, 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 N°31: Enfermería atiende el parto revisa la placenta (membranas y cotiledones).

Si atiende el parto revisa la placenta (membranas y cotiledones)	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	0	0	0	10	10
Porcentaje	0%	0%	0%	100%	100%

Fuente: Guía de observación.

Enfermería no realiza partos, solo el médico reviso la placenta a las 10 pacientes atendidas para el 100%.

Se muestra que el personal médico es quien realiza esta actividad por lo tanto enfermería no cumple en revisar la placenta posterior al parto. A como lo refiere la Normativa 011(2015) dentro de las actividades del manejo activo del tercer periodo del parto no dice de examinar cuidadosamente la placenta para estar seguro de que esta integra. 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 desgarros de membranas

vascularizadas, sospeche retención de fragmentos placentarios. Siendo así manejarlo según (protocolo de atención de emergencias obstétricas). Cardona, (2016) Nos habla que 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 materna está recubierta por cotiledones. Según Schwarcz, (2008) 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 examina 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 desgarrada, que indican retenciones parciales de cotiledones, al revestir tanta importancia este reconocimiento.

Por ello así como lo refiere el protocolo y autores ya antes mencionados es una actividad que se realiza después del periodo del alumbramiento, el personal que atiende el parto debe revisar con exactitud y de forma minuciosa la placenta y sus anexos fetales porque de esa manera sabremos si está completa o si han quedado restos placentarios en el útero. Empleando esta actividad tendremos precisión de que la paciente no tendrá complicaciones después de su parto.

El personal de enfermería no realiza dicha actividad pero debe estar entrenado y capacitado para cualquier situación. Cabe mencionar que deben tener conocimiento con respecto a la identificación de la placenta según sus caras (materna-fetal), y su integridad misma. Así como lo establece la normativa dentro de las actividades correspondientes a realizar en el tercer periodo del parto.

Intervención # 32: 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 (rojo)
2. Respiración
3. Pulso (azul)
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 lat/min). Por tanto, ante una taquicardia hay que pensar en anemia, infección o enfermedad cardíaca (con mayor importancia si no hay fiebre) (Rigol, 1984)

Tabla N°32: Enfermería toma signos vitales después de la salida de la placenta y los documenta

Toma signos vitales después de la salida de la placenta y los documenta	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	10	0	0	0	10
Porcentaje	100%	0%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Enfermería toma los signos vitales después de la salida de la placenta y documento en expediente clínico en 10 mujeres, el 100%.

Se evidencia que el personal de enfermería cumple con esta actividad satisfactoriamente empleando y cumpliendo lo establecido en normas y protocolo Según normativa 011(2015) Para dar criterios de alta tanto la madre como su bebe debe estar sin ningún signo de peligro que pueda alterar su estado de salud.

Por ello es importante evaluar el estado hemodinámico de la paciente después del parto, sin embargo muchas veces no se realiza satisfactoriamente. Siendo uno de los momentos en donde el personal debe de asegurarse de los cambios que presentan. Tomarlos de forma correcta con los instrumentos completos y siempre anotarlos en el

expediente clínico esto por si hay o no variaciones con respecto a los signos dará la pauta a actuar en cualquier eventualidad que pueda ocurrir

Durante este periodo se controlara el estado general, las constantes vitales entre otras actividades.

Intervención # 33: Vigilancia del sangrado transvaginal post parto

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 N°33: Enfermería vigila el sangrado transvaginal después de la salida de la placenta

Vigila el sangrado transvaginal después de la salida de la placenta	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	0	0	0	10	10
Porcentaje	0%	0%	0%	100%	100%

Fuente: Guía de observación.

Enfermería no vigila sangrado transvaginal con la salida de la placenta, lo realiza el médico en 10 mujeres para el 100%.

Se muestra que el personal de enfermería no cumple con este cuidado siendo de mucha importancia vigilar en el transcurso después de la expulsión de la placenta el sangrado vaginal, Pardo, (2004) habla de la vigilancia y los cuidados obstétricos y del estado general materno son fundamentales. En este periodo se producen la mayoría de las hemorragias graves por eso es que se debe de hacer una buena y cuidadosa vigilancia y manejo de esta etapa. Valorar y garantizar a las pacientes que todo estará

bien y que gracias a las intervenciones realizadas por el personal tendrá una pronta recuperación y satisfacción de su atención. La información recibida y el dialogo con el profesional permite que la mujer sienta un ambiente de confianza y estabilidad de su estado de salud.

Intervención # 34 y 35:

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.

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.

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.

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.

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 N°34: Enfermería evalúa el aspecto general de la parturienta color de la piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas.

Evalúa el aspecto general de la parturienta color de la piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	0	0	0	10	10
Porcentaje	0%	0%	0%	100%	100%

Fuente: Guía de observación.

Enfermería no evalúa a la parturienta, color de piel, estado de conciencia, estado de periné y sutura, esto lo realizó el médico para otras orientaciones a 10 mujeres, un 100%.

Se evidencia que enfermería no evalúa estos parámetros que son de mucha relevancia según (Palacio, 2011) La madre recibirá por parte del personal de hospitalización soporte para conseguir una lactancia efectiva (posturas, frecuencia) e información y asesoramiento ante los problemas más frecuentes del puerperio y los motivos de alarma (fiebre, dolor, sangrado, loquios malolientes, tristeza profunda, dolor en extremidades entre otras señales de peligro. Como trabajadores de la salud están en la obligación de evaluar cualquier señal que pueda dar la pauta a cualquier signo de peligro después del trabajo de parto. Siendo esta una labor que se debe de cumplir en todos momento y lugar. Según evidencias del trabajo en estudio mostraron que enfermería no realiza esta actividad.

Este es un control que se debe de dar su seguimiento de inmediato dos horas post parto según lo establecido en normativa de atención al parto de bajo riesgo.

Se debe de actuar con empatía ya que de esta manera las pacientes se sentirán en confianza y con plena seguridad de que les brindaran una atención de calidad y calidez durante su estancia intrahospitalaria.

Tabla N°35: Enfermería orienta a la mujer sobre abrigo, hidratación, vigilancia del sangrado, apegó precoz, deambulación temprana, higiene personal y genital, curación de episiotomía si existiera.

Orienta a la mujer sobre abrigo, hidratación, vigilancia del sangrado, apegó precoz, deambulación temprana, higiene personal y genital, curación de episiotomía si existiera.	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	10	0	0	0	10
Porcentaje	100%	0%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

El personal de enfermería orienta a la puérpera sobre el auto cuidado con abrigo, hidratación, vigilancia del sangrado y otras en 10 mujeres para el 100%.

Se muestra que el personal de enfermería cumple satisfactoriamente con la realización orientar a la puérpera sobre su cuidado.

Estas actividades son recomendaciones que prioritariamente el personal de enfermería quien está encargado de la vigilancia y progreso constante de la recuperación de las pacientes, es quien tiene la finalidad de brindar y orientar a las pacientes sobre su auto cuidado después del parto. Rodríguez, (2012) habla de la que es necesaria la deambulación temprana y frecuente para reducir el riesgo de infección o trombosis (formación de coágulos). Por otra parte se reduce la posibilidad de que se desarrollen problemas respiratorios, circulatorios, y urinarios. También previene o reduce el estreñimiento y favorece la recuperación de las fuerzas, la higiene perineal se debe

realizar un simple lavado externo con agua hervida y jabón, de la región anoperineavulvar, 1 vez al día. Terminada la limpieza es necesario colocar un apósito estéril. La episiotomía debe mantenerse seca y aséptica. 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.

Por ello se debe de promover y garantizar que todos los trabajadores de salud en especial enfermería tengan los conocimientos, y aptitudes para brindar una atención especializada enfatizada a mejorar la calidad de vida de las pacientes y de igual forma a brindar una atención óptima, con calidad, humanizada y basada en los estándares internacionales.

Intervención # 36:

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.

Pruebas de laboratorio

El control rutinario de los niveles de hemoglobina o el recuento de leucocitos tras el parto no han mostrado que aporten mayor valor para determinar el riesgo de complicaciones (Nicol, 1997; Hartmann, 2000; Petersen, 2002; Partlow, 2004) y solamente debería solicitarse en aquellos casos en los que se observen signos de anemia o hemorragia, o infección.

Prevención del trombo embolismo venoso

El riesgo de trombo embolismo venoso aumenta considerablemente tras el parto y se mantiene elevado durante las dos primeras semanas por lo que se indica la profilaxis tromboembólica en las mujeres en las que se ha identificado un riesgo elevado durante el embarazo.

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).

Controles y cuidados postnatales del/la recién nacido/a durante la estancia hospitalaria

- Valoración de las estimaciones anteriores del peso al nacer y la circunferencia craneal.
- Comprobación de que el bebé haya realizado una micción o una deposición de meconio y registro en caso contrario para seguimiento posterior.
- Observación del estado general del niño o niña (incluyendo coloración de la piel, respiración, actividad y postura).
- Valoración del estado anímico de los/las progenitores y observación de la interacción entre madre y bebé.
- Comprobación del modo de alimentación del/la recién nacido/a y valoración de dificultades al respecto. Observación de la lactancia materna y ofrecimiento de apoyo en caso de ser necesario
- Valoración de las parte expuestas del bebé: cuero cabelludo, cabeza y fontanelas, cara, nariz, labios, paladar orejas, cuello y simetría craneal y facial.
- Examen de los ojos del bebé (tamaño, posición, despistaje de desprendimiento) y prueba del reflejo rojo con oftalmoscopio.
- Examen del cuello y clavículas, extremidades, manos, pies, valorando proporciones y asimetrías.
- Valoración del sistema cardiovascular (frecuencia cardíaca, ritmo y pulso femoral, murmullo cardíaco, y posibles defectos de lateralidad del corazón).
- Valoración del esfuerzo y frecuencia respiratoria.
- Observación del abdomen (color, forma, exploración de posibles organomegalias) y examen del cordón umbilical.
- Observación de genitales y ano (comprobación de testículos no descendidos en niños y permeabilidad del himen en niñas).
- Valoración de la piel de la espalda y la estructura ósea de la columna.
- Observación del color de la piel y textura, marcas de nacimiento o erupciones.
- Valoración del tono muscular, comportamiento, movimientos y postura, comprobando reflejos en caso de dudas.

- Comprobación de la simetría de las extremidades y los pliegues de la piel, realizar maniobras de Barlow y Ortolani en una superficie plana y firme.
- Comprobar el llanto.

Tabla N°36: Enfermería orienta a la mujer sobre signos de peligro durante el puerperio y del recién nacido

Orienta a la mujer sobre signos de peligro durante el puerperio y del recién nacido	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	10	0	0	0	10
Porcentaje	100%	0%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

El personal de enfermería orienta a la mujer sobre signos de peligro en el puerperio en 10 mujeres, que constituye el 100%.

Se muestra que enfermería si orienta a la mujer sobre señales de peligro en el puerperio de manera satisfactoria siendo establecido en la Normativa 011(2015) Después del periodo de alumbramiento se da el periodo de puerperio inmediato que son las primeras 24 horas post parto que consiste en la vigilancia, cuidado y valoración de cualquier signo de peligro que puedan tener madre e hijo después de su nacimiento. Es por ello que uno de los objetivos de la OMS establecidos en la norma y protocolo es de estandarizar las técnicas de atención inmediata con el fin de incidir en la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal.

Enfermería tiene como finalidad cumplir con la vigilancia y valoración constante de este periodo, de igual forma tiene el deber dependiente de orientar y dar recomendaciones breves, claras sobre las diferentes señales de peligro que se pueden presentar en dicho periodo, esto ayudara a que las pacientes actúen con facilidad a cualquier eventualidad y reconozcan cualquier signo de peligro que puedan alterar la salud de ellas misma como la de su bebe.

Intervención # 37: Planificación Familiar Post Parto

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 intergenésicos 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 Planificación Familiar. 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 Planificación Familiar Post Parto 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 Planificación Familiar, 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 Planificación Familiar Post Parto 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 colocarse 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 progestina sola (inyecciones, implantes y píldoras de progestina sola) en la sexta semana después del parto, según los CME de la OMS. Las píldoras que combinan estrógeno y progestina 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 N°37: Enfermería oferta métodos de planificación familiar.

Oferta métodos de planificación familiar.	S	I	N/O	N/A	Total
Frecuencia	10	0	0	0	10
Porcentaje	100%	0%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Enfermería oferta métodos de planificación familiar en 10 mujeres, el 100%.

Se evidencia que el personal de enfermería oferta de forma satisfactoria los métodos de planificación familiar a las puérperas

Se evidencia que el personal de enfermería juega un papel importante en lo que corresponde a brindar información y recomendar los métodos de planificación familiar. El objetivo de la PFPP 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.

Según la OMS (2015) nos sugiere que como trabajadores de la salud aseguremos la continuidad de la atención de manera que todas las mujeres tengan acceso a servicios de planificación familiar posparto de buena calidad. Cabe mencionar que para que las pacientes opten por un método de planificación familiar debe tener la completa satisfacción de este y a la vez estar segura de cuál será su método de elección.

La información recibida y el dialogo con el profesional permite a la mujer tomar decisiones libres y realizar una elección acorde a sus necesidades.

La satisfacción es la percepción de los usuarios(as) producto de su relación con los diferentes recursos o condiciones brindadas durante el proceso de atención.

4.5. EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES

Satisfactoria

El grado de satisfacción es un indicador fundamental de la calidad asistencial. Existen numerosos instrumentos que miden la satisfacción con los cuidados enfermeros. Que satisface o puede satisfacer. Larousse (2009)

Insatisfactorias

Que no es satisfactorio.

Dj. Dic. De lo que no es satisfactorio. Larousse (2009)

Tabla #38: Evaluación de las 37 actividades realizadas durante la atención del parto de bajo riesgo.

Categoría	N° de actividades	Porcentaje
Satisfactorio	15	41%
Insatisfactorio	13	35%
No Observado	9	24%
Total	37	100%

Fuente: Guía de observación

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

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

- ✓ Invalidación de la categoría No aplica, porque no corresponde al personal en estudio.

- ✓ Unión de datos de las categorías Insatisfactorio y no observado y no Aplica para obtención de un porcentaje final. Porque ambos evalúan al personal de enfermería desde un ámbito negativo.
- ✓ Resultado final en dos categorías, propósito final de este seminario de graduación representado en la tabla #39, expuesta a continuación:

Tabla #39: Evaluación de las 37 actividades realizadas a las pacientes, por el personal de enfermería, en los tres periodos del parto.

Categoría	N° de actividades	Porcentaje
Satisfactorio	15	41%
Insatisfactorio	22	59%
Total	37	100%

Fuente: Guía de observación

El de las actividades resultan ser insatisfactoria con un porcentaje mayor.

V. CONCLUSIONES

1. Se documentaron las intervenciones de enfermería durante la atención del parto de bajo riesgo en la Normativa 011 (2015), en la normativa 042 (2009) en Schwartz (2008- 2010) por cada periodo del parto.
2. Se compararon las intervenciones de enfermería en los tres periodos del parto con el cuidado aplicado durante la atención en las pacientes en estudio las cuales en su mayoría se realizaron de forma incorrecta.
3. Se evaluaron las intervenciones aplicadas en el cuidado a las pacientes en estudio y dieron como resultado insatisfactorio.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Benner, P. (2002). *La supermacia del autocuidado. VIII Coloquio panamericano de investigacion de enfermeria.* . Mexico .
- Cardona, A. (2016). *definicion de placenta.* Onsalus.
- Chemes de Fuentes, C. (2008). *La Enfermera y la Valoración de los signos vitales.* Tucumán-Argentina.
- Duran DM. (1998).
- Farias, G. B. (2012). *Guia de parto de bajo riesgo.* Provincia de Neuquen.
- Fundación UNO. (2014). *Guía de evaluación de destrezas básicas de enfermería.* Managua - Nicaragua.
- Gonzales, G. J. (2009). *Tecnica de Aseo Perineal Femenino.* Ecuador: Loja.
- kettle, C. (1999). *perineal care.* Clin Evid.
- Leonel, A. A., FajardoOrtiz, 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>
- Lyer . (1989).
- MINSA. (2010). *Normativa 042. Norma de Humanización del parto Institucional.* Managua-Niaragua: MINSA.
- MINSA. (2015). *Norma y Protocolos para la atencion prenatal, parto, recien nacido y puerperio de bajo riesgo.* Managua: MINSA.
- NANDA. (2012-2014). *Diagnosticos Enfermeros. Definiciones y Clasificacion .* ELSEKTER.
- Palacio, S. H. (2011). *Asistencia a la gestante en sala de parto.* Barcelona: Barcelona.
- Pardo Granero, J. (2004). Vigilancia del Globo de Seguridad de Pinard. *Puerperio*, 22.
- Rigol. (1984). *Ginecología y obstetricia.* Cuba: 1ra. ed.
- Rodriguez, D. L. (2014). *Actualizacion en la hidratacion de la Gestante.* Barcelona: San Jose.
- Rubial, F. (2013). *Intimidad y Confidencialidad,obligacion legal y compromiso etico.* Santiago de Compostela-Galicia: Conselleria de sanidade.

- Schwarcz, R. (2008). *Obtetricia*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Serrano Alonso, E. (1992). *Derecho a la persona*. Madrid-España: Editorial La Ley.
- Swinson, H. (1995). *Guía de asistencia al Parto Normal*. Zaragoza: Fabre ed.
- 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.
- Adela Alba, G. F. (2012). La comunicación enfermera -paciente en el ámbito hospitalario. *comunicación enfermera -paciente en el cuidado*, 141.
- Cantizano, P. G. (2008). *Amniotomía para reducir la duración del trabajo de parto*
- Martínez, I. S. (2008). *Reanimación Neonatal*. España: Asociación española de pediatría.
- MINSA. (2009). *Guías de cuidado de enfermería en embarazo, parto, puerperio y recién nacido*. Managua: MINSA.
- MINSA. (2015). *Norma y Protocolo de Atención al Control Prenatal, Parto, Recién Nacido y Puerperio de Bajo Riesgo*. Managua: minsa.
- Pardo, J. L. (2004). Vigilancia del Globo de Seguridad de Pinard. *Puerperio*, 22.
- Rubial, F. (2013). *Intimidad y Confidencialidad, obligación legal y compromiso ético*. Santiago de Compostela: Consellería de sanidade.
- espontáneo*. Madrid- España: SESGO.

ANEXOS

ANEXO 1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

Variable	Definición operacional	Sub variable	Indicador	Escala
Intervenciones de enfermería	Tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.	Intervenciones de enfermería en el primer periodo del parto. Intervención de enfermería en el segundo periodo del parto. Intervención de enfermería en el tercer periodo del parto.	% de intervenciones documentadas en la normativa de atención de la APN, parto y puerperio de bajo riesgo.	Nominal
Evaluación	Valoración de conocimientos, actitud y rendimiento de una persona o de un servicio.	Satisfactorio Insatisfactorio	% de cumplimiento de intervenciones de Enfermería según normativa.	Continua

ANEXO 2. 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.

Periodo s 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				
	5	Toma de Signos Vitales y de frecuencia cardiaca fetal				
	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),				
	14	Identifica distocias óseas y partes blandas y lo reporta.				
	15	Prepara equipos de reanimación neonatal por si los necesitara.				
	16	Detecta signos de peligro al tomar signos vitales.				
	17	Realiza amniotomía hasta los diez cm de dilatación.				

	18	Ayuda a la mujer a trasladarse a la sala de expulsivo				
Segundo periodo	19	El enfermero cumple con la correcta técnica 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.				
	25	El enfermero proporciona equipo y materiales para la episiotomía.				
Tercer periodo	26	Descarta que no hay otro bebe en el útero realizando palpación abdominal para Administrar 10 UI de oxitocina IM.				
	27	Si atiende el parto pinza el cordón umbilical dentro de los 2 o 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 el 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.				

