

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



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

TEMA GENERAL:

Intervenciones de Enfermería y Aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo riesgo según normas y protocolos en áreas de salud del departamento de Matagalpa II semestre 2016.

TEMA ESPECÍFICO:

Intervenciones de Enfermería y Aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo riesgo según normas y protocolos en sala de Labor y parto, Hospital Escuela César Amador Molina, Matagalpa II semestre 2016.

AUTORES:

- ☞ **Br. IVANIA MARBELY CASTRO PÉREZ**
- ☞ **Br. TANIA VANESSA ZELEDÓN FLORES.**

TUTORA: Msc. KARLA MOLINARES

Matagalpa-11 de Febrero 2017

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



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

TEMA GENERAL:

Intervenciones de Enfermería y Aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo riesgo según normas y protocolos en áreas de salud del departamento de Matagalpa II semestre 2016.

TEMA ESPECÍFICO:

Intervenciones de Enfermería y Aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo riesgo según normas y protocolos en sala de Labor y parto, Hospital Escuela César Amador Molina, Matagalpa II semestre 2016.

AUTORES:

- ☞ Br. IVANIA MARBELY CASTRO PÉREZ
- ☞ Br. TANIA VANESSA ZELEDÓN FLORES.

**TUTORA: Msc. KARLA MOLINARES
Matagalpa-11 de Febrero 2017.**

INDICE

DEDICATORIA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
VALORACION DEL DOCENTE.....	v
RESUMEN.....	vi
I. INTRODUCCION.....	1
II. JUSTIFICACION.....	6
III. OBJETIVOS.....	7
IV. DESARROLLO DEL TEMA	
4.1 Intervenciones de enfermería.....	8
4.2. Cuidados de enfermería.....	9
4.3. Parto.....	12
4.4. Nacimiento.....	13
4.5. Parto de bajo riesgo.....	13
4.6. Periodos del parto.....	14
4.6.1. Primer periodo del parto.....	14
4.6.2. Segundo periodo del parto.....	15
4.6.3. Tercer periodo del parto.....	15
4.7. Confirmación del Trabajo de Parto.....	16
4.8. Trabajo de Parto.....	17
4.9. Identificación de la posición y presentación fetal.....	17
4.10. Evaluación del encajamiento y descenso.....	20
4.11. Planos de Hodge.....	21
4.12. Uso del Partograma.....	27
4.11. Evaluación de las intervenciones y aplicación del cuidado de Enfermería en los tres periodos del parto.....	91
V. CONCLUSIONES.....	97
VI. BIBLIOGRAFÍA.....	98
VII. ANEXO.....	100
Anexo 1	
Anexo 2	
Anexo 3	

DEDICATORIA:

A Dios:

Primeramente a Dios que es el creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado por ello con toda la humildad de corazón se lo dedico a él.

A mi madre:

Martha Lorena Pérez, por ser el ser más especial e importante mi vida, a ella mi más profundo respeto, agradecimiento y absoluta admiración, quien ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores al igual se ha sacrificado tanto para que pudiese culminar y cumplir mi sueño de terminar mi carrera universitaria, mi madre quien a pesar de que habían días en las que ella ya no podía mas siempre estuvo junto a mi apoyándome.

A mi familia:

Por formar parte de las personas más importantes de mi vida, por comprenderme cuando no estaba para ustedes aun cuando necesitaban de mí.

Br. Ivania Marbely Castro Pérez.

DEDICATORIA:

A Dios:

Mi principal ayudador, mi amado, la fuente de mi fortaleza y la inteligencia, porque me mantuvo entre sus manos y cuidó de mí, porque prometí que con su ayuda lo lograría, porque cuando se me cerraban ventanas, mi amado, abría grandes puertas para mí.

A mi madre:

Claudia Flores, principalmente. Por el esfuerzo de tantos años, porque sé que se mostraba fuerte ante mí, aunque por dentro su corazón lloraba, por ser mi roble fuerte, porque es por ella que puedo decir que lo logre; también, por cada abrazo que me dio las fuerzas en momentos difíciles. Cada lágrima derramada será recompensada.

A mi hija:

Tíshany Nicole Picado Zeledón, mi niña preciosa, por ser mi motor, el motivo por el que cuando no quería más, con gran esfuerzo, seguía adelante, porque es por un buen futuro para ella, que todo mi esfuerzo valdrá la pena, porque en mis momentos de ausencia siempre me recibía con un fuerte abrazo y una preciosa sonrisa. De corazón espero, lograr con ella, lo que mi madre logró conmigo.

Br. Tania Vanessa Zeledón Flores

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

En primer lugar agradezco a Dios mi Padre Eterno, por darme la sabiduría y ayuda constante para conseguir elaborar y concluir el presente trabajo investigativo, por darme la fortaleza de pasar por desafíos económicos, familiares y sociales que hubiesen podido truncar mi meta de terminar con éxito el presente estudio, por brindarme una vida llena de aprendizaje y experiencias que me ha permitido prepararme como futura profesional.

A mi Madre:

Así mismo estoy inmensamente agradecida por el apoyo incondicional de mi madre, quien me ha brindado su amor, apoyo económico y quien fue que me impulsaba a seguir adelante cuando sentía que ya no podía más con las exigencia que demandaba el estudio universitario, gracias a eso puedo decir que cada sacrificio trae bendiciones y la bendición de hoy es haber concluido el presente estudio investigativo.

A mi tutora:

No es de más reconocer y agradecer el excelente trabajo que ha desempeñado nuestra tutora Msc. Karla Vanessa Molinares y docentes, que nos han brindado de sus conocimientos teóricos y prácticos para formarnos durante estos cinco años, por su noble dedicación de formar profesionales de calidad, quienes están ansiosos de contribuir al cambio de nuestra linda Nicaragua.

Br. Ivania Marbely Castro Pérez.

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Mi ayudador, mi proveedor de bendiciones, por ser mi fuente de sabiduría e inteligencia, porque cada vez que pedí, él respondió; y cuando ni mi cuerpo, ni mi mente tenían fuerzas, mi Dios me fortaleció; el líder de mi corazón, el que me cuidó, me sanó de enfermedades y me permitió la vida, para llegar a alcanzar una de mis metas más importantes.

A mi madre:

Claudia Flores, por cada consejo que atesoraré durante toda mi vida, por ser mi confidente, mi amiga, quien lloró y ríe conmigo, por todo el esfuerzo que hizo desde mi educación inicial, hasta hoy, para ayudarme a lograr lo que hoy soy; por la confianza que depositó en mí, por su compañía, por apoyarme siempre, por ser mi proveedora económica, que sin importar como, nunca faltó. Y lo hizo siempre sola. No hay palabras para agradecerlo todo. ¡LA AMO!

A mi hermana:

Tatiana Zeledón Flores “taty” por apoyarme siempre, porque cada vez que recurrí a ella, pidiendo ayuda, siempre me dijo que sí, por querer y cuidar de su sobrina en mis momentos de ausencia. No existe precio que pueda pagar. ¡GRACIAS!

A mi tutora:

Msc Karla Molinares, por siempre estar anuente a responder nuestras dudas, y por brindarnos sus conocimientos teóricos y prácticos, siempre con una sonrisa!

Br Tania Vanessa Zeledón Flores

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: Intervenciones de Enfermería y Aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo riesgo según normas y protocolos en sala de Labor y parto, Hospital Escuela César Amador Molina, Matagalpa II semestre 2016.

Elaborado por las autoras: Br:Tania Vavessa Zeledón Flores y Br. Ivania Marbely Castro Pérez.

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

Matagalpa 11 de febrero del 2017.

MSc. Karla Vanessa Molinares Salgado.

Tutora de Seminario.

RESUMEN

El principal objetivo de este estudio es analizar las intervenciones y la Aplicación del cuidado de Enfermería según normas y protocolos durante la atención del parto en sala de labor y parto, HECAM, Matagalpa, II semestre 2016.

Es de importancia ya que 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 y profundizar en el cuidado normatizado.

Las principales conclusiones son: a) Se documentaron las intervenciones de enfermería durante la atención de los tres periodos del parto, establecidas en la Normativa 011, Normas y Protocolos para atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo. b) Al comparar las intervenciones de enfermería con el cuidado aplicado se encontró que durante los tres periodos del parto el personal de enfermería en la mayoría de las usuarias cumple con las actividades de manera correcta. c) Al evaluar las intervenciones aplicadas por enfermería se encontró que a más de la mitad de las usuarias se le realizan las intervenciones de manera correcta y completa por lo que se valora el cuidado como satisfactorio.

I. INTRODUCCIÓN

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

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

En España (2013), Alicia Villacorta Martin realizó un estudio titulado: atención de enfermería durante la fase activa del primer periodo del parto normal, concluye que la atención al parto normal ha sufrido en las últimas décadas algunos cambios con la finalidad de reducir el número de intervenciones y lograr un parto más humanizado, se han eliminado intervenciones que han sido demostradas ineficaces como el rasurado perineal y el enema previo. Por otra parte se recomiendan otras prácticas como el uso del partograma, la deambulación, el apoyo continuo, la monitorización de la frecuencia cardíaca 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 prácticos en la humanización del cuidado y la atención de calidad al eliminarse intervenciones que han sido demostradas ineficaces, como el rasurado perineal o tricotomía y el enema previo, pero así también se ha visto que todavía existe deficiencia en la práctica de aplicación del cuidado en las instituciones públicas, esto puede deberse a la ausencia o falta de educación continua y/o desinterés en la preparación personal por la poca revisión de protocolos y normas, esto hace que haya una intervención limitada y como consecuencia surge inseguridad en la aplicación de las intervenciones que puede acarrear consecuencias materno fetales con desenlaces fatales, por lo que es importante que el personal de enfermería tenga actitud y vocación para brindar un cuidado humanizado durante el trabajo de parto a todas las mujeres que lo demanden, por lo que surge la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación de 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 Hospital Escuela Cesar Amador Molina, ubicado en departamento de Matagalpa, es descriptivo por 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. En la unidad de salud en estudio se atiende un promedio de 134 partos de bajo riesgo mensualmente, lo que constituye el universo. Para este estudio se seleccionó una muestra de 100 usuarias a través de una formula estadística:

$$n = \frac{NZ^2p(1-p)}{(N-1)(LE)^2 + Z^2P(1-p)}$$

de forma que el tipo de muestra es probabilístico aleatorio

según Zacarías Ortiz (2000) los elementos de la muestra son seleccionados siguiendo un procedimiento y cada elemento de la población tiene probabilidad de ser incluida, porque todas las pacientes presentan 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. El tipo de muestreo utilizado fue un Muestreo Aleatorio Estratificado en el cual la población se divide previamente, en grupos o estratos y luego de cada estrato se escogen al azar los individuos que integraran la muestra, según el número de individuo que se tomara de cada estrato puede ser según el peso específico que tenga el estrato dentro de la población. De acuerdo al tipo de muestreo seleccionado y por la división existente del parto en 3 periodos se fracciona la muestra de tal manera que la cantidad de usuarias varía según el periodo del parto observado, quedando de la siguiente manera primer periodo: 40 usuarias, segundo periodo 30 y tercer periodo 30 usuarias. Al operacionalizar se obtuvo las siguientes variables revisión de las intervenciones de enfermería,

comparación de intervenciones con el cuidado de enfermería y evaluación de las intervenciones aplicadas en el cuidado, se aplicó el método teórico al revisar las intervenciones de la normativa 011 (2015) y el empírico al actuar sobre los escenarios recolectando la información a partir de un instrumento de recolección de datos denominado guía de observación la cual se aplicó al personal de enfermería de la sala de Labor y Parto del Hospital Escuela Cesar Amador Molina, 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 realización del estudio se obtuvo autorización escrita por parte de la Dra. Dolmuz, Sub Directora docente de la unidad 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. JUSTIFICACIÓN

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 conocimientos, habilidades y destrezas durante la atención de parto lo que 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 y la Aplicación del cuidado de Enfermería según normas y protocolos durante la atención del parto en sala de labor y parto, HECAM, Matagalpa, II semestre 2016.

OBJETIVO ESPECIFICO:

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

IV. DESARROLLO DEL TEMA

4.1. Intervenciones de enfermería

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

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

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

4.1.1. 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)

4.1.2. Intervención indirecta

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

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

4.2. Clasificación de las intervenciones

4.2.1. 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)

4.2.2. 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)

4.2.3. Independientes

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

4.3. Cuidado de enfermería

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

Según Dorotea Orem () Los cuidados de enfermería se definen como: ayudar a la persona para realizar y mantener acciones de autocuidado que conserven la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

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 cuidadosos:

1. Practicar de manera amorosa, amable y ecuánime para sí mismo y para otros
2. Estar presente auténticamente; capacitar/sostener/ honrar el sistema profundo de creencias y el mundo subjetivo de sí mismo y de otros.
3. Cultivar las 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

4.4. Parto

Es el acto de dar a luz un niño/a o un feto vivo/a o muerto/a y sus anexos, por vía vaginal. En condiciones normales el parto acontece cuando el feto ha cumplido integralmente el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha llegado al término de su embarazo. (MINSa, 2015). Un parto normal o a término, es aquel que cumple particularmente las 40 semanas de gestación, en el que se logra el desarrollo por completo del feto el cual está apto para el nacimiento y es expulsado por vía vaginal en condición favorable o desfavorable en conjunto con sus anexos fetales, una vez que el feto logra culminar su vida intrauterina se desencadena todo un proceso que conlleva al parto, precedido de las pequeñas contracciones o incluso el rompimiento de las membranas, frase muy popular conocida como el rompimiento de la fuente.

Según Schwarcz , Fescina , & Duverges, (1997), el parto significa la expulsión de un feto con un peso mayor de 500 g (20 semanas, aproximadamente).

Mientras el feto cumpla con un periodo de desarrollo de más de 20 semanas de gestación este es considerado como un parto ya que es expulsado por vía vaginal, claro está que en ello se implica que su vida intrauterina no está por completo

culminada, es decir el feto no está apto para nacer, sin embargo si el feto logra culminar el desarrollo de toda su vida intrauterina existe la posibilidad del nacimiento de un feto vivo o muerto dependiendo de las circunstancias y factores que se vean involucrados en el trabajo del parto.

4.5. Nacimiento

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

4.6. Parto de Bajo Riesgo

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

Clasificación del parto de acuerdo a:

a. Por la edad gestacional

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

- Postérmino: 42 semanas en adelante.

b. Por la intervención o no de agentes externos

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

c. Por la evolución fisiológica

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

d. Por la presentación del feto

- Cefálico (vértice, cara y frente).
- Pélvico (Franco de nalgas).
- Incompleto o completo (de nalgas).

e. Por la vía del nacimiento

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

f. Por el número de fetos

- Único.
- Múltiple.

4.7. Periodos de parto

El parto tiene tres períodos que son:

4.7.2. Primer periodo del parto

Borramiento y dilatación del cuello uterino.

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

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

4.7.3. Segundo periodo del parto

Descenso y expulsión del feto.

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

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

4.7.4. Tercer periodo del parto

Salida de los anexos fetales (placenta y membranas).

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

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

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

4.8. Confirmación del trabajo de parto

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

- **Pródromos del trabajo de parto**

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

- **Inicio del trabajo de parto**

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

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

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

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

Exploración vaginal o tacto

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

- ✓ La amplitud y elasticidad del periné, de la vulva y la vagina.

- ✓ La situación, el grado de reblandecimiento y de borramiento y la dilatación del cuello (en su trayecto y en ambos orificios).
- ✓ El grado de amplitud de la cúpula vaginal y del segmento inferior.
- ✓ La existencia o no de bolsas y, en caso afirmativo, sus características.
- ✓ Los caracteres de la presentación en lo referente a actitud, posición, variedad y altura. (En relación con los planos de Hodge), sin olvidar la desfiguración que imprime la posible existencia del tumor serosanguíneo.
- ✓ Procidencia.
- ✓ Los caracteres de la pelvis y del arco del pubis y en las primíparas las medidas del diámetro subpubiano.
- ✓ Los signos de proporción o desproporción pélvica fetal.
- ✓ La presencia de meconio o sangre en los dedos al retirarlo al finalizar los dedos.
- ✓ Los tactos vaginales deberán ser además de completos, asépticos y en lo posible poco frecuentes.

4.9. Trabajo de Parto

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

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

4.10. Identificación de la Posición y presentación fetal

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

Las maniobras de Leopold son un Procedimiento obstétrico empleado para diagnosticar la posición y presentación fetal, que consiste en palpación abdominal de

la gestante. Se efectúa con la gestante acostada sobre el dorso y con las extremidades extendidas.

Existen cuatro maniobras de Leopold:

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

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

Presentación

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

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

Situación

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

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

Posición

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

Variedad de Posición

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

Las siguientes presentaciones anómalas producen la mayor mortalidad del feto. 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.

4.11. Evaluación del encajamiento y descenso del feto

Las contracciones uterinas y los pujos propulsan al feto haciéndolo avanzar por el canal del parto hasta su expulsión.

El encajamiento corresponde al momento en que la circunferencia máxima de la presentación franquea el estrecho superior de la pelvis para su penetración progresiva en el canal pelviano.

Según Cunningham et al, el encajamiento es el mecanismo por el cual el diámetro biparietal, que corresponde a la mayor dimensión transversal de la cabeza fetal en las presentaciones de occipucio, pasa a través del plano de entrada de la pelvis. La

cabeza fetal puede encajarse durante las últimas semanas del embarazo o no hacerlo hasta el comienzo del trabajo de parto. Muchas pacientes multíparas y algunas nulíparas, la cabeza fetal es libremente móvil por arriba del plano de entrada de la pelvis al inicio del trabajo de parto. En esa circunstancia, se dice a veces que la cabeza flota. Una cabeza de tamaño normal por lo general no se encaja con su sutura sagital en dirección antero posterior. De hecho, suele ingresar al plano de entrada de la pelvis en una dirección transversal u oblicua.

Descenso del feto

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

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

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

a. Planos de Hodge

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

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

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

La cabeza fetal se encaja normalmente en la pelvis materna en una posición transversa y trota después al diámetro oblicuo, es decir, con el occipucio del feto en el oblicuo izquierdo de la pelvis.

Al descender, la cabeza fetal rota de modo que el occipucio del feto queda hacia el pubis de la pelvis materna.

Fenómenos del trabajo de parto

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

Contracciones uterinas

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

Sus características son:

- ✓ Tono: Presión más baja registrada entre las contracciones.
- ✓ Intensidad (amplitud): Aumento en la presión intrauterina causada por cada contracción.

- ✓ Frecuencia: Se expresa por el número de contracciones producida en 10 minutos.
- ✓ Intervalo: El tiempo que transcurre entre los vértices de dos contracciones consecutivas, el intervalo entre las contracciones varía en razón inversa a la frecuencia de las mismas.

Su clasificación:

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

Esfuerzos de pujos o pujos

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

Se clasifican en:

Pujos espontáneos: el pujo fisiológico esta precedido por una corta inspiración, después de la cual la glotis se cierra parcialmente durante la contracción de los músculos espiratorios. Cada pujo causa una rápida y breve elevación de la presión abdominal la que se transmite a través de la pares uterina y se suma a la presión ejercida por el miometrio para elevar la presión intrauterina. Durante cada contracción uterina se producen entre 2 y 6 pujos (promedio 4 pujos), la duración de

cada pujo tiene un valor promedio de 5 segundos y su amplitud y duración aumentan a medida que progresa el periodo expulsivo.

El deseo imperioso de pujar aparece normalmente cuando la dilatación cervical es completa, este deseo es provocado por la distensión de la vagina, vulva y periné causada por la presentación que progresa en el canal del parto, propulsado por una contracción uterina.

No es conveniente que la madre pujan mientras la dilatación cervical no sea completada, tampoco conviene pujar cuando el útero esta relajado, porque no se obtiene la adición de presiones antes mencionadas, en ambas condiciones los pujos son pocos eficaces para la propulsión fetal y pueden ser perjudiciales.

Pujos dirigidos: Son conducidos por quien atiende el parto. Usualmente se instruye a la parturienta para que cierre totalmente la glotis y pujan fuerte, sostenida y prolongadamente durante el mayor tiempo posible. Durante este periodo la madre está en apnea lo que perturba la entrada de oxígeno a sus tejidos y al feto así como la eliminación CO_2 (dióxido de carbono) de ambos, además el aumento prolongado de la presión toracoabdominal eleva la presión venosa y capilar materna, causando a veces la máscara equimótica del parto.

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

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

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

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

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

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

Esta actividad es la que determina el desprendimiento y descenso de la placenta. No se precisan más de dos o tres contracciones para obtener este efecto; el tiempo que se demora oscila entre 4 y 8 minutos, con un término medio de 6 minutos. Este tiempo es denominado tiempo corporal.

A pesar de su potencia, las contracciones descritas son indoloras, por estar ausentes en ella la distensión y la isquemia prolongada, motivo por el cual no son apreciadas clínicamente.

Posteriormente interviene otro mecanismo para colaborar en el proceso de separación. La rotura de los vasos durante el desprendimiento produce un hematoma interuteroplacentario cuyo crecimiento intensifica excéntricamente el proceso de disección: la placenta recoge entonces esa sangre y se invierte conteniendo en su concavidad este hematoma, el que por su peso termina arrastrando el resto de la misma aun no desprendido, así como las membranas circundantes. Este desgarró de las trabéculas y de los vasos es el mecanismo íntimo

fundamental del desprendimiento. Parecen intervenir también ciertos procesos necrobióticos que se desarrollan a nivel de esta estructura trabecular (necrosis de coagulación, degeneración hialina y adiposa, calcificación, etc).

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

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

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

- ✓ **Desprendimiento de las membranas:** las membranas se desprenden por idéntico proceso. Las contracciones del útero que sobrevienen al accionar sobre un tejido distinto, lo hacen de tal manera que pliegan primero las membranas y las desprenden después; finalmente, el mismo peso de la placenta, en su descenso, terminara de desprenderlas por simple tironamiento. El proceso finaliza luego de expulsada la placenta que aun cuelga de las membranas no completamente desprendidas.
- ✓ **Descenso:** Desprendida la placenta, esta desciende del cuerpo al segmento y de aquí a la vagina, lo que ocurre en parte porque continúa cierta actividad

contráctil del útero y mayormente por el peso mismo de la placenta, lo que arrastra a las membranas invirtiéndolas desde las superficies de inserción cercanas al borde placentario.

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

4.12. Uso del partograma

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

Con la paciente ingresada a sala de Labor Iniciar el llenado del Partograma con Curva de Alerta, tan pronto se considere que la parturienta ha iniciado Trabajo de Parto.

Llene en el partograma los datos generales de identificación de la usuaria: Nombres y Apellidos, número de expediente y fecha de elaboración del mismo.

En la hora real en que inicia la elaboración del mismo, registre la Tensión Arterial, pulso, posición materna {LD: Lateral Derecho, LI: Lateral Izquierdo, D: Dorsal (acostada boca arriba), SS: Semisentada, S: Sentada, PC: Parada o Caminando}}, intensidad de contracciones (+: débil, ++: normal, +++: fuerte), localización del dolor (SP: suprapúbico, S: sacro).

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

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

Frecuencia 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

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

La frecuencia de las contracciones uterinas en 10 minutos, se grafica utilizando un triangulito en el tiempo real del Partograma correspondiente a la valoración. Lo normal en el Trabajo de Parto, es que se produzcan 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos.

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

Dilatación Cervical

Se grafica utilizando un Punto en el tiempo real que se corresponde con la dilatación cervical. El graficar correctamente la dilatación cervical nos permite elaborar adecuadamente la Curva Real y la Curva de Alerta.

La utilización adecuada del Partograma, permite incluso reducir el número de tactos que se realizan a la parturienta, reduciendo las molestias y el riesgo de infecciones. Si las membranas ovulares se hubiesen roto espontáneamente, en tiempo real debe registrarse (REM – Ruptura Espontánea de Membranas), o si sucediere al momento de realizar un tacto vaginal, ya sea accidentalmente o por una indicación precisa, en tiempo real debe registrarse (RAM – Ruptura Artificial de Membranas).

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

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

Los Planos Hodge, de acuerdo al grado de encajamiento y descenso de la presentación, deben graficarse según corresponda a cualquiera de los planos: I, II, III, IV.

Si la presentación fue graficada adecuadamente basado en un examen confiable, lo lógico es que en el avance del trabajo de parto se registre un descenso de la cabeza fetal, no un ascenso.

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

A la parturienta le fue realizada una operación cesárea, por lo tanto no se graficó la curva real hasta el final, pero además en las notas se encontrará la descripción de 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 Múltiparas 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.

Intervenciones materno - fetales 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.
- Investigar signos u otros síntomas acompañantes.
- Embarazada en la primera etapa debe de deambular si no hay ruptura de membranas con adecuada alimentación.
- Orientar a la embarazada a que modifique su respiración entre y durante las contracciones. Si la embarazada ha asistido a cursos de parto profiláctico o sin temor, aliéntela a aplicar las técnicas aprendidas.
- Si se sospecha progreso insatisfactorio del trabajo de parto o trabajo de parto prolongado refiera a especialista, hospitalización o manejo según protocolo de emergencias obstétricas.

Prácticas basadas en evidencia a aplicarse durante vigilancia durante trabajo de parto de acuerdo a organización mundial de la salud.

- La duración del periodo dilatante del trabajo de parto puede estar reducida en aproximadamente una hora en las mujeres que mantienen la posición vertical y caminan, no se ha encontrado ningún efecto adverso asociado con la permanencia en la posición vertical, los profesionales de la salud y los centros

de atención de la salud pueden promover en las mujeres en trabajo de parto a adoptar la posición en la que se sientan más cómodas.

- Motivar la micción espontánea (evitar cateterismo) para contrarrestar su acción Inhibidora sobre la contractilidad.
- Los estudios indican que los enemas tienen un efecto considerable negativo sobre las tasas de infección en las heridas perineales u otras infecciones neonatales, así como altamente desagradable y molesto para la paciente. Estas pruebas no apoyan el uso habitual de los enemas durante el trabajo de parto; por lo tanto, se debe eliminar dicha práctica. De igual manera el rasurado de vulvas sin ningún beneficio adicional por lo que estas prácticas se encuentran en desuso.
- La administración de soluciones glucosadas hipertónicas así como oxígeno por cánula o catéter nasal son altamente nocivas para el proceso de intercambio a nivel del espacio intervelloso e incrementan el proceso de acidosis a nivel fetal por lo que ambas prácticas deben de suprimirse, por no reportar ningún beneficio adicional.
- La práctica sistemática de la amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto en las primigrávidas o multíparas de acuerdo a revisiones sistemáticas se ha encontrado que este procedimiento incrementa riesgos de procesos infecciosos y aumentan la necesidad de otras intervenciones como la cesárea, por lo que no existe justificación para realizarlo, salvo excepciones médicas y deberá estar consignado en el expediente clínico.
- El apoyo continuo y acompañamiento de la paciente por familiares reduce la duración del trabajo de parto, aumenta las posibilidades de parto vaginal espontáneo y reduce la necesidad de analgesia intraparto, y de acuerdo con lo establecido en la Norma 042 Norma de humanización del parto institucional. Las mujeres que reciben apoyo continuo tienen menos posibilidades de manifestar insatisfacción con sus experiencias de parto. Este comentario argumenta que las objeciones frecuentes a la implementación de esta intervención pueden resolverse fácilmente.

- La cardiotocografía (NST) como una forma de monitoreo electrónico para la evaluación fetal no reporta beneficios a corto y a largo plazo y además su uso está asociado a aumento significativo en los índices de cesárea y de partos vaginales asistidos.

La muestra observada fué en total de 100 usuarias en los tres períodos del parto, de las cuales en el primer período se observaron 40 usuarias por lo tanto para este análisis la muestra está constituida por estas.

Actividad #1. Comunicación efectiva:

Según el protocolo de acogida al usuario (2003) 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 derecho de toda usuaria es conocer el nombre completo y poder distinguir fácilmente la categoría profesional del personal de salud que le atiende. (Normativa 042, 2010).

Tabla N°01: El personal de Enfermería se presenta ante al paciente con su nombre completo.

La enfermera se presenta ante la paciente brindando su nombre completo	1er periodo		2do periodo	3er periodo	Total
Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Frec.	Frec.	Total
S	8	20%	-	-	8
I	10	25%	-	-	10
N/O	22	55%	30	30	82
N/A	0	0%	-	-	0
Total	40	100%	30	30	100

Fuente: Guía de observación.

Al 55% de las embarazadas el personal de Enfermería no se presentó con su nombre completo, al 25% se presentó de manera incompleta y a un 20% se presentó brindando su nombre completo.

Se observó que a la mayoría de las usuarias el personal de Enfermería está incumpliendo con lo establecido en el protocolo de acogida al usuario regido por la

LEY GENERAL DE SALUD (2002) donde señala que el paciente tiene derecho a saber el nombre completo del personal de salud responsable de coordinar la atención. Es de importancia presentarse ante el paciente para tener buenas relaciones, y para que el paciente se sienta en un ambiente de confianza y tenga una estabilidad de su estado emocional, se sienta en un ambiente tranquilo y así su estadía en el hospital será agradable. Según el valor de la actividad los resultados son insatisfactorios.

Actividad #2:

Tabla N°02: El personal de Enfermería Respeta la intimidad y privacidad de la paciente.

La Enfermera respeta la intimidad y privacidad de la paciente.		1er periodo	2do periodo	3er periodo	Total
Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Frec	Frec.	Total
S	30	75%	-	-	30
I	10	25%	-	-	10
N/O	0	0	30	30	60
N/A	0	0%	-	-	0
Total	40	100%			100

Fuente: guía de observación.

Al 75% de las embarazadas el personal de Enfermería respetó la intimidad y privacidad de la paciente, y al 25% lo hizo de manera insatisfactoria.

Se observó que a la mayoría de las usuarias el personal de enfermería está cumpliendo con lo que cita la Normativa 011(2015) que indica que se debe respetar la privacidad e intimidad de la paciente, es consolidado por (Varney Helen, 2006) quien refiere que la protección de la privacidad se refiere no solo al respeto de la mujer como ser humano, sino también al respeto de su cuerpo que es un derecho como persona. La protección de la privacidad y desnudez también se refiere a respeto por el pudor de la mujer. La mujer que conoce su cuerpo y lo acepta no

siempre necesita que le cubran para evitar la exhibición de sus genitales externos. Algunas incluso consideran que esto implica una actitud conservadora de vergüenza en relación con estas áreas, actitud con la que no están de acuerdo y se sentirán insultadas si se les cubre, al igual que la mujer pudorosa se avergonzara si no lo hace. Lo mejor es preguntar a la mujer lo que prefiere. Sin embargo existe una gran cantidad de usuarias a las que el personal no está cumpliendo dicha actividad que puede afectar el estado emocional de la usuaria y que puede crear además un mayor ambiente de ansiedad en la paciente al sentirse observada por alguien que no es parte del personal que le atiende, además por ser esta unidad un hospital escuela muchas veces existe una sobre población de estudiantes de medicina y enfermería durante la revisión de las pacientes lo que no le proporciona bienestar a la usuaria y no le es agradable sentirse observada por tantas personas. Según los resultados obtenidos esta actividad el personal de enfermería de la sala de labor y parto del HECAM la realiza de manera satisfactoria.

Actividad #3. Según la Normativa 042(2010) se debe reconocer y respetar las necesidades individuales incluidas su cosmovisión y Espiritualidad, de cada mujer/pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia.

Según Marjorie Gordon (2011) clasifica las necesidades en 11 patrones funcionales:

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°03: El personal de Enfermería Realiza valoración de necesidades de la paciente.

La Enfermera realiza valoración de necesidades de la paciente.	1er periodo		2do periodo	3er periodo	Total
	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Frec.	Frec.
S	16	40%	-	-	16
I	14	35%	-	-	14
N/O	10	25%	30	30	70
N/A	0	0%	-	-	0
Total	40	100%			100

Fuente: guía de observación.

Al 40% de las embarazadas el personal de Enfermería realizó valoración de necesidades de manera satisfactoria, al 35% lo hizo de forma incompleta, y al 25% de las pacientes atendidas no se observó que estas se realizaran.

Por lo tanto se considera que a la mayoría de las usuarias el personal de Enfermería no está cumpliendo con dicha actividad que es independiente del personal de Enfermería. Según Wiedenbach (2003), define necesidad como cualquier cosa que el paciente pueda requerir para mantener su bienestar o plenas capacidades en su situación. Es soportado por Pelletier, (2003) quien define según la situación como un requisito del paciente que, cuando se satisface, alivia o disminuye la tensión inmediata y mejora su sentimiento inmediato de adecuación o bienestar. Es importante la valoración enfermera en dónde ese hace uso del proceso de atención

para planear y ejecutar cuidados con buenos resultados esperados. Según el valor de la actividad, los resultados son insatisfactorio.

Actividad #4. Según León González H.L, (2002) orienta que se debe realizar una evaluación rápida del estado general de la gestante, incluyendo los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura).

Evaluación del estado del feto:

- Ausculte la frecuencia cardiaca fetal antes y después de una contracción:
- Tome la frecuencia cardiaca fetal por un minuto completo, por lo menos una vez cada 30 minutos durante la fase activa y cada 5 minutos durante el segundo periodo; si hay irregularidades en la frecuencia cardiaca fetal (menos de 100 o más de 180 latidos por minuto), sospeche sufrimiento fetal.

Tabla N°04: El personal de enfermería toma signos vitales y FCF.

La enfermera toma signos vitales y FCF.	1er periodo		2do periodo	3er periodo	Total
Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Frec.	Frec.	Total
S	37	92.5%	-	-	37
I	0	0%	-	-	0
N/O	3	7.5%	30	30	63
N/A	0	0%	-	-	0
Total	40	100%			100

Fuente: guía de observación.

Al 92.5% de las embarazadas atendida el personal de Enfermería realizó la toma signos vitales y FCF de manera correcta, y al 7.5% no se observó que esta se realizara.

Se observó que a la mayoría de las usuarias el personal de enfermería está cumpliendo con lo que indica la normativa 011 (2015), que dice que el manejo clínico del trabajo de parto se basa en la valoración de un examen físico completo incluyendo la toma de signos vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca materna, temperatura, frecuencia respiratoria), se realiza también la toma de la FCF para

evaluar la vitalidad fetal. Es consolidado por OMS, (1996), quien refiere que los tres primeros procedimientos: medición de la temperatura, pulso y tensión arterial, pueden tener implicaciones en el desenlace del parto, y es por esto que puede influir el manejo del parto. Estos procedimientos rutinarios no pueden ser excluidos, aunque deben ser explicados a la gestante y su acompañante. Medición de la temperatura cada 4 horas, de acuerdo con la OMS, es importante porque un incremento de ésta puede significar un primer indicio de una posible infección, y así poder comenzar un temprano tratamiento, especialmente en caso de un parto prolongado con bolsa rota; esto puede evitar una sepsis. Otras veces puede ser señal de deshidratación. Tomando la tensión arterial al mismo tiempo, es un índice importante de bienestar materno. Un aumento súbito de la tensión arterial puede indicar la necesidad de acelerar el parto o de remitir a la gestante a otro nivel de cuidados más especializado. Sin embargo existe un pequeño porcentaje de usuarias a las que el personal de enfermería no realiza esta actividad en algunas ocasiones se debe a que las pacientes ingresan en el segundo periodo del trabajo de parto por lo tanto son llevadas directamente a sala de expulsivo. Dicha actividad es muy importante ya que su realización permitirá la identificación de posibles anomalías en los signos vitales que puede presentar tanto la mujer como el niño en el trabajo de parto. Según el resultado de la tabla el valor de la actividad es satisfactorio.

Actividad #5. Parto Humanizado:

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.

Tabla N°05: El personal de Enfermería oferta parto acompañado (humanizado).

La enfermera oferta parto acompañado (humanizado).	1er periodo	2do periodo	3er periodo	Total	
Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Frec.	Frec.	Total
S	39	97.5%	-	-	39
I	0	0%	-	-	0
N/O	1	2.5%	30	30	61
N/A	0	0%	-	-	0
Total	40	100%			100

Fuente: Guía de observación.

Al 97.5% de la embarazadas el personal de Enfermería ofertó el parto acompañado, al 2.5% no se le oferto.

Se observa que a la mayoría de las usuarias, el personal de enfermería está cumpliendo de acuerdo a lo establecido en la Norma 042 (2010), donde se indica que todos los y las usuarios de los servicios de salud públicos y privados tienen derecho a estar acompañados por un familiar durante su atención si ellos así lo piden y que las mujeres que reciben apoyo continuo tienen menos probabilidades de manifestar insatisfacción con sus experiencias de parto. Es sustentado por Schwarcz R, (1997) quien refiere que siempre que sea posible es mejor que la madre esté acompañada por una persona elegida por ella. Este acompañamiento que se suma a la preparación psicofísica para el parto es para brindar a la parturienta contención, apoyo emocional, continuo y cuidados básicos. Requiere de quien los ofrezca que este exclusivamente para ello independiente del resto del equipo de salud que asiste el parto y al recién nacido. Durante todo este proceso del parto la persona está presente, escucha da consuelo, brinda confianza, tranquiliza y toma medidas para mejorar el confort de la parturienta. También la asiste masajeando la zona sacrolumbar, sosteniéndole las manos, explicándole los progresos del parto, etapas siguientes y maniobras que se le realizan, este apoyo a la parturienta también

reduciría levemente la duración del parto, produciría en la madre una serie de beneficios subjetivos. Sin embargo a un bajo porcentaje de usuarias no se le oferto el acompañamiento durante el parto. Según el resultado de la tabla el valor de la actividad es satisfactorio.

Actividad #6. Según la Normativa 042 (2010) El personal debe permitir que la mujer puede tomar algunos alimentos ligeros durante e inmediatamente después del parto y de preferencia calientes que le proporcionen energía: sopas, tibio, u otros. Se recomienda: Te o leche con canela

Tabla N°06: El personal de Enfermería vigila el estado de hidratación materno y orienta la ingesta de líquidos azucarados.

La enfermera vigila el estado de hidratación materno y orienta la ingesta de líquidos azucarados.					
	1er periodo		2do periodo	3er periodo	Total
Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Frec.	Frec.	Total
S	15	37.5%	-	-	15
I	12	30%	-	-	12
N/O	13	32.5%	30	30	73
N/A	5	12.5%	-	-	5
Total	40	100%			100

Fuente: guía de observación.

Al 37.5% de la embarazadas el personal de Enfermería vigiló el estado de hidratación materno y orienta la ingesta de líquidos azucarados, al 32.5%% no se observó que estas lo realizaran, al 30% lo realizó de manera incompleta, y al 12.5% lo realizó otro personal de salud.

Se observó que a la mayoría de las usuarias el personal de enfermería está cumpliendo con la normativa 011 (2015) que indica: vigilar el estado de hidratación

materno y orientar la ingesta de líquidos azucarados, en las actividades del primer periodo del parto. Es consolidado por Schwarcz (2008) quien refiere que en el parto de bajo riesgo de inicio normal y espontáneo y con un pronóstico favorable, la deshidratación y la cetosis que pueden presentarse en el trabajo de parto se previene, ofreciendo a la madre moderada cantidad de líquidos azucarados por vía oral o un alimento ligero. Con ello además se evita un procedimiento invasivo como la venoclisis, una gran comodidad para la mujer, la dificultad para moverse durante el periodo de dilatación o primer periodo del parto. Sin embargo al hacer una sumatoria de las usuarias a las que se les realiza estas actividades de manera incorrecta y a las que no se les realiza, se evidencia que a más de la mitad de las usuarias el personal de enfermería no cumplió con dichas actividades a como lo indica la Normativa 011, en ciertas ocasiones porque el personal de enfermería solo realiza un breve interrogatorio y no realiza vigilancia permanente de los posibles signos de deshidratación como la fatiga extrema de la paciente lo que provoca que se quede sin fuerzas y no pueda pujar efectivamente lo que alargaría más el trabajo del parto, además a más de la mitad de las usuarias no se les orientó sobre que ingerieran líquidos azucarados que de igual manera ayudaría a evitar la deshidratación, a las usuarias a las que se les indicó la ingesta de dichos líquidos se les orientó tomar refrescos naturales que fueran dulces, y artificiales como la kola shaler. Según los resultados de la tabla, el valor de la actividad es insatisfactorio.

Actividad #7.

Tabla N°07: El personal de Enfermería detecta signos de peligro al tomar signos vitales y los reporta.

La enfermera detecta signos de peligro al tomar signos vitales y los reporta.					
	1er periodo		2do periodo	3er periodo	Total
Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Frec.	Frec.	Total
S	40	100%	-	-	40
I	0	0%	-	-	0
N/O	0	0%	30	30	60
N/A	0	0%	-	-	0
Total	40	100%			100

Fuente: guía de observación.

Al 100% de las embarazadas el personal de Enfermería realiza la actividad de forma correcta.

Se observó que a la mayoría de las usuarias el personal de enfermería está cumpliendo con lo que indica la normativa 011 (2015) que dice que se debe incluir dentro de los cuidados maternos fetales la toma de signos vitales, y cuidados específicos para signos de peligro. Lo refirma Schwarcz (2008) quien refiere que la temperatura corporal se debe registrar al comienzo y luego cada 4 horas. Una elevación sobre los límites normales puede ser el primer signo de una infección, especialmente si el parto se prolonga con las membranas rotas. Pulso radial: la frecuencia cardiaca materna puede variar durante las contracciones uterinas por los cambios circulatorios y por el aumento del tono simpático debido al dolor producido por las mismas, por ello se debe medir durante un minuto siempre entre dos contracciones, con la embarazada en decúbito lateral o en posición sentada. Presión arterial sistémica: se recomienda registrarla cada 4 horas junto con la frecuencia cardiaca y la temperatura materna puede modificarse con las contracciones uterinas.

Cabe destacar que por ser trabajo de parto y parto de bajo riesgo todas las usuarias en su valoración no presentaron alteraciones en sus constantes vitales, por lo que las intervenciones enfermera fueron correctas. Según los resultados de la tabla el valor de la actividad es satisfactoria.

Actividad #8. Según ministerio de sanidad (2002) la canalización de una vía venosa no es imprescindible en los cuidados de un parto normal. No obstante si es necesaria se puede mantener sin estar conectada a un sistema de goteo, esto permite una buena movilidad.

Tabla N°08. El personal de Enfermería canaliza con bránula #16 o de mayor calibre si se indica.

Canaliza con bránula #16 o de mayor calibre si se indica.	1er periodo		2do periodo	3er periodo	Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frec.	Frec.	Total
S	37	92.5%	-	-	37
I	3	7.5%	-	-	3
N/O	0	0%	30	30	0
N/A	0	0%	-	-	0
Total	40	100%			100

Fuente: Guía de observación.

Al 92.5% de las embarazadas el personal de Enfermería realizó la canalización de manera correcta, y al 7.5% lo realizó de manera incorrecta.

Se observó que en la mayoría de las usuarias el personal de Enfermería está cumpliendo con esta actividad. Según la Dra. Mariña, (2010) en su informe revela que no hay datos para poder evaluar la eficacia de tener canalizada una vía intravenosa durante el parto. La prudencia aconseja tener una vía canalizada y salinizada por si más adelante fuera preciso el tratamiento intravenoso. Y en las gestantes que deseen un parto no intervenido y no exista riesgo de hemorragia posparto, podría obviarse la canalización de una vía venosa. Sin embargo se debe

preveer la necesidad del uso de oxitócicos ante cualquier alteración. En dicha institución existe un protocolo interno que ordena que en su ingreso toda gestante debe estar previamente canalizada. Según los resultados el valor de la tabla es satisfactorio.

Actividad #9. Según la Normativa 042 (2010) 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 Humanización del Parto 33 la 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

Tabla N°09: El personal de Enfermería orienta colocarse en DLI o a deambular.

La enfermera orienta colocarse en DLI o deambular		1er periodo		2do periodo	3er periodo	Total
Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Frec.	Frec.	Total	
S	25	62.5%	-	-	25	
I	8	20%	-	-	8	
N/O	7	17.5%	30	30	67	
N/A	0	0%	-	-	0	
Total	40	100%			100	

Fuente: guía de observación.

Al 62.5% de las embarazadas el personal de Enfermería orientó colocarse en DLI o a deambular, al 20% lo orientó de manera incorrecta, y al 17.5% no se observó que se orientaran.

Se observa que a la mayoría de usuarias el personal de Enfermería está cumpliendo con lo que indica la Normativa 011 (2015) donde se refleja que la duración del período dilatante del trabajo de parto puede estar reducida en aproximadamente una hora en las mujeres que mantienen la posición vertical y caminan, no se ha

encontrado ningún efecto adverso asociado con la permanencia en la posición vertical, los profesionales de la salud y los centros de atención de la salud pueden promover en las mujeres en trabajo de parto a adoptar posiciones en las que se sientan más cómodas. Es corroborado por Schwarcz (1997) quien refiere que se ha demostrado que la deambulación acorta significativamente la duración del período de dilatación en relación con la posición horizontal en cama. Por lo tanto se permitirá la deambulación y la posición de pie o sentada durante todo el periodo dilatante, si la bolsa de agua esta integra. Si la madre no desea caminar, estar de pie o sentada la mejor posición en cama es el DLI. Sin embargo existe un porcentaje de usuarias a las que el personal de enfermería no les oriento la posición o lo hizo de forma incorrecta lo que alarga el proceso del avance del trabajo de parto que está demostrado que es más efectivo adoptando dichas posiciones, la falta de orientación aumenta la ansiedad en la usuaria. En su gran mayoría con membranas integras se orientó que la paciente podía deambular o levantarse de la cama, con membranas rotas se orientó el DLI ya que las contracciones se sienten con menos intensidad y la posición de litotomía o ginecológica que es muy efectiva para lograr una dilatación más rápida. Según los resultados de la tabla el valor de la actividad es satisfactoria.

Actividad #10.

Tabla N°10: El personal de Enfermería motiva la micción espontánea.

La enfermera motiva la micción espontánea.					
La enfermera motiva la micción espontánea.	1er periodo		2do periodo	3er periodo	Total
Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Frec.	Frec.	Total
S	28	70%	-	-	28
I	0	0%	-	-	0
N/O	12	30%	30	30	72
N/A	0	0%	-	-	0
Total	40	100%			100

Fuente: guía de observación.

Al 70% de las embarazadas el personal de Enfermería motivo la micción espontánea, al 30% no se observó que se les orientara.

Se observó que a la mayoría de las usuarias el personal de Enfermería está cumpliendo con lo indicado en la normativa 011 (2015) que dice: que se debe motivar la micción espontánea (evitar cateterismo) para contrarrestar su acción inhibidora sobre la contractilidad, por lo que a dichas pacientes se les indico de manera efectiva. Es apoyado por OMS, (1996) quien refiere que siempre se debe favorecer la micción espontánea ya que el sondeo vesical es molesto y no se recomienda de manera rutinaria. Ante la sospecha de retención urinaria si la paciente no orina de manera espontánea, se recomienda el vaciamiento de la vejiga, ya que la vejiga vacía favorece el descenso de la presentación en el trabajo de parto. Sin embargo existe un porcentaje de usuarias a las que el personal de enfermería no indico dicha acción lo que pudo dar resultado a la aparición del globo vesical, que puede llevar a la mujer a un progreso insatisfactorio del trabajo de parto por la obstrucción del canal. Según los resultados de la tabla el valor de la actividad es satisfactoria.

Actividad #11. Según la Normativa 042 (2010) 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.

Entre sus beneficios podemos mencionar:

- a. Ayudan a una correcta oxigenación del bebé en las contracciones durante el Parto.
- b. 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.

Actividad #11

Tabla N°11: El personal de Enfermería orienta ejercicios de respiración durante las contracciones.

La enfermera orienta ejercicios de respiración durante las contracciones.		1er periodo		2do periodo	3er periodo	Total
Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Frec.	Frec.	Total	
S	32	80%	-	-	32	
I	5	12.5%	-	-	5	
N/O	3	7.5%	30	30	63	
N/A	0	0%	-	-	0	
Total	40	100%			100	

Fuente: guía de observación.

Al 80% de las embarazadas el personal de Enfermería orientó ejercicios de respiración durante las contracciones, al 12.5% se lo orientaron de forma incompleta, y al 7.5% no se observó que estas se realizaran.

Se observó que a la mayoría de las usuarias el personal de Enfermería está cumpliendo con lo que indica la Normativa 011(2015) que dice: que se debe orientar a la embarazada a que modifique su respiración entre y durante las contracciones. Se realiza de manera efectiva lo que ayuda a mejorar la ansiedad de la usuaria. Es sustentado por Varney H. (2006) quien refiere que un tipo esencial de respiración es el jadeo. Si la mujer aprende la técnica del jadeo durante el período prenatal, podrá hacerlo de manera controlada. No obstante en jadeo en forma de respiración rápida y superficial es una técnica que puede aprender con facilidad durante el trabajo de parto. La respiración adecuada en el momento oportuno es básica para prevenir el

agotamiento inútil. Como ya se describió el jadeo es una variedad de respiración que resulta agotadora y que solo se debe utilizar cuando es indispensable que la mujer no puje. Sin embargo, existe, aunque en una menor cantidad un porcentaje de pacientes a las que el personal de enfermería no les orientó dicha actividad o lo hizo de manera incorrecta lo que lleva a las mujeres a aumentar su ansiedad, menor colaboración a la hora de otras indicaciones por la misma razón, con una respiración incorrecta la usuaria llega a agotarse de manera más rápida lo que hace que no colabore en el expulsivo. Según los resultados de la tabla, el valor de la actividad es satisfactoria.

Actividad #12.

Tabla N°12: El personal de Enfermería identifica progreso insatisfactorio del Trabajo de Parto.

La enfermera identifica progreso insatisfactorio del T de P.		1er periodo		2do periodo	3er periodo	Total
Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Frec.	Frec.	Total	
S	40	100%	-	-	40	
I	0	%	-	-	0	
N/O	0	0%	30	30	60	
N/A	0	0%	-	-	0	
Total	40	100%			100	

Fuente: guía de observación.

Al 100% de las embarazadas el personal de Enfermería realiza la actividad de manera correcta.

Se observó que a todas las usuarias el personal de enfermería está cumpliendo con lo que dice la Normativa 011 (2015) que indica que se deben considerar los hallazgos que indiquen un progreso insatisfactorio del trabajo de parto para evaluar las desviaciones de los límites fisiológicos que se pudieran identificar, prevenir traumatismos obstétricos y/o prevenir hipoxia fetal. Lo refirma la Normativa 109,

(2013) en la cual está reflejado que el progreso insatisfactorio del trabajo de parto es el no progreso de la dilatación cervical y ni el descenso de la presentación en presencia de contractilidad uterina regular. El tiempo de trabajo de parto se prolonga más de lo establecido para cada una de las fases, según se trate o primípara o multípara, la curva de partograma se desplaza hacia la derecha haciéndose más plana, el monitoreo clínico del trabajo de parto esta alterado. Una manera para identificarlo es el uso del partograma que es un instrumento indispensable para evaluar el curso y la calidad del parto de forma individual, determina cuando la evolución del parto es normal o no. Cabe destacar que todas las usuarias en estudio presentaron un trabajo de parto y parto sin alteraciones por lo que el personal actuó de manera correcta. Según el valor de esta actividad el resultado es satisfactorio.

Actividad #13

Tabla N°13: El personal de Enfermería identifica distocia de la contractilidad uterina (hipodinamia/hiperdinamia). Y distocias óseas y de las partes blandas y los reporta.

El personal de Enfermería Identifica distocia de la contractilidad uterina (hipodinamia/hiperdinamia). Y distocias óseas y de partes blandas y los reporta.					
Categoría	1er periodo	2do periodo	3er periodo	Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frec.	Frec.	Total
S	40	100%	-	-	40
I	0	0%	-	-	0
N/O	0	0%	30	30	60
N/A	0	0%	-	-	0
Total	40	100%			100

Fuente: Guía de observación.

Al 100% de las usuarias el personal de Enfermería no realizó la actividad.

Se observó que al total de las usuarias observadas el personal de Enfermería no realizó la actividad porque al ser un trabajo de parto de bajo riesgo no se presentaron alteraciones en la contractilidad uterina ni distocias óseas y de partes blandas. Según Schwarcz (2008) refiere que las 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. Según Schwarcz, (2008) refiere que las 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-cefálico causado por una actitud viciosa del móvil fetal o su tamaño inadecuado puede convertir a una pelvis anormal en una estrechez relativo con respecto a un feto voluminoso (distocias de causa fetal). Por lo tanto si una paciente presenta distocias óseas debe ser referida a una unidad de mayor calidad y mejor atención por personal capacitado para estas complicaciones por lo que no se puede llevar a cabo un parto normal y tendría que darse por medio de una cesárea, ya que la pelvis de la mujer no es apta para que se dé un parto vaginal. Dichas distocias pueden complicar un parto por vía vaginal por lo que incurriría en la realización de una cesárea. Según los resultados de la tabla el valor de la actividad es satisfactoria.

Actividad #14. Según el ministerio de sanidad, (2002) indica que: En general la bolsa que envuelve y protege al bebe se rompe espontáneamente y no es necesario hacerlo de forma artificial antes ni durante el parto.

Según Schwarcz (2008) Cuando las membranas o las bolsas están íntegras y la cabeza fetal aún no se ha encajado en la pelvis, el líquido amniótico rodea todo el feto. En estas condiciones, durante la contracción uterina, la presión uterina se distribuye uniformemente alrededor de todo el feto, de acuerdo con la ley de Pascal. Las membranas protegen la cabeza y previenen el modelado cefálico.

Tabla N°14: El personal de Enfermería realiza amniotomía hasta los 10cm de dilatación.

Realiza amniotomía hasta los 10cm de dilatación.	1er periodo		2do periodo	3er periodo	Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frec.	Frec.	Total
S	29	72.5%	-	-	29
I	3	7.5%	-	-	3
N/O	0	0%	30	30	60
N/A	8	20%	-	-	8
Total	40	100%			100

Fuente: guía de observación.

Al 72.5 % de las embarazadas el personal de Enfermería realiza la actividad de forma correcta, al 20% lo realizó otro personal de salud, al 7.5% lo realizó de manera incorrecta.

Se observó que a la mayoría de las usuarias el personal de enfermería cumple con dicha actividad. Según la Normativa 011(2015), dice que la práctica sistemática de la amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto en primigrávidas o multíparas de acuerdo a revisiones sistemáticas se ha encontrado que este procedimiento incrementan riesgos de procesos infecciosos y aumentan la necesidad de otras intervenciones como la cesárea, por lo que no existe justificación para realizarlo salvo excepciones médicas y deberá de estar consignado en el

expediente clínico. Es refirmado por Schwarcz (1997) que refiere que no está indicada la rotura artificial de membranas ovulares entre 2 y 5cm con el objeto de acortar la duración del período de dilatación, esta conducta puede abreviar la duración media esperada de un período de dilatación normal con membranas integra, se ha demostrado también que con esta maniobra se suprimen los efectos protectores de las membranas sobre el feto. Sin embargo existe un porcentaje de usuarias a quienes se le realizo de manera incorrecta es decir antes de los 10 cm de dilatación en ciertas ocasiones para “ayudar a la mujer” y lograr un progreso más rápido del trabajo de parto, pero que puede causarle a la mujer un riesgo de infección por la invasión del amniotomo y por “eliminar la protección” que ejerce la membrana hacia los agentes externos. En las mujeres en las cuales las roturas de membranas fue espontanea el personal de Enfermería realiza la actividad de forma correcta sin el procedimiento invasivo. Según los resultados el valor de la actividad es satisfactoria.

Actividad #15

Tabla N°15: El personal de Enfermería prepara equipos de reanimación neonatal por si los necesitara.

Prepara equipos de reanimación neonatal por si los necesitara.					
	1er periodo		2do periodo	3er periodo	Total
Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Frec.	Frec.	Total.
S	40	100%	-	-	40
I	0	0%	-	-	0
N/O	0	0%	30	30	60
N/A	0	0%	-	-	0
Total	40	100%			100

Fuente: guía de observación.

Al 100% de las embarazadas en trabajo de parto el personal de enfermería realiza la actividad de forma correcta.

Se observó que a todas las usuarias el personal de enfermería está cumpliendo con lo que indica la Normativa 011(2015), el personal debe prever la necesidad de reanimación neonatal y preparar un plan para conseguir ayuda para él bebe, especialmente si la madre tiene antecedentes de Eclampsia, sangrado, Trabajo de parto prolongado u obstruido, parto pre termino o infección. Es importante indicar que las usuarias en estudios con trabajo de parto y parto de evolución normal no presentaron antecedentes que indicaran un cambio no fisiológico en el neonato. Según el resultado de la tabla el valor de la actividad es satisfactorio.

Actividad #16

Tabla N°16: El personal de Enfermería ayuda a la mujer a trasladarse al expulsivo.

Ayuda a la mujer a trasladarse al expulsivo.	1er periodo		2do periodo	3er periodo	Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frec.	Frec.	Total
S	32	80%	-	-	32
I	2	5%	-	-	2
N/O	2	5%	30	30	62
N/A	4	10%	-	-	4
Total	40	100%			100

Fuente: Guía de observación.

Al 80% de las embarazadas el personal de Enfermería realiza dicha actividad de manera satisfactoria, al 10% lo realizó otro personal de salud, al 5% lo realizó de forma insatisfactoria, y a otro 5% no se observó que esta se realizara.

Se observó que el personal de enfermería realiza la actividad de forma efectiva que es una actividad dependiente de Enfermería. Según Dr. Colón L, A, (2014) dice que

se debe pasar a la paciente a la sala de expulsión cuando se encuentre el segundo periodo del trabajo de parto (10 centímetros de dilatación, o dilatación completa). Sin embargo a una mínima parte de las usuarias el personal lo realiza de forma incorrecta o no lo realiza, la realización de dicha actividad es importante ya que en esta unidad existe una distancia considerable entre el área de pre labor y el expulsivo, si la paciente no es ayudada, la ansiedad puede causar el inicio de los pujos y la expulsión del niño que puede sufrir un trauma, o causar un traumatismo en la madre por la dificultad de la marcha que tiene una mujer cuando hay gran avance en la presentación del niño. Según el resultado de la tabla el valor de la actividad es satisfactorio.

a) **Evaluación del segundo periodo del trabajo de parto.**

En este periodo se detecta y evalúa las desviaciones de los límites fisiológicos que se pudieran identificar, prevenir traumatismos obstétricos y/o prevenir hipoxia fetal. El segundo periodo comprende el descenso, la rotación interna y el desprendimiento fetal, los hallazgos que sugieren un progreso satisfactorio en el segundo periodo del trabajo de parto son:

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

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

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

- ✓ Sutura sagital palpable en toda su longitud sin cabalgamiento
- ✓ Sutura sagital con cabalgamiento pero reducibles
- ✓ Suturas superpuestas con cabalgamiento pero no reducibles (sospecha de desproporción cefalopélvica).

- ✓ Sutura con cabalgamiento mayor de 2 cm (sospechar muerte fetal).

Intervenciones de enfermería maternos fetales en el segundo periodo del parto

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

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

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

Es muy importante realizar y evaluar las siguientes actividades

Controles de la contractilidad uterina y los pujos maternos

- Si hay hipodinamia primitiva, se debe tratar con estimulación oxitócica y si es hipodinamia secundaria se deberá tomar en cuenta las causas de las mismas para descartar contraindicación del uso de Oxitocina.
- Se deberá estimular una adecuada ventilación y relajación de la parturienta entre contracciones.
- Se recomienda no efectuar amniotomía, hasta alcanzar los 10 cms de dilatación. Y solo en casos necesarios ya que se comentaba que las buenas practicas establecen que no debería de constituir una práctica de rutina.
- Orientar a la parturienta la técnica correcta del pujo.
- Protección del periné a fin de evitar desgarros y laceraciones.
- Evaluar la elasticidad de los tejidos vulvares, perineales y vaginales y el tamaño de la presentación.
- Evaluar la velocidad del descenso de la presentación y el impulso proporcionado por el pujo materno según la paridad materna.
- Permitir el avance de la presentación manteniendo su flexión hasta que la circunferencia suboccipitobregmática haya traspasado el anillo vulvar distendido.
- Solicitar a la parturienta suspender los pujos y mantener su respiración jadeante.
- Favorecer el desprendimiento lento, apoyando la mano izquierda sobre la presentación para que la extensión se realice lentamente, a fin de distender los tejidos para evitar los desgarros.
- Colocar la mano derecha provista de una gasa estéril sobre el periné, abarcándolo entre el pulgar y un lado de los dedos restantes del otro, sosteniéndole la presentación para que no se 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.

La muestra observada fué en total de 100 usuarias en los tres períodos del parto, de las cuales en el segundo período se observaron 30 usuarias por lo tanto para este análisis la muestra está constituida por estas.

Actividad #17. Según la Normativa 042 (2010) refleja las diferentes posiciones en el periodo expulsivo:

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

Actividad #17.

Tabla N°17: El personal de Enfermería 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).					
	1er periodo	2do periodo		3er periodo	Total
Categoría	Frec.	Frecuencia	Porcentaje	Frec.	Total
S	-	18	60%	-	18
I	-	8	26.7%	-	8
N/O	40	4	13.3%	30	74
N/A	-	0	0%	-	0
Total		30	100%		100

Fuente: Guía de observación.

Al 60% de las embarazadas el personal de Enfermería realizó la actividad de forma correcta, al 26.7% lo realizó de forma incompleta, y al 13.3% no se observó que estas se orientaran.

Se observó que a la mayoría de las usuarias el personal de Enfermería está cumpliendo con lo que indica la Normativa 011 (2015) que dice que se debe orientar a la mujer para que adopte la posición adecuada que permita el pujo ya sea cuclilla, semisentada, sentada, ginecológica y otras posiciones; salvo si existiera contraindicación médica. Es corroborado por la Normativa 042 (2010) que define las diferentes posiciones que pueden adoptar las embarazadas en el periodo expulsivo entre ellas están: de cuclillas: variedad anterior y posterior, de rodillas, sentada, semisentada, cogida de la soga y la de pies y manos, la posición de cuclillas es una de las posiciones de mayor referencia por las mujeres de la zona rural, facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta los

diámetros pélvicos, favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto, en la posición de rodillas la embarazada va adoptando una postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad, en la posición semisentada puede sentarse derecha o doblarse hacia adelante en el piso o en el borde de la cama esta posición relaja y permite que la pelvis se abra, en la posición sujeta de la soga, el favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal parto suave y calmadamente, y en la posición pies y manos es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda. Dicha actividad es de gran importancia ya que lo que se pretende es que durante su estancia hospitalaria y su trabajo de parto las pacientes puedan sentirse cómodas y tener la posición que mejor prefieran. Según los resultados de la tabla el valor de la actividad es satisfactoria.

Actividad #18.

Según la Normativa 042 (2010) El personal de salud que atienden el parto vertical en cualquiera de las posiciones deberá instruir a la embarazada para que realice jadeo superficial, relajar el cuerpo y respirar por la boca; y en el momento del pujo, hacerlo con la boca cerrada, para incrementar la fuerza con los músculos del abdomen.

Tabla N°18: El personal de Enfermería orienta la correcta técnica de pujo.

Orienta la correcta técnica de pujo.	1er periodo	2do periodo		3er periodo	Total
Categoría	Frec.	Frecuencia	Porcentaje	Frec.	Total
S	-	25	83.3%	-	25
I	-	3	10%	-	3
N/O	40	1	3.3%	30	71
N/A	-	1	3.3%	-	1
Total		30	100%		100

Fuente: Guía de observación.

Al 83.3% de las embarazadas el personal de Enfermería orientó la actividad de forma correcta, y al 10% de las embarazadas lo realizó de forma insatisfactoria, al 3.3% no se observó que estas se realizarán, y a otro 3.3% lo realizo otro personal de salud.

Se observó que a la mayoría de las usuarias el personal de enfermería está cumpliendo con lo que dice la normativa 011(2015), que indica que se debe alentar una adecuada realización de los pujos en este momento, coincidiendo con el acmé de la contracción. Es sustentado por Varney H. (2006) quien refiere que se dispone de varias técnicas para mejorar el esfuerzo de la madre durante los pujos y que pueden convertir un pujo materno ineficiente en uno que sea efectivo. Ej.:

1. Control de la respiración:

- Se le debería indicar a la paciente que puje durante su exhalación o que puje después que haya exhalación una respiración forzada por periodos cortos (5 a 6 segundos). Con la glotis abierta.
- Por el contrario, el tipo de pujos con la glotis cerrada sucede cuando se le indica a la paciente que haga inspiraciones profundas y las mantenga mientras puja todo el tiempo que le sea posible.

2. Posición corporal:

Pueden establecerse muchas técnicas de pujo efectivo mejor o solo cuando la mujer está en una posición elevada (reclinada) sobre su espalda.

Las siguientes instrucciones se utilizan cuando la paciente está acostada sobre su espalda, se deben hacer con el objeto de aumentar la efectividad del pujo: el uso de una sola de ellas, no lograra el efecto deseado “cuando una mujer comienza con la respiración para pujar, levantara las piernas hacia arriba y las separara. Elevará y curvará su espalda apoyando el mentón sobre el pecho y se tomará de las rodillas o por la parte posterior de los muslos con las manos”. En la sala de labor y parto del HECAM se realiza de manera efectiva sin embargo existe un pequeño porcentaje de usuarias a las que el personal de enfermería no realizo dicha actividad o la realizo de manera incorrecta, una buena orientación a la mujer sobre la manera y el momento correcto de pujar va a permitir que no exista agotamiento materno y ayudara a un rápido periodo expulsivo. Según el resultado de la tabla el valor de la actividad es satisfactorio.

Actividad #19

Según ministerio de sanidad (2002) La episiotomía es un corte que se realiza en el periné. Actualmente, no se considera adecuado hacerlo de forma rutinaria ya que puede tener complicaciones y efectos negativos. Únicamente se realizara en las situaciones en las que sea necesario facilitar la salida del bebe.

Tabla N°19: El personal de Enfermería proporciona los materiales y equipos para episiotomía.

Proporciona los materiales y equipos para episiotomía.	1er periodo	2do periodo		3er periodo	Total
	Frec.	Frecuencia	Porcentaje	Frec.	Total
S	-	30	100%	-	30
I	-	0	0%	-	0
N/O	40	0	0%	30	70
N/A	-	0	0%	-	0
Total		30	100%		100

Fuente: Guía de observación.

Al 100% de las embarazadas el personal de enfermería realizó la actividad de forma correcta.

Se observó a todas las usuarias el personal de Enfermería está cumpliendo con esta actividad. Según Schwarcz (2008) La episiotomía consiste en la sección perineovaginal realizada en el sentido medio lateral o en la línea media. Se realiza para evitar desgarros importantes cuando la cabeza fetal 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. La reparación (episiorrafía) de la mucosa y de la piel con sutura continua y con material absorbible sintético produce menos dolor que cuando se utilizan puntos separados y no sintético. Es dichas salas en el instrumental requerida para la atención del parto se incluye el equipo para realización de episiotomía en los casos en los que sea requerido, esta es una actividad que es independiente del personal de enfermería. Según los resultados de la tabla el valor de la actividad es satisfactorio.

Actividad #20.

Tabla N°20: El personal de Enfermería cumple con las correctas técnicas de asepsia.

Cumple con las correctas técnicas de asepsia.	1er periodo	2do periodo		3er periodo	Total
Categoría	Frec.	Frecuencia	Porcentaje	Frec.	Total
S	-	20	66.6 %	-	20
I	-	7	23.3%	-	7
N/O	40	1	3.3%	30	71
N/A	-	2	6.6%	-	2
Total		30	100%		100

Fuente: guía de observación.

Al 66.6% de las embarazadas el personal de Enfermería realizó la actividad de forma correcta, al 23.3% lo realizó de forma incompleta, al 6.6% lo realizó otro personal, y al 3.3% no se observó que esta se realizarán.

Se observó que en la mayoría de las usuarias el personal de Enfermería está cumpliendo con lo que cita la Normativa 011(2015) en la que refleja que la utilización de ropa limpia y estéril, instrumental necesario, correcto uso de mascarillas y asepsia de región perineal son fundamentales para favorecer las condiciones de asepsia en el nacimiento del-a niño-a, Cuyo propósito es: remover secreciones vaginales y/o rectales y preparar ambiente limpio para el nacimiento. Lo que es consolidado en la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (2010), La atención al parto y al nacimiento expone a los profesionales al contacto con fluidos corporales maternos y del RN. Por otra parte, las prácticas invasivas, incluido el tacto vaginal, deben realizarse con las medidas de asepsia necesarias para evitar infecciones. Ya que una manera de prevenir las infecciones intra hospitalarias es a través del uso racional de antisépticos desinfectantes y el lavado de manos, lo cual contribuye a la reducción de la mortalidad en general y

especialmente de la mortalidad materna, neonatal e infantil. Sin duda las medidas asépticas y antisépticas son acciones necesarias y vitales que la enfermera/o al realizarlos protege al paciente ante cualquier microorganismo patógeno presente en el ambiente intrahospitalario y en el momento del parto para proporcionar un lugar limpio tanto para la madre como al recién nacido/a. Según los resultados de la tabla el valor de la actividad es satisfactoria.

Actividad #21

Tabla N°21: Si el personal de Enfermería atiende el parto, protege el periné para evitar desgarros y laceraciones

Si atiende el parto, protege el periné para evitar desgarros y laceraciones.	1er periodo	2do periodo		3er periodo	Total
Categoría	Frec.	Frecuencia	Porcentaje	Frec.	Total
S	-	9	30%	-	9
I	-	0	0%	-	0
N/O	40	0	0%	30	70
N/A	-	21	70%	-	21
Total		30	100%		100

Fuente: Guía de observación.

Al 30% de las embarazadas que el personal de Enfermería atendió el parto realiza esta la actividad de forma correcta.

En esta sala de Labor y Parto del HECAM la mayoría de los partos son atendidos por el personal médico. Sin embargo los partos que son atendidos por el personal de Enfermería están cumpliendo con lo que dice la Normativa 011(2015) que indica que se debe proceder a la protección del periné. Lo que es sustentado por Schwarcz (1997) que refiere que la principal función en este periodo es la protección del periné para evitar desgarros y sus mayores inconvenientes (propagación hasta el ano, el esfínter y el recto). A pesar de que con frecuencia el desprendimiento de la presentación se produce sin que se lesione el periné, existe este riesgo en

numerosas circunstancias; el mismo depende de la elasticidad de los tejidos, de la paridad, el tamaño de la presentación, de la actitud de esta durante el desprendimiento y de la velocidad con que este tiempo se efectuó. Su realización es importante para evitar desgarros y laceraciones. Según los resultados de la tabla el valor de la actividad es satisfactorio.

Actividad #22

Tabla N°22: El personal de Enfermería orienta a la mujer que deje de pujar.

Orienta a la mujer que deje de pujar. Categoría	1er periodo	2do periodo		3er periodo	Total
	Frec.	Frecuencia	Porcentaje	Frec.	Total
S	-	20	66.6%	-	20
I	-	4	13.3%	-	4
N/O	40	5	6.6%	30	75
N/A	-	1	3.3%	-	1
Total		30	100%		100

Fuente: Guía de observación.

Al 66.6% orientó a la mujer a dejar de pujar después de la expulsión del bebé de forma correcta, al 13.2% lo realizó de manera incorrecta, al 6.6% no se observó que esta se realizara, y al 3.3% lo realizó otro personal de salud.

Se considera que en la gran mayoría de las usuarias el personal de Enfermería está cumpliendo con lo que orienta la Normativa 011(2015) donde se refleja que una vez que se ha expulsado la cabeza del bebe se debe pedir a la mujer que deje de pujar explicando que a medida que la cabeza y los hombros del bebé se expulsan, simultáneamente se pedirá a la mujer que jadee o que realice pequeños pujos acompañando las contracciones. Esta acción es de gran importancia ya que después de la salida de la cabeza del bebé es necesario que la mujer deje de pujar y empezar con una respiración jadeante este tipo de respiración 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 para controlar el deseo de

pujar cuando no lo es requerido por ello el personal de enfermería en el segundo periodo del parto debe orientar a la mujer las técnicas de respiración y el momento preciso de dejar de pujar. Según los resultados de la tabla el valor de la actividad es satisfactoria.

b) Evaluación del tercer periodo del trabajo de parto

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

Intervenciones de enfermería materno-fetales 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 abandonar a la parturienta y realizar vigilancia estricta en las primeras 2 horas: signos vitales, globo de seguridad de Pinard y sangrado transvaginal.

Manejo Activo: Tercer Período del parto

El manejo activo (expulsión activa de la placenta) pretende reducir el sangrado durante el alumbramiento y en el puerperio inmediato, por ende, prevenir la hemorragia post parto. Reduce los requerimientos de transfusión sanguínea y los tiempos de estancia por las complicaciones derivadas de su no utilización.

En el manejo activo se incluye:

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

Administración inmediata de 10 UI de Oxitocina IM.

- ✓ A la salida del bebe, previamente palpe el abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés y proceda a la aplicación de 10 UI de Oxitocina IM, aun cuando sea utilizado oxitocina para inducto y/o 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 primer 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 termo de vacunas.

1. **El pinzamiento y sección del cordón umbilical durante los 3 minutos después del nacimiento.** Tener presente que se debe pinzar el cordón umbilical a una distancia mínima de 10 cm de la base fetal.

2. **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, 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. O 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. Es un acto de emergencia a fin de evitar muerte materna por hemorragia.

3. 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.

Revisión del canal del parto

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

La muestra observada fué en total de 100 usuarias en los tres períodos del parto, de las cuales en el tercer período se observaron 30 usuarias por lo tanto para este análisis la muestra está constituida por estas.

Actividad #23

Tabla N°23: La enfermera/o descarta que no hay otro bebé en el útero realizando palpación abdominal para administrar 10 UI de oxitocina IM.

Descarta que no hay otro bebé en el útero realizando palpación abdominal para administrar 10 UI de oxitocina IM.					
	1er periodo	2do periodo		3er periodo	Total
Categoría	Frec.	Frecuencia	Porcentaje	Frec.	Total
S	-	20	66.6%	-	20
I	-	10	33.3%	-	10
N/O	40	0	0%	30	70
N/A	-	0	0%	-	0
Total		30	100%		100

Fuente: guía de observación.

Al 66.6% de las embarazadas el personal de enfermería realizo la actividad de forma correcta, al 33.3% lo realizó de forma incorrecta.

Se observó que en la mayoría de las usuarias el personal de Enfermería está cumpliendo con lo que señala la Normativa 011(2015) donde se indica que se debe palpar el abdomen para descartar la presencia de otro(s) bebé(s) dentro del primer minuto después de la expulsión fetal, e inyectar 10 unidades de oxitocina intramuscular (IM). Entre los fármacos uterotónicos la oxitocina es la preferida porque surte efecto dentro de los 2-3 minutos después de la inyección, tiene muy pocos efectos secundarios y puede administrarse en todas las mujeres. Es de gran importancia ya que si se aplican las 10UI de oxitocina sin antes haber descartado la presencia de otros bebés en el útero contribuye un riesgo ya que este empezaría a

contraerse poniendo en riesgo tanto la vida de la madre como la del bebé se existiera otro. Según los resultados de la tabla el valor de la actividad es satisfactoria.

Actividad #24

Tabla N°24. El personal de Enfermería administrar medicamentos con técnica correcta si es necesario.

Administrar medicamentos con técnica correcta si es necesario.	1er periodo	2do periodo		3er periodo	Total
	Frec.	Frecuencia	Porcentaje	Frec.	Total
S	-	20	66.6%	-	20
I	-	10	33.3%	-	10
N/O	40	0	0%	30	70
N/A	-	0	0%	-	0
Total		30	100%		100

Fuente: Guía de observación.

Al 66.6% de las embarazadas el personal de Enfermería realizo la actividad de forma correcta, al 33.3% lo realizó de manera incorrecta.

Se observó que en la mayoría de las usuarias el personal de Enfermería está cumpliendo con esta actividad en la que durante la administración de medicamento se debe de usar los 10 exactos individualizados por cada paciente. Como lo indica el Manual de Enfermería (2013) en el que se refleja que la administración de medicamentos y la vigilancia de sus efectos durante el trabajo de parto son responsabilidades del personal de enfermería, los cuales deben conocer bien el estado de la mujer, del producto y de las bases de empleo seguro de cada fármaco durante la asistencia del Trabajo de Parto. Sin embargo existe un menor porcentaje en el que realizan esta actividad de forma incorrecta lo que puede traer consecuencia como una mala dosificación, posibilidades de sepsis, efectos

adversos, etc.,. Según los resultados de la tabla el valor de la actividad es satisfactoria.

Actividad #25. Según ministerio de sanidad (2002) el cordón umbilical, se corta cuando ya ha dejado de latir, salvo que exista alguna circunstancia justificada que haga necesario seleccionarlo antes. Si se va a donar sangre del cordón, se seguirá el protocolo para ello.

Tabla N°25. Si el personal de Enfermería atiende el parto pinza el cordón umbilical dentro de los 2 o 3 minutos posterior al nacimiento.

Si atiende el parto pinza el cordón umbilical dentro de los 2 o 3 min posterior al nacimiento.					
	1er periodo	2do periodo	3er periodo		Total
Categoría	Frec.	Frec	Frecuencia	Porcentaje	Total
S	-	-	9	30%	9
I	-	-	0	0%	0
N/O	40	30	0	0%	70
N/A	-	-	21	70%	21
Total			30	100%	100

Fuente: Guía de observación.

Al 70% de las mujeres embarazadas su parto fue atendido por el personal médico, 30% fue atendido por enfermería quien lo realizó de manera satisfactoria.

Se observó que a las usuarias que el personal de Enfermería les atendió el parto se considera que está cumpliendo con lo que indica la Normativa 011 (2015) que dice que se debe realizar pinzamiento y sección del cordón umbilical durante los tres minutos después del nacimiento ya que contribuye beneficios inmediatos para el bebé en casos como en los Recién Nacidos de bajo peso o prematuro ya que disminuye el riesgo de hemorragia intraventricular, sepsis neonatal, reduce la necesidad de transfusión sanguínea, ventilación mecánica así como también favorece el incremento de hematocrito, hemoglobina, presión sanguínea y

oxigenación cerebral y en los Recién Nacidos a término brinda un volumen adecuado de sangre y de reservas de hierro al nacimiento. Es refirmado por Pantaleón Ch, (2010) quien refiere que se debe realizar el Pinzamiento del cordón umbilical transcurridos al menos dos minutos tras el nacimiento o cuando deje de latir ya que de esta manera mejoran los depósitos de hierro del bebé y se previenen anemias, además de permitir una transición al medio aéreo más suave. Este pinzamiento tardío puede dificultar la recogida del volumen de sangre necesario para la donación de sangre de cordón. Sin embargo el pinzamiento temprano del cordón umbilical antes de los 30 seg se debe de realizar en casos de eritroblastosis fetal por incompatibilidad Rh (para evitar más pase de anticuerpos maternos anti Rh) o asfíxia severa, es una actividad destacable de enfermería puesto que en esta unidad son pocos los partos atendidos por este personal lo que requiere un carácter de iniciativa. Según los resultados de la tabla, el valor de la actividad es satisfactorio.

Actividad #26

Tabla N°26. Si el personal de Enfermería atiende el parto realiza tensión controlada del cordón umbilical.

Si atiende el parto realiza tensión controlada del cordón umbilical.	1er periodo	2do periodo	3er periodo		Total
Categoría	Frec.	Frec.	Frecuencia	Porcentaje	Total
S	-	-	9	30%	9
I	-	-	0	0%	0
N/O	40	30	0	0%	70
N/A	-	-	21	70%	21
Total			30	100%	100

Fuente: Guía de observación.

Al 70% de las embarazadas su parto fue atendido por personal médico, al 30% fue atendido por enfermería quien lo realizó de forma correcta.

Se observó que en los partos que son atendidos por el personal de Enfermería cumple con lo que indica la Normativa 011(2015) que dice que se debe realizar tensión controlada y suave del cordón umbilical durante la contracción uterina. Es apoyado por OMS (2010) en el cual se refleja que la tracción controlada del cordón umbilical reduce el riesgo de extracción manual de la placenta, y la evidencia indica que la tracción puede ofrecerse, en forma rutinaria, durante el alumbramiento, siempre que el asistente para el parto esté debidamente calificado. La tracción controlada del cordón consiste en traccionar el cordón mientras se mantiene una contrapresión ascendente sobre el segmento inferior del útero colocando la mano sobre el abdomen bajo de la madre. Por otra parte, la conducta expectante implica una estrategia de "no intervención"; es decir, esperar signos de separación placentaria y su expulsión espontánea y el pinzamiento tardío del cordón umbilical (pinzar el cordón umbilical cuando han cesado sus pulsaciones) y su corte. Es importante que dicha actividad se realice durante la contracción y después de haber observado los signos de desprendimiento. Ya que si se efectúa sin contracción puede provocarse una eversión uterina. Según los resultados de la tabla el valor de la actividad es satisfactorio.

Actividad #27

Tabla N°27. Si el personal de Enfermería atiende el parto revisa la placenta (membranas y cotiledones).

Si atiende el parto revisa la placenta (membranas y cotiledones).					
	1er periodo	2do periodo	3er periodo		Total
Categoría	Frec.	Frec.	Frecuencia	Porcentaje	Total
S	-	-	9	30%	9
I	-	-	0	0%	0
N/O	40	30	0	0%	70
N/A	-	-	21	70%	21
Total			30	100%	100

Fuente: Guía de observación.

Al 70% de las embarazadas su parto fue atendido por personal médico, al 30% fue atendido por enfermería quien lo realizó de manera correcta.

Se observó que el personal de Enfermería están cumpliendo con lo que indica la Normativa 011 (2015) que dice que se debe examinar cuidadosamente la placenta para estar seguro de que está íntegra, primero se debe revisar la cara fetal y luego, invirtiéndola, se examina la cara materna colocándola sobre una superficie plana, para asegurarse que no le falte un cotiledón. También se debe observar las membranas desde el sitio de rotura, tratando de reconstruir la bolsa amniótica, y así verificar si falta una porción de la superficie materna o hay desgarro de membranas vascularizadas, si esto ocurre se debe sospechar de retención de fragmentos placentarios. Como lo sustenta Schwarcz (2008) quien refiere que la placenta, las membranas y el cordón umbilical se inspeccionan para diagnosticar la normalidad de la placenta, de la inserción del cordón umbilical y del propio cordón; para la detección sistemática de anormalidades y para determinar si la placenta y las membranas fueron expulsadas por completo. Es importante la revisión minuciosa de la placenta y membranas puesto que su condición nos indica la expulsión total de

estas, lo que contribuye a una evolución fisiológica. Según los resultados de la tabla el valor de la actividad es satisfactoria.

Actividad #28

Tabla N°28. Si el personal de Enfermería 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.					
	1er periodo	2do periodo	3er periodo		Total
Categoría	Frec.	Frec.	Frecuencia	Porcentaje	Total
S	-	-	9	30%	9
I	-	-	0	0%	0
N/O	40	30	0	0%	70
N/A	-	-	21	70%	21
Total			30	100%	100

Fuente: guía de observación.

Al 70% de las embarazadas en trabajo de parto lo atendió el personal médico, al 30% fue atendido por enfermería quien lo realizó de manera correcta.

Se observó que en los partos que son atendidos por el personal de Enfermería se está cumpliendo con lo que indica la Normativa 011 (2015) que dice que se debe practicar periódicamente el masaje uterino con el fin de estimular la contracción uterina y la formación del globo de seguridad de Pinard. Como lo corrobora la OMS (2010) que establece que 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. Es conveniente orientar a la parturienta que continúe practicándose el masaje uterino cada 15 minutos durante las primeras 2 horas esto para evitar una

hemorragia post parto. Según los resultados de la tabla el valor de la actividad es satisfactoria.

Actividad #29

Tabla N°29.El personal de Enfermería verifica la formación de globo de seguridad de Pinard.

Verifica la formación de globo de seguridad de Pinard.	1er periodo	2do periodo	3er periodo		Total
Categoría	Frec.	Frec.	Frecuencia	Porcentaje	Total
S	-	-	11	36.6%	11
I	-	-	5	16.6%	5
N/O	40	30	9	30%	79
N/A	-	-	5	16.6%	5
Total			30	100%	100

Fuente: Guía de observación.

Al 36.6% de las embarazadas el personal de enfermería realiza la actividad de forma correcta, a un 30% no se observa que lo realicen, a un 16.6% se le realiza de manera incompleta y a otro 16.6% lo realiza otro personal de salud

Se observó que una parte del personal de Enfermería realiza esta actividad de forma correcta, como lo refleja la Normativa 011 (2015) que enuncia que se debe vigilar la constitución de globo de seguridad de Pinard. Como lo ratifica Schwarcz (2008) el cual expresa 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. Sin embargo existe un porcentaje del personal de Enfermería del cual no realiza esta actividad o lo realiza de forma incorrecta lo que

constituye un riesgo para la parturienta quien puede presentar una hemorragia post parto, por lo tanto se debe de vigilar cada 15 minutos durante dos horas posterior al nacimiento para identificar el ablandamiento del útero y contribuir a reconocer las posibles complicaciones. Según los resultados de la tabla el valor de la actividad es insatisfactoria.

Actividad #30.

Tabla N°30. El personal de 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.		1er periodo	2do periodo	3er periodo		Total
Categoría	Frec.	Frec.	Frecuencia	porcentaje	Total	
S	-	-	25	83.3%	25	
I	-	-	3	10%	3	
N/O	40	30	2	6.6%	72	
N/A	-	-	0	0%	0	
Total			30	100%	100	

Fuente: guía de observación.

Al 83.3% de las embarazadas el personal de enfermería realizó la actividad de forma correcta, al 10% se le realizó de manera incompleta, y al 6.6% no se observó que se le hiciera.

Se observó que a la mayoría de las usuarias el personal de Enfermería está cumpliendo con lo que indica la Normativa 011(2015) que incluye dentro de los cuidados maternos fetales vigilar la cara y signos vitales después del nacimiento y el alumbramiento. Es apoyado por Schwarcz (2008) que refiere que cuando los hechos se desarrollan con toda normalidad se debe vigilar las facies y los signos vitales, tratando de reconocer precozmente la palidez, y alteraciones vitales como la taquicardia, que son índices de posible hemorragia. Es primordial la valoración y

toma correcta de constantes vitales para detectar signos de alarma en la parturienta. Según los resultados de la tabla, el valor de la actividad es satisfactorio.

Actividad #31

Tabla N°31. El personal de Enfermería vigila el sangrado transvaginal antes y después de la salida de la placenta.

Vigila el sangrado transvaginal antes y después de salida de la placenta.					
	1er periodo	2do periodo	3er periodo		Total
Categoría	Frec.	Frec.	Frecuencia	Porcentaje	Total
S	-	-	14	46.6%	14
I	-	-	7	23.3%	7
N/O	40	30	9	30%	79
N/A	-	-	0	0%	0
Total			30	100%	100

Fuente: Guía de observación.

Al 46.6% de las mujeres embarazadas en trabajo de parto el personal de Enfermería realizó la actividad de forma correcta, al 30% no se observó que lo realizaran, y al 23.3% lo realizó de forma incompleta.

Se observó que el personal de enfermería está realizando la actividad a la mayoría de las pacientes, sin embargo es mayor el porcentaje de las pacientes a las que el personal lo realiza de manera incorrecta o no lo realiza, por lo que no se está cumpliendo a cabalidad lo que señala la Normativa 011(2015) que muestra dentro de las actividades de valoración antes y después del alumbramiento vigilar el sangrado, y verificar la formación del globo de seguridad de Pinard que es el signo de hemostasia perfecta. Es sustentado por Schwarcz (2008) que explica que durante el curso del alumbramiento se produce una pérdida de sangre que es un promedio de 300 ml. Es algo más cuantiosas en la multíparas que en las primíparas. Cuando está perdida sobrepasa a los 500ml se considera hemorragia del post parto. La

pérdida de sangre se detiene en cuantos se expulsa la placenta y el útero se retrae. Los vasos arteriovenosos que quedan abiertos en la pared son fuertemente comprimidos y obliterados por la red muscular del cuerpo uterino en contracción permanente, que es la retracción. El no realizar vigilancia del sangrado en la parturienta, la pérdida sanguínea estimada fuese mayor a lo normal y no existiera una verificación del globo de seguridad de Pinard se considera una alerta lo que puede aumentar el riesgo materno de shock hipovolémico. Siendo el sangrado posparto la principal causa de muertes maternas. Según los resultados de las tablas, los valores de las actividades son insatisfactorios.

Actividad #32

Tabla N°32. El personal de 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.	1er periodo	2do periodo	3er periodo		Total
Categoría	Frec.	Frec.	Frecuencia	Porcentaje	Total
S	-	-	9	30%	9
I	-	-	11	36.6%	11
N/O	40	30	7	23.3%	77
N/A	-	-	3	10%	3
Total			30	100%	100

Fuente: Guía de observación.

Al 36.6% de las usuarias el personal de enfermería realizó la actividad de forma incompleta, al 30% se le realiza de forma correcta, al 23.3% no se observa que se le realice, y al 10% lo realiza otro personal de salud.

Se observó que a la mayoría de las usuarias el personal de Enfermería no está cumpliendo de forma correcta con lo que dice la Normativa 011(2015) que incluye en

el control y seguimiento inmediato dentro de las dos horas post parto evaluar el estado general de la parturienta: color de la piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas, el control de la parturienta es fundamental realizarlo para lograr detectar signos de alarma y posibles complicaciones que puedan aparecer en el post parto. Es importante evaluar a la parturienta para evaluar la evaluación de esta. Según los resultados de la tabla el valor de la actividad es insatisfactorio.

Actividad #33

Tabla N°33. El personal de Enfermería orienta a la mujer sobre abrigo, hidratación, vigilancia del sangrado, apego precoz, deambulación temprana, higiene personal, y genital, curación de episiotomía si existiera.

Orienta a la mujer sobre abrigo, hidratación, vigilancia del sangrado, apego precoz, deambulación temprana, higiene personal, y genital, curación de episiotomía si existiera.	1er periodo	2do periodo	3er periodo	Total	
Categoría	Frec.	Frec.	Frecuencia	Porcentaje	Total
S	-	-	10	33.3%	10
I	-	-	8	26.6%	8
N/O	40	30	9	30%	79
N/A	-	-	3	10%	3
Total			30	100%	100

Fuente: Guía de observación.

Al 33.3% de las usuarias el personal de Enfermería realizó la actividad de forma correcta de forma completa, al 30% no se observó que se orientara, al 26.6% se realizó de manera incompleta, y al 10% lo realizó otro personal de salud.

Se observó que a la mayoría de las usuarias el personal está realizando la actividad de manera correcta, al hacer una sumatoria con las que se les realizó de manera incorrecta con quienes no se les realizó, el porcentaje es mal alto por lo que se

considera que a más de la mitad de las usuarias el personal de enfermería no está cumpliendo con lo que refleja la Normativa 011(2015) que dice que se debe orientar a la parturienta sobre:

- 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: Balanceada en calorías, proteínas, fibras y líquidos abundantes para favorecer la evacuación intestinal y suplir las necesidades nutricionales tanto de las puérperas que lactan como la de las que no lo hacen.
- Higiene personal: Recomendar baño en ducha (regadera) y no en inmersión, 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 episiorrafía debe mantenerse limpia y seca.
- Lactancia Materna. Incentivar inicio de la lactancia materna a través del apego precoz (contacto piel con piel de la madre y su hija/o), al igual se debe educar sobre la importancia de brindar lactancia materna exclusiva y el cuidados de las mamas, éste último se basa en la limpieza de areola y del pezón antes y después de alimentar al niño/a, evita las infecciones cuya puerta de entrada son las grietas que se forman por las lesiones que puede presentarse durante la succión. Es importante la consejería y educación que se le brinde a la usuaria ya que garantiza la ejecución de acciones preventivas para una buena evolución. Según los resultados de la tabla el valor de la actividad es insatisfactorio.

Actividad #34

Tabla N°34. El personal de Enfermería orienta a la mujer sobre signos de peligro durante el puerperio y recién nacido.

Orienta a la mujer sobre signos de peligro durante el puerperio y recién nacido.	1er periodo	2do periodo	3er periodo		Total
Categoría	Frec.	Frec.	Frecuencia	porcentaje	Total
S	-	-	13	43.3%	13
I	-	-	3	10%	3
N/O	40	30	14	46.6%	84
N/A	-	-	0	0%	0
Total			30	100%	100

Fuente: guía de observación.

Al 46.6% de las usuarias el personal de Enfermería no se observó que se realizara, al 43.3% lo realiza de manera correcta, y al 10% lo realiza de forma incompleta.

Se observó que en gran parte de las usuarias el personal de Enfermería está cumpliendo con lo que cita la Normativa 011 (2015) que señala que se debe orientar a la mujer parturienta sobre las señales de peligro tanto en ella como en el RN tales como: aceleración permanente del pulso materno, loquios fétidos, achocolatados o purulentos. Útero no involucionado blando-poco delimitado y doloroso a la palpación, dolor bajo vientre, náuseas o vómitos; al igual las señales de peligro del recién nacido tales como letargo, pobre succión, coloración amarillenta de piel, sangrado del cordón umbilical, hipertermia o hipotermia, ausencia de llanto o llanto de débil, falta de respuesta a estímulos, rigidez, cambios llamativos de peso, edemas, ictericia, cianosis, palidez etc., es sustentado por la Lic.Nohelia, (2009) la cual refiere que al dar el alta, las acciones de enfermería es orientar a la puérpera sobre los posibles signos y síntomas que, en caso de presentarlos, la obliguen a asistir al médico de la familia para valorar su remisión al hospital para su ingreso, estos son: fiebre, fetidez de los loquios, palpitaciones, anorexia, malestar general, decaimiento, mareos,

aumento de volumen de las mamas y otros. Sin embargo existe un mayor porcentaje de usuarias a las que el personal de Enfermería no está orientando las señales de peligro anteriormente mencionadas o las está orientando de forma incompleta siendo esto de gran relevancia ya que las usuarias al no recibir una información clara y completa se le hará mucho más difícil identificar los signos de peligro que ponen en riesgo tanto la vida de ella como la de su bebé. Según los resultados de la tabla, el valor de la actividad es insatisfactorio.

Actividad #35

Según OMS (2014) La planificación familiar (PF) es un componente esencial de los servicios de atención de la salud dispensados en el período prenatal, inmediatamente después del parto y durante el año siguiente a un parto. La planificación familiar posparto (PFPP) se define como la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto.

El programa de PFPP no debe considerarse "vertical", sino una parte integral de la salud materno-infantil y de los esfuerzos actuales de PF. Para que las intervenciones de planificación familiar después del parto sean satisfactorias es necesario implementar estrategias de programas holísticos y basados en la evidencia que refuercen los sistemas de salud y las mejoras sostenidas en servicios de alta calidad que coloquen a las personas en el centro de la atención de la salud.

Tabla N°35. El personal de Enfermería oferta métodos de planificación familiar.

Oferta planificación familiar.	métodos de	1er periodo	2do periodo	3er periodo		Total
Categoría		Frec.	Frec.	Frecuencia	Porcentaje	Total
S		-	-	15	50%	15
I		-	-	3	10%	3
N/O		40	30	12	40%	82
N/A		-	-	0	0%	0
Total				30	100%	100

Fuente: Guía de observación.

Al 50% de las usuarias el personal de Enfermería realizó la actividad de forma completa, al 40% no se observa que se le oferten, y al 10% se le realiza de forma incompleta.

Se observó que en gran parte de las usuarias el personal de Enfermería está cumpliendo con lo que indica la Normativa 011(2015) en la que se refleja que las opciones de métodos de planificación familiar de manera informada después de la Anticoncepción Postevento Obstétrico (posparto, transcesárea y posaborto) es ampliar el intervalo intergenésico por lo menos dos años, evitar el embarazo en adolescente que ha tenido un evento obstétrico, evitar el embarazo no deseado o no planificado, mejorar la calidad de vida, elevar su autoestima y autocuidado y disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Se debe impulsar la realización de acciones e información, educación y comunicación en temas de planificación familiar tanto en domicilio, como en el primer y segundo nivel de atención. Sin embargo existe un alto porcentaje del personal de Enfermería que no está ofertando los métodos de planificación que es una medida preventiva que disminuye los riesgos obstétricos, contribuyendo a un periodo intergenésico que sea aceptable y que no represente complicaciones en casos de un nuevo embarazo. Según los resultados de la tabla el valor de la actividad es insatisfactorio.

5. Evaluación de intervenciones y aplicación del cuidado de Enfermería en los periodos del parto.

Evaluación

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

La evaluación permite valorar y medir desde la perspectiva cualitativa y cuantitativa los procesos de intervención social. Es posible de manera gradual y sistemática identificar los alcances, logros, obstáculos y limitaciones que se presentan, así también; proponer acciones correctivas para modificar, reestructurar y/o reorientar los rumbos del propio proceso. Mediante la evaluación se pretenden determinar los cambios que se deben buscar y por qué, cómo y en qué medida se producen los cambios deseados, el grado en que se alcanzan los objetivos que se han propuesto, la necesidad de modificar las acciones propuestas, la eficacia del programa y/o proyecto en qué forma se deberá de modificar si es que lo requiere.

Tabla #36: Evaluación de las 35 actividades realizadas durante la atención, en los tres periodos del parto.

Categoría	N° de actividades	Porcentaje
Satisfactorio	21	60%
Insatisfactorio	2	5.8%
No Observado	7	20%
No aplica	5	14.2%
Total	35	100%

Fuente: Guía de observación

El 60% de las actividades corresponde a la categoría Satisfactorio, el 20% a la categoría No observado, el 14.2% a la categoría No Aplica y el 5.8% a la categoría Insatisfactorio.

Se demuestra que las 38 actividades establecidas por la Normativa 011 (2015), dentro de la realización del estudio están ubicadas en 4 distintas categorías seleccionadas con anterioridad para su fácil comprensión, tal y como lo representa la tabla #36, una vez analizada la información se procede a tabular los datos obtenidos realizando lo siguiente:

- ✓ Sumatoria de datos de las categorías Insatisfactorio, no observado y no aplica para obtención de un porcentaje final. Porque la similitud de sus caracteres permite esta inclusión, ya que evalúan al personal en estudio y califican su participación desde una perspectiva negativa.
- ✓ Resultado final de este seminario de graduación está representado en dos categorías en la #37, expuesta a continuación:

Tabla #37: Evaluación de las 35 actividades realizadas por el personal de enfermería, en los tres periodos del parto.

Categoría	N° de actividades	Porcentaje
Satisfactorio	21	60%
Insatisfactorio	14	40%
Total	35	100%

Fuente: Guía de observación

El 60% de las actividades resultan ser satisfactorias y el 40% insatisfactorias.

Se evidencia que existe una pequeña brecha entre el personal de enfermería de la sala de Labor Y Parto del Hospital Escuela Cesar Amador Molina que realiza de forma satisfactoria y cumple a cabalidad con lo establecido en las normas y protocolos, y quienes lo realizan de forma insatisfactorio dejando entre ver que en la sala en estudio del HECAM, existe una pequeña parte del personal de enfermería que todavía no ejecuta por completo lo establecido en la Normativa 011 (2015), en donde se organizan cada una de las actividades o intervenciones que se deben realizar en la atención de cada periodo del parto.

El no cumplimiento de la normativa contribuye y es un factor preponderante para desencadenar complicaciones obstétricas que en su mayoría no pueden ser

pronosticadas ni prevenidas, es por ello que el personal de enfermería debe involucrarse como el protagonista autónomo de conocimientos, habilidades y destrezas que se implementan en los cuidados brindados a las usuarias durante todo el trabajo de parto e incluso desde los inicios de su embarazo, para que una vez que la usuaria sea clasificada como embarazo de bajo riesgo, termine con un parto de bajo riesgo e incluso hasta su puerperio.

Conforme al estudio que se realizó se obtuvo un resultado del 60% satisfactorio, lo cual al relacionarlo con el indicador que persigue la normativa, con respecto a la satisfacción de la usuaria con un umbral del 80% al 90% el resultado de la investigación realizada es insatisfactorio.

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

Relacionados con el servicio y proveedor/a

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

- Tratar con respeto y amabilidad a la parturienta y acompañante.
- No divulgar lo comunicado por la parturienta.
- Respetar las costumbres y creencias que benefician a la parturienta y su niño/a.
- Permitir que esté presente la persona que la parturienta elija para que la acompañe en la atención del parto, siempre y cuando no interfiera en los procedimientos a realizar.

Relacionados con la parturienta

- Motivar a la parturienta a ingerir líquidos azucarados y/o sopas durante los dolores de parto.
- Respetar el derecho de la parturienta a caminar (siempre y cuando las membranas ovulares estén íntegras) y buscar la posición más cómoda para su parto (si no existe ninguna contraindicación médica).
- Secar, abrigar y entregar el/la recién nacido/a a la madre en cuanto nazca.
- Asegurar valoración continua de la madre y su hijo/a en las primeras horas posteriores al parto para evitar y tratar las complicaciones.
- Proporcionar información a la parturienta y su familia sobre su salud y la de su hijo/a.

Evalué el estado del feto

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

Si hay rotura de membranas

- Observe y registre el color del líquido amniótico que se escurre: la presencia de meconio espeso indica la necesidad de monitoreo continuo y posible intervención para el manejo del sufrimiento fetal.
- La ausencia de salida de líquido después de la rotura de membranas, es una indicación de reducción del volumen de líquido amniótico que podría estar asociada a sufrimiento fetal.
- Brinde apoyo continuo durante el trabajo de parto y parto.
- **Ponga en práctica medidas de asepsia para garantizar un parto seguro**
- Lave las áreas vulvar y perineal antes de cada examen.
- Lávese las manos con agua y jabón antes y después de cada examen.
- Asegúrese de la limpieza de las áreas de la unidad de salud destinadas al trabajo de parto y el parto.
- Limpie de inmediato todos los derrames que ocurran.

Asegure la movilidad

- Aliente a la embarazada para que se mueva libremente si no hay contraindicación para esta actividad.
- Manifieste su apoyo por la posición que la parturienta elige para el trabajo de parto y el parto por ejemplo, deambulando, sentada, en cuclillas etc.
- Asegúrese que exista comunicación y apoyo satisfactorio por parte del personal.
- Explique a la embarazada todos los procedimientos, solicite la autorización correspondiente y converse con ella sobre los hallazgos.
- Cree una atmósfera de apoyo y aliento para el parto, con respecto hacia los deseos de la parturienta.
- Asegure la privacidad y la confidencialidad.
- Mantenga el aseo de la parturienta y del ambiente que la rodea.

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

Si la mujer está muy afectada por el dolor

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

V. CONCLUSIONES

1. Se enumeraron las intervenciones de enfermería durante la atención de los tres periodos del parto, establecidas en la Normativa 011, Normas y Protocolos para atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo.
2. Al comparar las intervenciones de enfermería con el cuidado aplicado se encontró que durante los tres periodos del parto el personal de enfermería en la mayoría de las usuarias cumple con las actividades de manera correcta.
3. Al evaluar las intervenciones aplicadas por enfermería se encontró que a la mayoría de las usuarias se le realizan las intervenciones de manera correcta y completa, pero no se logra alcanzar el umbral que persigue la Normativa 011(2015) con respecto a la satisfacción de la usuaria con un umbral del 80% al 90% por lo que el resultado de la investigación realizada se valora como insatisfactorio.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Benner, P. (2002). *La supermacia del autocuidado. VIII Coloquio panamericano de investigacion de enfermeria.* . Mexico .
- Boykin, A. &. (1993). *Nursing as Carin: A Model for transforming practice.* New York.
- Butcher, G. (2009). *Clasificacion de intervenciones de Enfermería NIC.* España: Qta edicion .
- Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Haunt, J., Gilstrap, L., & Wenstrom, K. (2006). *Obstetricia de Williams.* Mexico: Interamericana Editores S.A.
- Dr. Colón Lucach Alfredo, D. F. (2014). *Vigilancia y Manejo del TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO.* Mexico.
- Duran DM. (1998).
- Herson Luis León González, A. R. (2002). *Guía de manejo de trabajo de parto, parto y sus complicaciones.* Bogota: Colombia.
- Lyer . (1989).
- Manual de la ENFERMERÍA.* (2013). España: Oceano/Centrum.
- Macías &Gómez. (2007). *Enfermería Materna y de Recien nacido. Enf. Obstetrica - Ginecológica. Segunda edicion .* Madrid - España .
- Mariña, N. F. (2010). *FASE ACTIVA DEL PARTO: CONDUCTA Y MANEJO.* Granada-España.
- ministerio de sanidad, p. s. (2002). *plan parto y nacimiento.* españa.
- MINSA. (2009). *Normativa 011, "normas y protocolos para la atencion prenatal, parto, recien nacido y puerperio de bajo riesgo".* Managua.
- MINSA. (2010). *Norma de Humanización del Parto Institucional-Normativa 042.* Managua-Nicaragua.
- MINSA. (2013). *Normativa 109, Normas y Protocolos para la Atencion de las complicaciones obstetricas.* Managua-Nicaragua.

- MINSA. (2015). *Normas y Protocolos para la atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido/a de Bajo Riesgo*. Managua.
- NANDA. (2012-2014). *Diagnostico Enfermeros. Definicion y Clasificacion*. ELSEKTER.
- Nohelia, S. I. (2009). *ENFERMERIA GINECOOBSTETRA* . Habana.
- OMS. (2014). *Estrategias para la Programación de la Planificación Familiar Posparto*. Ginebra.
- Salud, M. d. (2003). *Protocolo de acogida al usuario/a para I y II nivel de Atención*. Managua.
- Schwarcz R, F. R. (2008). *Obstetricia*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Schwarcz Ricardo, D. C. (1997). *Obstetricia*. Buenos aires Argentina: El Ateneo.
- SOCIAL, M. D. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. Vasco.
- Tobón, S. T. (2013). *Formacion integral y competencias - Pensamiento complejo, curriculo, didactica y evaluación* . Bogota, Colombia : Ecoe ediciones Ltda. .
- Varney Helen, K. J. (2006). *partería profesional de Varney*. washington D.C: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A.
- 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 .

Anexos

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA; MANAGUA FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA, MATAGALPA



Guía de observación

Guía de observación dirigida al personal de enfermería que labora en áreas de salud y que atiende partos.

La persona que evalúa marque la casilla correspondiente, según las definiciones a continuación:

“S”: Satisfactorio = Realiza la actividad.

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

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

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

Periodos del partos	Actividad	S	I	N/O	N/A
Primer periodo	Se presenta ante la paciente brindando su nombre completo.				
	Respeto la intimidad y privacidad de la paciente				
	Realiza valoración de necesidades de la paciente				
	Toma de Signos Vitales y FCF.				
	Oferta parto acompañado (humanizado)				
	Vigila el estado de hidratación materno y ingesta de líquidos azucarados				
	Detecta signos de peligro al tomar signos vitales y los reporta.				
	Canaliza con bránula Nº 16 o de mayor calibre si se indica				
	Orienta colocarse en DLI o a deambular.				
	Motiva la micción espontánea.				

	Orienta ejercicios de respiración durante las contracciones.				
	Identifica progreso insatisfactorio del T de P.				
	Identifica distocias de la contractilidad uterina (hipodinamia/hiperdinamia), Identifica distocias óseas y de partes blandas y lo reporta.				
	Realiza amniotomía hasta los diez cm de dilatación.				
	Prepara equipos de reanimación neonatal por si los necesitara.				
	Ayuda a la mujer a trasladarse a sala de expulsivo.				
Segundo periodo	Alienta a la mujer a que adopte la posición adecuada que permita el pujo (cuclillas, sentada, semi sentada, ginecológica)				
	Orienta la correcta técnica de pujo.				
	Proporciona los materiales y equipos para episiotomía.				
	Cumple con las correctas técnicas de asepsia.				
	Si atiende el parto, Protege periné para evitar desgarros y laceraciones.				
	Orienta a la mujer que deje de pujar.				
Tercer periodo	Descarta que no hay otro bebé en el útero realizando palpación abdominal para Administrar 10 UI de oxitocina IM.				
	Administra medicamentos con técnica correcta si es necesario				
	Si atiende el parto pinza el cordón umbilical dentro de los 2 o 3 minutos posterior al nacimiento.				
	Si atiende el parto realiza tensión controlada del cordón umbilical.				
	Si atiende el parto revisa la placenta (membranas y cotiledones)				
	Si atiende el parto realiza masaje uterino posterior a la salida de la placenta.				
	Verifica la formación del globo de seguridad de Pinard.				
	Toma signos vitales después de la salida de la placenta y los documenta				
	Vigila el sangrado transvaginal antes y después de la salida de la placenta.				
	Evalúa el aspecto general de la parturienta color de la piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas.				
	Orienta a la mujer sobre Abrigo, hidratación, vigilancia del sangrado, apego precoz, deambulacion temprana, higiene personal y genital, curación de episiotomía si existiera.				
	Orienta a la mujer sobre signos de peligro durante el puerperio y del recién nacido.				
	Oferta métodos de planificación familiar.				

ANEXO 2

Operacionalización de variables

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

ANEXO 4

Formula estadística

$$n = \frac{Nz^2p(1-p)}{(N-1)(LE)^2 + Z^2P(1-p)}$$

Por lo que:

- Para 95% (confianza).
- $Z = 1.96$.
- Si no se conoce p .
- $P = 0.5$.
- $1-p = 0.5$
- $LE = 0.05$ (5% de error).

$$n = \frac{134(1.96)^2 0.5(0.5)}{(134-1)(0.05)^2 + 1.96^2 0.5(0.5)}$$

$$n = \frac{134 (3.84)(0.25)}{133 (0.0025) + 3.84 (0.25)}$$

$$n = 100$$