

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA; NICARAGUA
FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA, MATAGALPA.**



SEMINARIO DE GRADUACION.

Para optar al título de Licenciatura en Enfermería con Orientación Materno Infantil.

Tema:

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y APLICACIÓN DE CUIDADOS DURANTE LA ATENCION DEL PARTO DE BAJO DE RIESGO, SEGÚN NORMAS Y PROTOCOLOS EN AREAS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MATAGALPA EN EL II SEMESTRE 2016.

Sub tema:

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y APLICACIÓN DE CUIDADOS DURANTE LA ATENCION DEL PARTO DE BAJO DE RIESGO, SEGÚN NORMAS Y PROTOCOLOS EN EL HOSPITAL PRIMARIO SAN JOSE, MATIGUAS II SEMESTRE 2016.

AUTORAS:

- ❖ **Br. Xochilt Aurora Talavera Arauz.**
- ❖ **Br. Ingris Maryelis González Martínez.**

TUTORA: MSc. Karla Molinares.

Matagalpa, Febrero 2017.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA; NICARAGUA
FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA, MATAGALPA.**



SEMINARIO DE GRADUACION.

**Para optar al título de Licenciatura en Enfermería con Orientación Materno
Infantil.**

**INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y APLICACIÓN DE CUIDADOS DURANTE LA
ATENCION DEL PARTO DE BAJO DE RIESGO, SEGÚN NORMAS Y PROTOCOLOS
EN AREAS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MATAGALPA EN EL II
SEMESTRE 2016.**

Sub tema:

**INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y APLICACIÓN DE CUIDADOS DURANTE LA
ATENCION DEL PARTO DE BAJO DE RIESGO, SEGÚN NORMAS Y PROTOCOLOS
EN EL HOSPITAL PRIMARIO SAN JOSE, MATIGUAS II SEMESTRE 2016.**

AUTORAS:

- ❖ Br. Xochilt Aurora Talavera Arauz.
- ❖ Br. Ingris Maryelis González Martínez.

TUTORA: MSc. Karla Molinares.

Matagalpa, Febrero 2016

Dedicatoria.

Dedico este trabajo principalmente a:

Dios padre, el creador de todas las cosas, por darme salud, vida, fortaleza para continuar, sabiduría e inteligencia para llegar a este momento y por ser esa base que me sostiene y que cada día me da una oportunidad por la cual luchar por lo que quiero.

A mis padres:

Freddy Talavera Lara por tu amor y el apoyo que en sus momentos ha sabido darme y me brindo amor y consejos sanos para mi formación.

Sayda María Arauz Guadamuz a ti madre primero que nada por tu amor incomparable e irremplazable y desinteresado porque has sabido cómo sacarme adelante en medio de dificultades siempre me diste lo que necesite, por haber hecho de mi un ser de bien con bueno sentimientos y valores por haberme enseñado el valor de la vida y porque siempre has estado ahí para mí desde mis primeros pasos. Hoy madre se cumple tu sueño gracias eres la mejor.

A mi esposo Maryan R. García porque supo apoyarme durante el proceso de formación, por brindarme tu apoyo y tus consejos para que yo no me quedara en el camino.

A mi hijo Haniel Said porque es mi mayor motivo por el cual cada día me esfuerzo para culminar mi carrera y la razón por la cual quiero ser una excelente profesional

A mis hermanos y resto de mi familia por brindarme su amor, comprensión y apoyo incondicional en todo momento, siempre ocuparan un lugar en mi corazón.

Br: Xochilt Aurora Talavera Arauz.

Agradecimiento.

Agradezco primeramente a **Dios** ser maravilloso que me dio la fuerzas y fe para creer en lo que me parecía imposible terminar.

A mi **familia** por estar siempre ahí brindando su apoyo dándome palabras alentadoras para concluir con lo que un día empecé con entusiasmo al igual que por ayudarme con mi hijo mientras terminaba mis estudios y realizaba la investigación y sobre todo por estar a mi lado en todo momento.

A **Ingrid M González M.** mi compañera de seminario, a ti amiga que desde que te conocí has sido mi amiga, mi confidente y más que una hermana, gracias.

A la Lic.: **Karla Molinares** nuestra tutora de seminario, por compartir con nosotros este proceso y brindarnos su apoyo y colaboración durante la realización de esta investigación.

A todos los **Docentes** que compartieron con nosotros y aportaron un granito de arena para nuestra formación gracias por esos regaños que venían con buenas intenciones.

Y a mis **compañeros y amigos** de universidad por todos los momentos compartidos, su amistad y por aportar un gran porcentaje para seguir con mi carrera profesional.

Br: Xochilt Aurora Talavera Arauz

Dedicatoria.

A Dios: por ser el principal protagonista de toda mi existencia, porque nunca me ha desamparado, me ha dado la sabiduría, entendimiento y es la luz que irradia mi vida, ayudándome a ver la claridad en medio de las tristezas, problemas, obstáculos, barreras que se me han atravesado en el transcurso de mis estudios.

A la virgen bajo la advocación de la virgen de Guadalupe: por su intercesión en las oraciones elevadas a su hijo amado, porque en muchos momentos sentí tu manto cubriéndome cuando más lo necesitaba.

A mis padres y hermanos: por apoyarme en todo momento por confiar e invertir en mí, ya que a pesar de las dificultades económicas siempre han sido el pilar fuerte en los que tengo plena seguridad de refugiarme, por sus consejos, sus abrazos y sobre todo su amor.

A Maestros: que con gran dedicación han contribuido a darme el pan de la enseñanza, por dedicar su tiempo con paciencia y con amor por soportarme en los momentos que arme desordenes y perjudicaba las clases, por sus consejos que salían de su interior como voz de la experiencias.

A mi novio y amigos: que han sido participe de este proceso, por sus consejos, por cuantas veces acudí a ellos en busca de ayuda y no me lo negaron por su confianza puesta en mí y sus sonrisas que me daban fuerzas para seguir.

Br. Ingris Maryelis González Martínez.

Agradecimiento.

Agradezco primeramente a Dios y a la virgen por permitirme concluir mis estudios por la fuerza q día a día me dan porque gracias a ellos nunca perdí la fe de llegar a culminar mis estudios.

A mis padres hermanos y toda mi familia por su apoyo incondicional especialmente a mi madre q es el más bello y hermoso tesoro que tengo, que estuvo paso a paso en todos mis estudios a ella le debo lo que tengo y lo que soy porque en medio de dificultades siempre sus palabras “vamos a llegar a la meta” me hicieron luchar siendo mi principal motor, mi musa inspiradora.

A la tutora y maestra guía de este seminario Lic. Karla Molinares ya que ella estuvo brindando su ayuda con paciencia, cariño dando críticas constructivas que ayudaron llegar la meta.

A mis compañeros por cuantas veces me dieron palabras de aliento y estuvieron en muchos momentos colaborando con esta causa especialmente a mi compañera de seminario por su apoyo, por la ayuda mutua, por darme su amistad, su comprensión y trasmitirme seguridad.

A mi futuro esposo si Dios lo permite por su apoyo, sus palabras de aliento su comprensión, su amor, su amistad y porque estuvo cuando más lo necesite sin negarme su ayuda.

Br. Ingris Maryelis González Martínez.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua

FAREM Matagalpa

Departamento de Ciencia Tecnología y Salud



Valoración docente

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

Y con subtema: Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo de riesgo, según normas y protocolos en el Hospital Primario San José, Matiguas II semestre 2016.

Elaborado por las autoras:

Br: Xochilt Aurora Arauz Talavera y Br. Ingris Maryelis González Martínez

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.

Se analizaron las intervenciones de Enfermería y Aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo riesgo según normas y protocolos en el Hospital Primario San José del Municipio Matiguas - 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 al igual que se documentaron y compararon cada una de las intervenciones de enfermería conforme a lo establecido en las Normas y protocolos con los cuidados realizados por el personal de enfermería. Es un estudio descriptivo, de corte transversal, con enfoque cualitativo de implicancia cuantitativa, con un universo de 39 pacientes, siendo esta también la muestra de 39, se concluye: a) Se enumeraron las intervenciones de enfermería durante la atención de los tres periodos del parto, en base a lo establecido por la Normativa 011, Normas y Protocolos para atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, b) se compararon las intervenciones de enfermería con los cuidados aplicados encontrando que se cumple con la mayoría de las intervenciones documentadas. c) Al evaluar las intervenciones de enfermería establecidas en la Normativa 011 conforme al cuidado que se le brinda a la usuaria en el Hospital primario san José de Matiguas en estudio, el resultado es insatisfactorio, y al observarlo desde la perspectiva del trabajo y conforme al estudio que se realizó y al momento de relacionarlo con el indicador que persigue la normativa con respecto a la satisfacción de la usuaria con un umbral del 80 al 90% los resultados de la investigación realizada siguen siendo insatisfactorios.

ÍNDICE

	Pag.
CONTENIDO	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	6
III. OBJETIVOS	7
IV. DESARROLLO DEL SUBTEMA.	8
☞ Intervenciones de Enfermería.	8
☞ Cuidados de Enfermería.	9
PARTO	12
❖ Periodos del parto.	31
✓ Primer periodo del parto.	31
INTERVENCIONES MATERNO-FETALES EN EL PRIMER PERIODO DEL PARTO.	31
✓ Segundo periodo del parto.	50
INTERVENCIONES MATERNO-FETALES DEL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO	51
✓ Tercer periodo del parto.	61
INTERVENCIONES MATERNO-FETALES EN EL TERCER PERIODO DEL PARTO.	62
Evaluación de las intervenciones aplicadas en el cuidado a las pacientes en estudio.	82
V. CONCLUSIONES	86
VI. BIBLIOGRAFIA.	87
ANEXOS	
Anexo 1 Operacionalización de la variable	
Anexo 2 Guía de observación	
Anexo 3 Cronograma de actividades	
Anexo 4 Carta del MINSA	

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 deambulaci3n, el apoyo continuo, la monitorizaci3n de la frecuencia cardiaca fetal, as3 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 y prácticos en la humanización del cuidado y la atención de calidad al eliminarse intervenciones que han sido demostradas ineficaces como es 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 Primario San José, del municipio de Matiguas, en el Departamento de Matagalpa, ubicado en el barrio Pancasan, es descriptivo porque describe detalladamente las situaciones y eventos de las personas que son observadas, de corte transversal porque se utilizó un periodo de tiempo en el cual se identificaron las intervenciones normadas y la aplicación del cuidado de enfermería durante la atención del parto de bajo riesgo, tiene enfoque cualitativo por lo que a través de este se tuvo en cuenta la aplicación del cuidado de enfermería según las intervenciones descritas en las Normativa 011 (2015), con implicancia cuantitativa porque usa la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar una teoría, en este caso se revisa la teoría disponible sobre intervenciones de enfermería durante la atención del parto de bajo riesgo y su relación con el cuidado aplicado al recolectar datos. El hospital primario en estudio actualmente atiende un promedio de 39 partos de bajo riesgo mensualmente el cual constituye el universo y muestra del estudio, de forma que el tipo de muestra es no probabilístico por conveniencia porque los pacientes deben presentar las características de un parto de bajo riesgo para formar parte de esta, es decir es necesario que tenga este criterio para ser incluidas dentro de la muestra y es por ello que Canales (2008) indica que este tipo de muestra se caracteriza porque el investigador selecciona su muestra siguiendo algunos criterios identificados para los fines del estudio que le interesa realizar. Al operacionalizar se obtuvo las siguientes variables, revisión de las intervenciones de enfermería, comparación de intervenciones con el cuidado y la evaluación de las intervenciones aplicadas en el cuidado, se aplicó el método teórico al revisar las intervenciones de la Normativa 011 (2015) y el empírico al actuar sobre los escenarios recolectando la información a partir de un instrumento de recolección de datos denominado guía de observación la cual se aplicó al personal de enfermería del hospital primario San José, esta guía contenía las intervenciones de enfermería documentadas en la normativa 011 para la que se definieron los siguientes criterios: Satisfactorio: si el personal de Enfermería realizó la intervención de manera completa y correcta, Insatisfactorio: si el personal de Enfermería realizó la intervención de forma incompleta o incorrecta, No Observado: si el personal de Enfermería no realizó por completo la actividad y No Aplica: si la

intervención la realiza otro personal de salud y no Enfermería, se utilizó el programa de procesamiento de información Word y el de presentación power point.

Para la realización del estudio se obtuvo autorización escrita por parte del Dr. Ergin Paul Rodríguez y Licenciado Elvis Altamirano Figueroa al 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 servirá 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 del parto, beneficiará especialmente a las usuarias de los servicios de salud al recibir atención de calidad, también a docentes y estudiantes de Enfermería para profundizar en el cuidado normatizado a las pacientes que demanden atención del parto en las unidades de salud.

III. OBJETIVOS

Objetivos General

- Analizar Intervenciones de Enfermería y Aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo riesgo según normas y protocolos en el Hospital Primario San José del Municipio Matiguas - Departamento de Matagalpa, II semestre 2016.

Objetivos Específicos

- Enumerar las intervenciones de enfermería durante la atención del parto de bajo riesgo.
- Comparar las intervenciones de enfermería con el cuidado aplicado durante la atención del parto en los pacientes en estudios.
- Evaluar las intervenciones aplicados en el cuidado a los pacientes en estudios.

IV. DESARROLLO DEL SUBTEMA.

☞ 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)

Clasificación.

❖ Intervención Directa.

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

❖ Intervención Indirecta.

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

Es de acuerdo a lo mencionado anteriormente que, las intervenciones de enfermería están encaminadas a conseguir un objetivo o alcanzar los criterios de resultados establecidos previamente esto a través de las acciones o cuidados de enfermería.

☞ Cuidados de Enfermería.

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

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

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

El cuidado de enfermería es una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento 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 cuidadosos que luego denomina como procesos de cuidado (2008), estos factores cuidadosos 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 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
- Guiar a los pacientes a través de sus cambios emocionales y del desarrollo.

Patrones funcionales de Margory Gordon

Patrones funcionales	Valora
1. Percepción-mantenimiento de la salud	Percepción del estado general de salud y bienestar. Seguimiento de prácticas sanitarias preventivas.
2. Nutricional- metabólico	Patrones de aportes de alimentos y líquidos, equilibrio de líquidos y electrolitos, capacidad general para la curación.
3. Eliminación	Patrones de la función excretora (intestinal, vesical y cutánea) y percepción del paciente.
4. Actividad/ejercicio	Patrón de ejercicio, actividad, entretenimiento,

	recreación y actividades vitales diarias; factores que interfieren con el patrón personal deseado.
5. Reposo/sueño	Patrones de sueño y periodos de descanso-relajación durante las 24 horas del día; cantidad y calidad de éstos.
6. Cognitivo/perceptivo	Adecuación de la percepción sensorial, como la visión, audición, gusto, olfato, tacto, percepción del dolor, capacidades funcionales cognitivas.
7. Autopercepción-auto concepto	Actitudes sobre el yo, percepción de habilidades, imagen corporal, identidad, sensación general de estimación personal y patrones emocionales.
8. Rol/relaciones	Percepción de los principales roles y responsabilidades en la situación de vida actual.
9. Sexualidad/reproducción	Percepción de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad. Etapa reproductiva y patrón de reproducción.
10. Afrontamiento-tolerancia al estrés	Patrones generales de afrontamiento, tolerancia al estrés, sistemas de soporte y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.
11. Valores/creencias	Valores, objetivos o creencias que guían las elecciones o la toma de decisiones.

PARTO

Definición:

Según la Normativa 011, (2009), 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.

De acuerdo a lo anterior, parto es cuando el feto ya cumplió con su vida intrauterina, culmino con las cuarentas semanas de gestación esto quiere decir que logro su completo desarrollo, puede nacer y ser expulsado vía vaginal esto ya sea en condiciones estables o no estables en conjunto con los restos fetales, todo esto se acompaña de un proceso como son las contracciones y muchas veces el rompimiento de membranas.

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

Por lo tanto, parto aquel en el que el feto a cumplido por lo menos 20 semanas de gestación y que es expulsado por vía vaginal y aunque si bien cierto que su ciclo uterino no ha culminado y aun no cuenta con la de edad necesaria para nacer se puede dar la probabilidad de que nazca un feto bien sea vivo o muerto esto dependiendo siempre de las diferentes situaciones que se puedan presentar en el trabajo del parto.

PARTO HUMANIZADO O EMPÁTICO.

La presente norma “Humanización del Parto Institucional” está dirigida a todas y todos los trabajadores de la salud, en los diferentes niveles de atención, de los establecimientos públicos y privados, con el propósito de establecer acciones que permitan mejorar la calidad de atención, participación de la familia y garantizar la seguridad de las usuarias que demandan los servicios. El personal de salud debe brindar atención con calidad y calidez, debe potenciar la autoestima de las pacientes, las relaciones interpersonales y promover el amor, la comprensión y la solidaridad; todo ello se logra con un cambio de actitud y el trabajo en equipo. (NORMATIVA 042, 2010).

Tiene la finalidad de asegurar que el parto sea atendido en la posición que la mujer solicita, en especial cuando es vertical. Permitir el acompañamiento, respeto por las costumbres y tradiciones durante el parto. (NORMATIVA 042, 2010).

Se entiende por parto humanizado lo siguiente:

a. Reconocer en madres y padres e hijos a los verdaderos protagonistas. b. Reconocer y respetar las necesidades individuales incluida su cosmovisión y Espiritualidad, de cada mujer/pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia c. Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento. d. Favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto (parto en cuclillas, en el agua, semi sentada, o como desee). e. Promover el vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de salud. f. Respetar la elección de la mujer de las personas que la

acompañará en el parto (familiar, amigo(a), partera/o) y/o parteras o comadrona. g. Cuidar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido, evitando someter al niño a cualquier maniobra de resucitación o exámenes innecesarios. (NORMATIVA 042, 2010).

Nacimiento

Según la Normativa 011, (2015) es la 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. Es cuando se da la salida completa del bebe, este o no este aun unido al cordón siempre y cuando cuente con más de 21 semanas de gestación y nazcan vivos o muertos.

Parto de Bajo Riesgo.

Según Normativa 011, (2015) 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. Se habla de parto de bajo riesgo cuando ya se cumplieron con las 37 a 41 semanas de gestación estimadas y ya a inicio el trabajo de parto y cuenta con un peso normal y siempre y cuando no vengán involucrados antecedentes o factores de riesgos que comprometan la vida del bebe o de la madre, así mismo que su presentación sea cefálica y su concluya con un parto vaginal espontaneo.

Clasificación del parto de acuerdo 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.

- Termino completo: 39 a 40.6 semanas cumplidas.
- Prolongado: 41 semanas en adelante.
- Pos terminó: 42 semanas o más.
- **Intervención o no de agentes externos.**
 - Espontáneo (sin intervención).
 - Provocado o Inducido (con intervención).
- **evolución fisiológica.**
 - Normal o Eutócico.
 - Distócico (hay alteración contráctil o del mecanismo del parto).
- **Presentación del feto.**
 - Cefálico (vértice, cara y frente).
 - Pélvico (franco de nalgas).
 - Incompleto o completo (de nalgas).
- **Vía del nacimiento.**
 - Vaginal (espontáneo o instrumental-fórceps, vacuum extractor).
 - Abdominal (cesárea)
- **Número de fetos.**
 - Único.
 - Múltiple.

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

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

1. Confirmación del Trabajo de Parto.

a) Pródromos de trabajo de parto.

- Cuello uterino Dilatación < de 3 cms y cuello grueso con Borramiento de 50% o menos.
- Dinámica uterina irregular.

b) Inicio del trabajo de parto.

- En Nulíparas: Borramiento del 100% y Dilatación de 4 cms y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40- 45 segundos de duración cada una.
- En Multíparas: Borramiento del 50%, Dilatación de 3 cms y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración cada una.

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 promontosubpubiano.
- ✓ Los signos de proporción o desproporción pélvica fetal.
- ✓ La presencia de meconio o sangre en los dedos al retirarlo al finalizar los dedos.

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

c) 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.

2. Identificación de la Posición y presentación del feto.

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

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

Existen cuatro maniobras de Leopold:

- ✓ La primera maniobra consiste en identificar el polo fetal que ocupa el fondo uterino, que puede ser la cabeza o las nalgas. La cabeza da la sensación de una masa dura, redonda, lisa y móvil, en cambio las nalgas dan la sensación de una masa grande, blanda e irregular.

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

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

b) 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.

c) 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.

d) 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 iliopectínea, la extremidad del diámetro transversal, la articulación sacroiliaca, 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.

3. Evaluación del encajamiento y descenso del feto.

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

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

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

Planos de Hodge: Son planos paralelos que parten de formaciones anatomopelvicas fáciles de determinar el descenso en el canal de parto, o sea, el “encajamiento” de la cabeza fetal en determinados puntos de la pelvis materna, permiten conocer a qué altura de la pelvis se encuentra el polo fetal.

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 considerará encajada.

- ❖ Cuarto plano. Paralelo al anterior, a la altura de la punta del cóccix no retropulsado. La Presentación está profundamente encajada, aquí es donde se produce la rotación interna del feto.

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 músculos toracoabdominales (esfuerzos de pujos) cooperan en la expulsión del feto.

Sus características son:

- ✓ Tono: Presión más baja registrada entre las contracciones.
- ✓ Intensidad (amplitud): Aumento en la presión intrauterina causada por cada contracción.
- ✓ Frecuencia: Se expresa por el número de contracciones producida en 10 minutos.
- ✓ Intervalo: El tiempo que transcurre entre los vértices de dos contracciones consecutivas, el intervalo entre las contracciones varía en razón inversa a la frecuencia de las mismas.

Su clasificación:

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

Esfuerzos de pujos o pujos

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

Se clasifican en:

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

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

No es conveniente que la madre 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.

- b. 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 puerta de oxígeno a sus tejidos y al feto así como la eliminación CO₂ (dióxido de carbono) de ambos, además el aumento

prolongado de la presión toracoabdominal eleva la presión venosa y capilar materna, causando a veces la máscara equimótica del parto.

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

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

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

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

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

- ✓ **Desprendimiento de la placenta:** tan pronto como el feto se desprende 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 interuterino placentario 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 desgarramiento de las trabéculas y de los vasos es el mecanismo íntimo fundamental del desprendimiento. Parecen intervenir también ciertos procesos necrobióticos que se desarrollan a nivel de esta estructura trabecular (necrosis de coagulación, degeneración hialina y adiposa, calcificación, etc).

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

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

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

✓ **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 tironiamiento. 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).

• **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: Semi sentada, S: Sentada, PC: Parada o Caminando}}, intensidad de contracciones (+: débil, ++: normal, +++: fuerte), localización del dolor (SP: supra púbico, 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. Ej: 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 Multíparas y Nulíparas; cualquiera sea la paridad, puede estar con membranas ovulares íntegras o rotas. Este patrón de construcción puede seleccionarse mediante el uso de flechitas ascendentes o resaltando el contorno de la columna seleccionada.

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

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

PROTOCOLO DE ACOGIDA DE USUARIO.

Definición.

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

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

Todo el personal deberá considerar el proceso de acogida como la actividad más importante y es la parte humana la que dará una característica de adaptabilidad para que los usuarios puedan tener mayor confianza y sentirse como en casa.

Cabe señalar que este personal debe poseer habilidades y destrezas en el manejo de la comunicación efectiva que permita una percepción proactiva acerca de las diferentes formas para que el usuario pueda acceder a una consulta general o especializada.

- ☞ El personal de enfermería establecerá contacto directo en la atención identificándose, procediendo a los cuidados según patologías aplicando a lo inmediato: valoración, planificación, ejecución y evaluación para su debido manejo haciendo uso correcto de los registros de enfermería.
- ☞ El personal de enfermería y el medico desde este momento orienta a cerca de los derechos y deberes según ley general de salud.
- ☞ El personal de enfermería en coordinación con el medico tiene responsabilidad para apoyar y explicar tratamiento, exámenes especiales etc. Y lo refiere para su manejo clínico.
- ☞ Todo procedimiento especial lo acompañará el personal de enfermería (previo dialogo terapéutico que permita reducir temores).
- ☞ Una vez que ingrese el paciente al servicio referido: el personal de enfermería continuara la misma secuencia del trato: comunicación fluida, identificación, se entregará un dístico según la condición y el estado de ánimo si no se puede entregar al familiar en caso que no pudiese leer estamos en la obligación de dar a conocer su contenido.
- ☞ Se dará a conocer reglamentos internos de hospitalización con el propósito de despejar dudas e incertidumbres en el usuario.

❖ **Periodos del parto.**

✓ **Primer periodo del parto.**

Borramiento y dilatación del cuello uterino, inicia descenso fetal. (Normativa 011, 2009).

Según Schwarcz (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.

Según la Normativa 011, (2015) lo clasifica por los siguientes signos y síntomas:

- 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.
- Comienza el descenso de la presentación fetal.

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 de acuerdo a controles previos de Presión arterial.
 - Investigar signos u otros síntomas acompañantes.
 - Embarazada en la primera etapa debe de deambular si no hay ruptura de membranas con adecuada alimentación.

- Orientar a embarazada a que modifique su respiración entre y durante las contracciones. Si la embarazada ha asistido a cursos de parto psicoprofilácticos o sin temor, alíentela 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.

1. 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.

2. Motivar la micción espontánea (evitar cateterismo) para contrarrestar su acción Inhibidora sobre la contractilidad.

3. Los estudios indican que los enemas tienen un efecto considerable negativo sobre las tasas de infección en las heridas perineales u otras infecciones neonatales, así como altamente desagradable y molesto para la paciente. Estas pruebas no apoyan el uso habitual de los enemas durante el trabajo de parto; por lo tanto, se debe eliminar dicha práctica. De igual manera el rasurado de vulva sin ningún beneficio adicional por lo que estas prácticas se encuentran en desuso.

4. 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 intervuloso e incrementan los procesos de acidosis a nivel fetal por lo que ambas prácticas deben de suprimirse, por no reportar ningún beneficio adicional.

5. 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.

6. El apoyo continuo y acompañamiento de la paciente por familiares reduce la duración del trabajo de parto, aumenta las probabilidades de parto vaginal espontáneo y reduce de la necesidad de analgesia intraparto, y de acuerdo a lo establecido en la Norma 042 Norma de Humanización del Parto Institucional. Las mujeres que reciben apoyo continuo tienen menos probabilidades de manifestar insatisfacción con sus experiencias de parto. Este comentario argumenta que las objeciones frecuentes a la implementación de esta intervención pueden resolverse fácilmente.

7. La cardiotocografía (NST) como una forma de monitoreo electrónico para la evaluación fetal durante no reporto beneficios a corto o largo plazo y además su uso está asociado a aumentos significativos en los índices de cesáreas y de partos vaginales asistidos.

Para el análisis de las intervenciones y el cuidado de Enfermería se dividieron en los tres periodos del parto, así que para el primer periodo se inicia con el recibimiento de la paciente al ingresar a la sala de parto.

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

Actividad	S	I	N/O	N/A	T	M
Se presenta ante la paciente brindando su nombre completo.						
Frecuencia	12	0	27	0	39	39
Porcentaje.	31%	0%	69%	0%	100%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 31% de las pacientes el personal de Enfermería le realiza la actividad, y al 69% no realizó la actividad durante la evaluación.

Se evidencia que el personal de enfermería del Hospital primario en estudio en su minoría le realiza la actividad de forma satisfactoria a las pacientes demostrando que tienen conocimiento de su implementación sin embargo en otros casos se demuestra que el personal incumple con la actividad. Esta actividad es indispensable en todas las unidades de salud públicas o privadas ya que está contenido en la Ley General de salud (2002), artículo 8. derechos de los usuarios, quien refiere que el paciente tiene derecho a saber el nombre completo del médico responsable de coordinar la atención, y según el protocolo de acogida de 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, el personal de Enfermería constituye un elemento importante en la atención de las pacientes que la mayoría de veces actúa como facultativo por lo tanto debe cumplir con este mandato de ley vigente y que en hospital primario en estudio se realicen acciones para que se le restituya este derecho a las usuarias. Por lo tanto esta actividad se evalúa insatisfactoriamente.

Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento. Normativa 042 (2010). Y según (Nuñez, 2002), tratar al paciente como un ser integral permite interactuar con él, facilitando el acceso a su intimidad y privacidad.

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

Actividad.	S	I	N/O	N/A	T	M
Respetar la intimidad y privacidad de la paciente.						
Frecuencia	38	1	0	0	39	39
Porcentaje	97%	3%	0%	0%	100%	100%

Fuente: guía de observación.

Al 97% de las pacientes el personal de enfermería le realiza la actividad y al 3% de las pacientes se le realiza en forma incorrecta y/o incompleta.

Se observa que el personal de enfermería del Hospital primario en estudio en su mayoría cumple de una manera satisfactoria con las pacientes, y aunque una minoría omitió esta acción debido a la falta de recursos materiales, lo que no resta importancia el intento de querer satisfacer la necesidad, es así como lo sustenta (Dora Garcia Fernandez, 2011) el derecho a la intimidad es un derecho fundamental, inherente a la persona humana y por lo tanto, todo ser humano tiene derecho a que se respete su intimidad y privacidad, y resulta éticamente condenable todo hecho que violente de alguna forma este derecho y del mismo modo (Nuñez, 2002), expresa que el personal sanitario debe buscar un punto medio de manera que no se viole la intimidad del paciente, no se afecte su pudor y se respete al enfermo. De acuerdo a lo citado anteriormente por los autores es importante indicar que todo el personal de enfermería que brinda servicio de salud tiene la obligación de respetar la privacidad e integridad de las pacientes sin importar raza, color, religión o estatus social, es por ello que tanto en la unidad en estudio como en cualquier otra unidad de salud donde se brinde atención debe equiparse de la mejor forma para cumplir con lo establecido por las normas y protocolos. Debido a lo anterior se puede evaluar esta intervención como satisfactoria.

FUDEN. 2006), al exponer que el objetivo de la valoración de las necesidades es para conocer en un momento determinado la situación de salud real y sentida por la persona y su respuesta ante la situación.

Tabla: 3. El personal de Enfermería realiza valoración de necesidades de la paciente en el primer periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total.
Realiza valoración de necesidades de la paciente.					
Frecuencia	35	0	4	0	39
Porcentajes.	90%	0%	10%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 90% de las pacientes el personal de enfermería le realiza la actividad, y al 10% de las pacientes no le realiza la actividad durante la evaluación.

Se demuestra que el personal de enfermería del Hospital primario en estudio a la mayoría de usuarias le realiza con eficacia la valoración de cada necesidad que va presentando la paciente mostrando sus conocimientos y habilidades, brindando buena atención, sin embargo en otros casos se refleja incompetencia al momento de realizar la actividad poniendo en evidencia la falta de interés y empatía con la parturienta incumpliendo con la Normativa 011, (2015) la cual dice que todo el personal de enfermería debe realizar la valoración de las necesidades que pueden presentar las pacientes, del mismo modo Arribas (2006), expresan que la valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer sus respuestas a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales, que pueden ser tratados, en cualquiera caso será imprescindible siempre la presencia de una valoración funcional previa que permita ejecutar la intervención con las máximas garantías de calidad y efectividad sobre la salud del usuario, evitando la posible aparición de situaciones no deseadas, ajustándose a las normas de buena práctica profesional enfermera y evitando las posibles repercusiones legales que pudieran derivarse de la intervención enfermera, es por ello que es totalmente necesario que el personal de enfermería se preocupe por realizar una valoración completa y detallada a las pacientes pudiendo de este modo conocer sus problemas de salud ya sean estos reales o potenciales, los cuales pueden ser resueltos, se debe garantizar calidad, calidez y efectividad durante la atención a las pacientes y así poder evitarse problemas legales, esta actividad es de vital importancia en el trabajo del personal de enfermería así como por su relevancia al igual que por su frecuencia de utilización. Por lo antes mencionado esta acción fue satisfactoria.

(Chemes, 2008), la valoración de los signos vitales es una de las funciones del personal de enfermería que permite detectar alteraciones potenciales o reales, modificatorias del equilibrio psico-físico del individuo.

Tabla: 4. El personal de enfermería toma signos vitales, frecuencia cardiaca fetal y detecta signos de peligro y los reporta en el primer periodo del parto.

Nombre.	S	I	N/O	N/ A	Total
Toma de signos vitales y frecuencia cardiaca fetal, detecta signos de peligro y lo reporta.					
Frecuencia.	35	4	0	0	39
Porcentajes.	90%	10%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 90% de las pacientes el personal de enfermería le realiza la actividad y al 10% le realizó la actividad en forma incorrecta o incompleta.

Se refleja que el personal de enfermería del Hospital primario en estudio le cumple a gran parte de las pacientes realizando las actividades previas a la evolución del parto en donde muestra el estado vital de madre/hijo, sin embargo una minoría muestra deficiencia al momento de realizar dicha actividad, dejando en evidencia a la unidad de salud y reflejando que se incumple con lo establecido en la Normativa 011, (2015), en la cual se indica que se deben de tomar los signos vitales, monitorear frecuencia cardiaca fetal y reportar signos de peligros, además la OMG (1996), expresa que la toma de temperatura, pulso y tensión arterial son más que observaciones o intervenciones y forman parte de la evolución del parto estos ocupan un claro lugar en el cuidado del parto ya que pueden ser determinantes de un cambio en el manejo de un parto y desde luego Schwarcz (2008), sigue diciendo que el registro grafico de la FCF permite medir y estudiar con mucha exactitud las variaciones que en ella se producen, de acuerdo a lo citado se deduce que es de vital importancia la toma de signos vitales tanto para la paciente como para el personal ya que van dando un indicio de la manera en que va evolucionando el parto y como se encuentra la hemodinámica del feto y de la madre, esto muestra que el personal de enfermería realiza todo el procedimiento no omitiendo ningún paso, dándole así la importancia que esto amerita ya que cada acción puede mostrar el comienzo de un problema o complicación, por lo tanto la actividad está realizada de forma satisfactoria.

Respetar la elección de la mujer de las personas que la acompañará en el parto (familiar, amigo(a), partera/o) y/o parteras o comadrón (a). Según Normativa 042 (2010)

Tabla: 5. El personal de enfermería oferta parto acompañado (humanizado) en el primer periodo del parto.

Actividad	S	I	N/O	N/A.	Total
Oferta parto acompañado (humanizado)					
Frecuencia.	39	0	0	0	39
Porcentajes.	100%	0%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 100% el personal de enfermería realizo la actividad de forma satisfactoria.

Se evidencia que el personal de enfermería del Hospital en estudio oferta a todas las pacientes a que elija quien le hará compañía en su parto, se observó que en la unidad si se preocupan por garantizar un parto lo más humanizado posible permitiéndole a la paciente a obtenga la mejor compañía que desee, es tal y como lo establece la Normativa 011, (2015) donde reflejas que el apoyo continuo y acompañamiento de la paciente por familiares reduce la duración del trabajo de parto, aumenta las probabilidades del parto vaginal espontaneo y reduce de las necesidades analgésicas intraparto que además, de la misma manera la Normativa 042, (2010) dice que el 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, también refiere que las mujeres que reciben apoyo continuo tienen menos probabilidades de manifestar insatisfacción con sus experiencias del parto, por ello que en las diferentes literaturas encontradas indican que el apoyo que

recibe la parturienta por su familiar, tiene un valor simbólico ya que de esta manera se reduce un trabajo de parto insatisfactorio evolucionando así a un parto menos complicado, sin la necesidad de llegar a requerir de fármacos, cuando se indica a la paciente que goza el derecho de decidir con quién quiere compartir su proceso del parto se logra que la paciente no comente experiencias insatisfactorias en su proceso del parto y de esta manera mostrar que el personal de enfermería se preocupa por brindar la mejor atención a las pacientes respetando sus derechos por lo que la actividad se cumplió de forma satisfactoria.

Tabla: 6. El personal de enfermería vigila el estado de hidratación materno y orienta la ingesta de líquidos azucarados en el primer periodo de parto.

Actividad	S	I	N/O	N/A	Total.
Vigila el estado de hidratación materno y orienta la ingesta de líquidos azucarados.					
Frecuencia.	24	10	5	0	39
Porcentajes.	61%	26%	13%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 61% de las pacientes se le realizó la actividad, al 26% de las pacientes se realizó la actividad de forma incorrecta/incompleta y al 13% de las pacientes no realizó la actividad durante la evaluación.

Se demuestra que el personal de enfermería del Hospital primario en estudio en un porcentaje mayor se encargó de realizar las debidas orientaciones conforme a la vigilancia de la hidratación de la paciente y la ingesta de líquidos, reflejando que se cuenta con los conocimientos básicos al momento de entrar en contacto durante la atención, sin embargo se observó que un pequeño porcentaje hizo la actividad aunque de forma incompleta y un mínimo porcentaje omitió dicha actividad durante se realizó la evaluación, incumpliendo con lo establecido en la (Normativa 011-2015), según (Bender, 1997) expresa que una hidratación adecuada, lo que con frecuencia se denomina normo hidratación, es importante para la salud y el bienestar ya que incluso

pequeñas pérdidas de agua corporal pueden afectar de forma negativa al músculo en cuanto a la fuerza, la resistencia y la captación máxima de oxígeno y de igual manera Schwarcz (2008) expresa que el comienzo de parto puede sorprender a la madre en ayuno, el trabajo de parto puede resultar largo y en otros casos se puede producir vómitos que contribuyen a la deshidratación, por ello es importante observar las mucosas para descartar deshidratación e indicar la administración de líquidos por boca perfectamente azucarado, es por lo antes citado por el autores, muchas veces las pacientes tienden a recibir su trabajo de parto en ayuna esto verdad en basa a las diferentes creencias y mitos practicados, es por ello que cuando las sorprende un trabajo de parto largo y cansado tienden a deshidratarse fácilmente porque no tienen la energía necesaria por no haber consumido alimentos posteriores al proceso, es necesario q orientar o aconsejemos a la paciente a que ingiera líquidos azucarados para así evitar una deshidratación por la vía que mejor lo tolere, cabe recalcar que ambas acciones son importantes ya que ambas contribuyen de alguna manera a mejorar la resistencia, y fuerza de la paciente y debido a esto la actividad resulto satisfactoria.

Tabla: 7. El personal de enfermería orienta a colocarse en DLI o a deambular en el primer periodo del trabajo de parto.

Actividad	S	I	N/ O	N/A	Total.
Orienta a colocarse en decúbito lateral izquierdo, deambular o adoptar la posición en la que se sienta cómoda.					
Frecuencia.	29	1	9	0	39
Porcentajes.	74%	3%	23%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 74% de las pacientes el personal de salud le realiza la actividad y al 3% lo realizo en forma incorrecta o/y incompleta y al 23% no realizo la actividad durante la evaluación.

Se refleja que un mayor porcentaje del personal de enfermería del hospital primario en estudio cumple orientando a la paciente a que utilicé la posición en la cual ella pueda

sentirse bien y mejor le favorezca en su parto, a un mínimo porcentaje de las pacientes se le incumplió con dicha actividad no dando las orientaciones que las pacientes requerían para favorecerle en su parto y el porcentaje restante no hizo la actividad, demostrando así el incumplimiento y la falta de interés de brindarle comodidad a la parturienta, faltando de esta manera con lo establecido según la Normativa 011 (2015), según Schwarcz (2008), dice que la posición materna tiene un efecto muy manifiesto sobre las contracciones uterinas. Cuando la madre se halla en decúbito dorsal la frecuencia de las contracciones es mayor y su intensidad menor que cuando se está en decúbito lateral, del mismo modo Normativa 011 (2015), dice que la paciente puede deambular esto siempre y cuando no esté contraindicado por el médico, de igual manera la OMS (2015) expone que indicarle a la paciente cambiar la posición en la que se mantiene durante el trabajo de parto tiene efectos positivos en el alineamiento de la pelvis y su apertura; en la frecuencia, duración y eficiencia de las contracciones; en el efecto de la gravedad y en la oxigenación al feto, es por ello que la posición en la que se encuentran las pacientes durante su periodo del parto implica en gran manera ya que dependiendo de la posición esta le puede favorecer o incomodar se debe orientarle a la madre a adoptar la posición en decúbito lateral izquierdo tal y como nos lo indican las normas y protocolos esto para favorecer la oxigenación para el bebe, la madre puede caminar salvo si no existieran posibles complicaciones de este modo dicha actividad se realizó de forma satisfactoria.

Tabla: 8. El personal de enfermería motiva la micción espontanea en el primer periodo del parto.

Actividad	S	I	N/O	N/A	Total
Motiva la micción espontanea.					
Frecuencia.	15	0	24	0	39
Porcentajes.	38%	0%	62%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 38% de las pacientes el personal de enfermería realiza la actividad y el 62% no lo realizó durante la evaluación.

Se refleja que el personal de enfermería del Hospital primario en estudio a un pequeño porcentaje de pacientes les alienta a que realice su micción sin interrupción y sin que pueda llegar a necesitar de medios (sondas vesicales) para realizarlo y a una mayor cantidad no le realizaron la actividad incumpliendo de esta manera con lo estipulado en la Normativa 011, (2015) que refiere que se debe motivar la micción espontanea (evitar cateterismo) para contrarrestar su acción inhibitoria sobre la contractibilidades de igual manera se relaciona con lo indicado por él (CENETEC, 2014), donde indica que orientar a la paciente a la micción espontanea contribuye a mantener la vejiga vacía lo que favorece el descenso de la presentación fetal y de esa manera evita el cateterismo vesical que desde luego no se recomienda como una actividad de rutina, por ello que al momento que se motiva a la paciente a que miccione se está evitando a la realización de un procedimiento incómodo y doloroso como lo es la sonda al igual que prevenir el riesgo de futuras infecciones. Debido a esto la actividad resulto insatisfactoria.

Tabla: 9. El personal de enfermería orienta ejercicios de respiración durante las contracciones en el primer periodo de la mujer.

Actividad	S	I	N/O	N/A	Total
Orienta ejercicios de respiración durante las contracciones.					
Frecuencia.	33	0	6	0	39
Porcentajes.	85%	0%	15%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 85% de las pacientes el personal de enfermería realiza la actividad y un 15% no realizo la actividad durante la evaluación.

Se evidencia que el personal de enfermería del Hospital primario en estudio orienta a la mayoría de las pacientes sobre la importancia de la respiración durante las contracciones, logrando así evitar el cansancio innecesario durante este primer periodo y a una minoría no se le realizo esta actividad comprobando así la falta de interés o empatía hacia la mujer y al igual incumpliendo con lo establecido por la Normativa 011, (2015) que refiere que se debe orientar a la embarazada a que modifique su respiración

entre y durante las contracciones, si la embarazada ha asistido a cursos de partos psicoprofilácticos sin temor alienta a aplicar las técnicas aprendidas del mismo (Bulchholz, 2001) expone que los ejercicios respiratorios aumentan la capacidad pulmonar, centran la atención durante el parto y consiguen que la madre se relaje durante las contracciones para poder focalizar mejor el esfuerzo durante los pujos; sobre todo es fundamental que la gestante aprenda a respirar adecuadamente, ya que la vida que se está gestando requiere de oxígeno para un desarrollo sano y fuerte, además, esta disminuye la acidosis, responsable del dolor muscular, se puede decir que es de vital importancia decirle a la embarazada que durante sus dolores modifique sus respiraciones explicando los ejercicios a realizar y si asistió a clases de parto profiláctico recordarle que este es el preciso momento de ponerlo en prácticas sin temor alguno ya que estas lecciones le ayudaran en el transcurso de su parto. Dando como resultado satisfactoriamente.

Tabla: 10. El personal de enfermería identifica progreso insatisfactorio del T de P en el primer periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total
Identifica progreso insatisfactorio del Trabajo de Parto.					
Frecuencia.	0	0	0	39	39
Porcentaje.	0%	0%	0%	100%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 100% de las pacientes el personal de enfermería no realiza la actividad porque en esa unidad la realiza el médico.

Se analiza que el personal de enfermería del Hospital primario en estudio no se involucra en esta actividad porque lo realiza el médico lo cual debería ser una acción realizada por los enfermeros(as) a cargo de las embarazadas en el proceso del trabajo de parto, ya que es un trabajo que se ejecuta en equipo donde todos los involucrados deben asumir responsabilidades con las usuarias, así como lo estipula Normativa 011 (2015) en la que orienta que si es identificada se proceda referir a especialista, se

hospitalice o se maneje según Protocolo de Emergencias Obstétricas lo que corresponde a la Normativa 109 (2013), en donde se establece que toda mujer embarazada puede presentar una complicación obstétrica y la mayoría de las complicaciones no pueden ser pronosticadas ni prevenidas, pero si tratadas, significando entonces que en el momento que la paciente este presentando alguna complicación es necesario brindar una referencia oportuna en donde reciba la atención requerida de acuerdo a sus necesidades presente en el momento.

(Schwarcz R, 2008), la define como los disturbios de la contractilidad uterina o de la fuerza impulsora del útero para producir el pasaje del feto por el canal pelvi-genital del parto.

Tabla: 11. El personal de enfermería identifica distocias de la contractilidad uterina (Hipodinamia-Hiperdinamia) y lo reporta en el primer periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total
Identifica distocias de la contractilidad uterina (Hipodinamia-Hiperdinamia) y lo reporta.					
Frecuencia.	0	0	0	39	39
Porcentaje.	0 %	0 %	0 %	100 %	100 %

Fuente: Guía de observación.

Al 100% de las pacientes el personal de enfermería no realiza la actividad porque en esta unidad lo realiza el médico.

Se evidencia que el personal de enfermería del hospital primario en estudio no se involucra en la identificación de complicaciones del parto ya que es el médico quien está pendiente y listo para identificar este tipo de complicación demostrando así el personal de enfermería la falta de interés en involucrase en la atención a la parturienta como debería ser, cabe mencionar que aunque el personal médico no sea nuestra población en estudio este cumple con lo establecido en la Normativa 011 (2015), en donde se establece como una de las complicaciones que se pueden presentar durante el primer periodo del parto, así mismo (Middleton P, 2008), expresa que el trabajo de parto se caracteriza por una actividad uterina rítmica y coordinada,

acompañada de Borramiento, dilatación cervical y de descenso del feto a través del canal del parto indicando que si el trabajo de parto no presentara las características antes mencionadas estaría ante la probabilidad de presentar distocias dinámicas a las que define como aquéllas producidas por la existencia de una actividad uterina defectuosa, ineficaz o inapropiada para conseguir la dilatación cervical y/o el descenso de la presentación a las que clasifica como Hipodinamia e Hiperdinamia. Es necesario que el personal de enfermería desempeñe sus habilidades y destrezas en cuanto a la identificación de distocias ya que es parte esencial durante la atención del parto porque posee todos los conocimientos necesarios, actitudes para actuar de forma segura y oportunamente es por esta razón que el personal de enfermería debería involucrarse más durante la atención de estos procesos.

(Huang, 1982), expresa que la pelvis ósea constituye la parte más importante del canal del parto y está formada por la unión de cuatro huesos: el sacro, el coxis y los dos ilíacos.

Tabla: 12. El personal de enfermería identifica distocias Oseas y de partes blandas y lo reporta en el primer periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total
Identifica distocias Oseas y de partes blandas y lo reporta.					
Frecuencia.	0	0	0	39	39
Porcentaje.	0 %	0 %	0 %	100 %	100 %

Fuente: Guía de observación.

Al 100% de las pacientes el personal de enfermería no le realiza la actividad porque en esa unidad la realiza el médico.

Se evidencia que el personal de enfermería en el Hospital primario en estudio no se involucra este tipo de actividades, es el personal médico quien la realiza mostrando así incapacidad por parte del personal dejando a un lado las características, habilidades y destrezas como personal capaz de resolver cualquier complicación que se pueda presentar durante la atención del parto, restándole importancia ya q esta actividad

forma parte de los cuidados de enfermería y como dice la Normativa 011 (2015), en donde se establece como una de las complicaciones que se pueden presentar durante el primer periodo del parto, de ahí la importancia de su vigilancia y resolución recuerda (Schwarcz R, 2008), las define como aquellas que sobrevienen cuando la perturbación del mecanismo del parto se debe a una modificación del tamaño, forma o inclinación de la pelvis ósea las que incluso pueden ser ocasionadas por las partes blandas del canal, es importante indicar que la integridad anatómica y funcional de las estructuras que componen el canal del parto es indispensable para el progreso normal del nacimiento. Es por esa razón que para que ocurra un parto de bajo riesgo se debe contar primeramente con la integridad del canal, y es necesario que desde el momento de la captación en la atención prenatal el personal de enfermería se preocupe por brindar una excelente atención ya que desde estos indicios se recurre a una serie de estudios y actividades que pueden conllevar a la reducción de múltiples factores de riesgo, y por ello la identificación de distocias óseas y de partes blandas de manera oportuna y eficaz puede reducir en la paciente los posibles riesgos potenciales y reales.

(CENETEC, Vigilancia y manejo del trabajo de parto de bajo riesgo , 2014), quien también recomienda no realizar amniotomía artificial de modo rutinario en trabajo de parto que evoluciona de manera favorable, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados ni acorta el tiempo de trabajo de parto.

Tabla 13. El personal de enfermería realiza amniotomía hasta los diez centímetros en el primer periodo.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total
Realiza amniotomía hasta los diez centímetros y evita amniotomía innecesarias.					
Frecuencia.	2	0	0	37	39
Porcentaje.	5%	0%	0%	95%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 5 % de las pacientes el personal de enfermería le realiza la actividad y a un 95% de las pacientes el participante no realiza la actividad porque en esa unidad lo realiza el médico u otro profesional.

Se evidencia que el personal de enfermería del Hospital primario en estudio, a un mínimo porcentaje de las pacientes se realiza amniotomía alcanzando los diez cm de dilatación cumpliendo con lo establecido en la normativa y el porcentaje mayor fue realizado por el personal médico demostrándose de esta manera que el personal involucrado si cumple con lo establecido según Normativa 011, (2015) donde dice que se recomienda no efectuar amniotomía hasta los 10cm de dilatación y solo en casos necesarios ya se acmentaba que las buenas prácticas establecen que no debe de constituir una actividad de rutina, también explica que la práctica sistemática de la amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto en primigrávidas o multíparas de acuerdo a revisiones sistemáticas se ha encontrado que este procedimiento incrementa riesgos de procesos infecciosos y aumentan la necesidad de otras intervenciones como la cesárea, por lo que no existe justificación para realizarlo salvo excepciones médicas y deberá de estar consignado en el expediente clínico, siguiendo con lo expresado por la normativa la amniotomía no puede considerarse un procedimiento de rutina ya que puede conllevar a procesos infecciosos debe que existir una causa o casos específicos para realizarla antes de haber alcanzado los 10cm de dilatación y se debe reflejar en el expediente clínico así como todos los procesos que se le realicen a la paciente.

La asociación española de pediatría, (2008) expresa que en todo parto debe haber al menos una persona responsabilizada de la atención al recién nacido con capacitación en reanimación neonatal inicial, en los partos de bajo riesgo debe estar presente al menos una persona entrenada en maniobras de reanimación neonatal inicial y localizable otra persona capaz de realizar la reanimación completa.

Tabla 14. El personal de enfermería prepara equipos de reanimación neonatal por si lo necesitara en el primer periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total
Prepara equipos de reanimación neonatal por si lo necesitara.					
Frecuencia.	39	0	0	0	39
Porcentaje.	100%	0%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 100% de las pacientes el personal de enfermería realiza la actividad satisfactoriamente.

Se observa que en un porcentaje total el personal encargado de sala mantiene listo los equipos de reanimación, tal y como lo establece la Normativa 011 (2015) donde indica que el personal de salud involucrado en la atención de la parturienta debe contar con lo necesario para atender el nacimiento y posibles complicaciones, del mismo modo los autores (Rodríguez, Borbonet, Silvera, & Moraes, 2008), exponen que la adaptación a la vida extrauterina se realiza en forma adecuada en la mayoría de los nacimientos, sin embargo en casi el 10% de los recién nacidos vivos requieren maniobras de reanimación, por lo que su preparación es fundamental para poder responder a todas las situaciones posibles en forma rápida y eficiente, es por ello que al igual que la madre él bebe no está exento de presentar posibles complicaciones y es esta la razón por la cual surge la necesidad de mantener los equipos listo tal y como se orienta por las normas así que es necesario que todas las unidades de salud vigilen estrictamente el cumplimiento de todas y cada una de las acciones antes expuestas por la normativas es por ello que el resultado de la actividad resulto satisfactorio.

Normativa 042 (2010), indica que durante el proceso de atención del parto se debe eliminar la práctica rutinaria de episiotomía.

Tabla 15. El personal de enfermería proporciona los materiales y equipos para episiotomía en el primer periodo del parto.

Nombre.	S	I	N/O	N/A	Total.
Proporciona materiales y equipos para episiotomía.					
Frecuencia.	39	0	0	0	39
Porcentaje.	100%	0%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 100% de las pacientes el personal de enfermería le realiza la actividad.

Se observa que en un porcentaje total el personal de enfermería del hospital primario en estudio desde antes prepara los materiales y equipos a utilizar en un determinado momento que sean necesario, es según lo que indica la normativa 011 (2015), en donde se establece como una de las actividades que debe ser llevada a cabo en el primer periodo del parto y aunque amerita su preparación deja en claro que la episiotomía no se debe realizar como procedimiento de rutina y que debe considerarse sólo en los casos de: Parto vaginal complicado: nulíparas con periné resistente, parto de nalgas (si llega en expulsivo), distocia de hombro, parto con fórceps, extracción por vacío (vacuum) o ventosa obstétrica, cicatrizaciones de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado mal curados y sufrimiento fetal en el periodo expulsivo de igual manera, del mismo modo el (CENETEC, 2014), solo debe practicarse por personal capacitado y con conocimiento de la técnica de reparación adecuada y que su indicación debe ser por escrito e informada a la paciente, es por lo antes expuesto por los diferentes autores cabe dejar en claro que la realización de la episiotomía no puede considerarse proceso de rutina y si se realiza debe existir una base para su realización, y el personal de salud involucrado en la atención del parto de bajo riesgo debe procurar que el parto se desarrolle de manera espontanea y que la mayoría de las pacientes logren conservar su periné intacto, pero sin embargo es necesario que se mantenga siempre el equipo listo y es por ello que la actividad fue satisfactoria.

✓ **Segundo periodo del parto.**

Descenso y expulsión del feto. (Normativa 011, 2009).

Según Schwarcz (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.

Segundo Periodo según Normativa 011, (2015) lo clasifica por los siguientes signos y síntomas:

- Descenso y Expulsión del feto.
- Cuello uterino totalmente dilatado (10 cms).
- No hay deseos de pujar.
- Cuello uterino totalmente dilatado (10 cms)
- Continúa el descenso de la presentación fetal.
- La parte fetal que se presenta llega al piso de la pelvis.
- La mujer tiene deseos de pujar.

Evaluación del segundo periodo del trabajo del parto: Descenso y Desprendimiento Fetal

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

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

- El descenso constante de la presentación fetal por el canal del parto.

- La realización de la rotación interna de la cabeza fetal.
- El desprendimiento del feto, sin dificultades en el moldeamiento de la cabeza fetal.
- Monitorear y tomar decisiones con el Partograma.

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

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

- Sutura sagital palpable en toda su longitud sin cabalgamiento.
- Sutura sagital con cabalgamiento pero reducibles.
- Suturas superpuestas con cabalgamiento pero no reducibles (Sospecha de Desproporción Céfalo Pélvica).

INTERVENCIONES MATERNO-FETALES DEL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO

1. 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.
2. Cualquier posición o presentación que no sea la Occipito-anterior con un vértice bien flexionado, se considera una anomalía de posición o presentación.
3. Si se sospecha progreso no satisfactorio del trabajo de parto o trabajo de parto prolongado, investigue y maneje la causa del progreso lento.
4. Hacer interpretación y tomar decisión con el Partograma.
5. Se deberá estimular una adecuada ventilación y relajación de la parturienta entre contracciones.

Se recomienda no efectuar amniotomía, hasta alcanzar los 10 cms de dilatación y solo en casos necesarios, ya se comentaba que las buenas prácticas establecen que no debe de constituir una actividad de rutina.

6. Orientar a la parturienta la técnica correcta del pujo.
7. Protección del periné a fin de evitar desgarros y laceraciones.
8. Evaluar la elasticidad de los tejidos vulvares, perineales y vaginales y el tamaño de la presentación.
9. Evaluar la velocidad del descenso de la presentación y el impulso proporcionado por el pujo materno según la paridad materna.
10. Permitir el avance de la presentación manteniendo su flexión hasta que la circunferencia suboccipitobregmática haya traspasado el anillo bulbar distendido.
11. Solicitar a la parturienta suspender los pujos y mantener su respiración jadeante.
12. 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.
13. 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.
14. Favorecer la expulsión, siempre con la máxima lentitud posible.
15. Para el análisis de las intervenciones y el cuidado de Enfermería se dividieron en los tres periodos del parto, así que para el primer periodo se inicia con el recibimiento de la paciente al ingresar a la sala de parto.

Para la realización del análisis de las intervenciones y el cuidado de Enfermería se dividieron en los tres periodos del parto, de este modo para continuar con el segundo periodo se sigue con el traslado de la mujer al expulsivo.

Tabla 16. El personal de enfermería ayuda a la mujer a trasladarse a sala de expulsivo en el segundo periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total.
Ayuda a la mujer a trasladarse a sala de expulsivo.					
Frecuencia.	29	10	0	0	39
Porcentaje.	74%	26%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 74% de las pacientes el personal de enfermería le realiza la actividad y al 26% de las pacientes le realiza la actividad en forma incorrecta o incompleta.

Se analiza que el personal de enfermería en el hospital primario en estudio en un mayor porcentaje ayuda a la paciente a trasladarse al expulsivo demostrando así nuestro lado humano y la importancia de ayudar a la mujer a concluir este proceso de la manera más satisfactoria y en un porcentaje menor la realiza de una manera no adecuada no beneficiando ni ayudando a la necesidad de la parturienta en su proceso y según lo citado por las Normas y técnicas para proyectos de arquitectura hospitalaria (1996) Expulsivo es el ambiente donde se atiende a la paciente durante el periodo expulsivo y alumbramiento la cual se ubicará contiguo a la sala de trabajo de parto y cumplirá con ciertas condiciones básicas. Es por lo antes expuesto por la Normativa el hospital en estudio, si cuenta con todos los equipos necesarios para brindar la atención de un parto de bajo riesgo y aunque su infraestructura no es la mejor cabe destacar que su utilización no ha sido un obstáculo para responder a las necesidades de las usuarias. Por lo que esta actividad se realizó de forma satisfactoria.

Tabla 17. El personal de enfermería cumple con las correctas técnicas de asepsia en el primer periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total
Cumple con las correctas técnicas de asepsia.					
Frecuencia.	20	15	0	0	39
Porcentaje.	52%	38%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 52% de las pacientes el personal de enfermería realiza la actividad, y al 38% le realiza la actividad de forma incorrecta o incumple.

Se evidencia que el personal de enfermería del Hospital primario en estudio en su mayoría si cumplen con las correctas técnicas de asepsia haciendo énfasis que es una de las salas q se debe mayor limpieza e impecabilidad siendo uno de los grupos más vulnerables en el ámbito de la salud y el otro porcentaje lo realizaron inadecuadamente restándole importancia a dicha actividad, según lo estipula la Normativa 011, (2015) la utilización de ropa limpia y estéril instrumental necesario, correcto uso de mascaría y asepsia de región perineal son fundamentales para favorecer las condiciones de asepsia en el nacimiento del niño o niña cuyo propósito es remover secreciones vaginales y los rectales y preparar ambiente limpio para el nacimiento es por ello que todo el personal de salud calificado para la atención del parto debe garantizar un ambiente limpio para así lograr brindarle a la paciente las mejores condiciones de asepsia en lugar donde se dará el nacimiento del bebe y es de este modo que en la unidad la actividad se realiza de modo satisfactorio.

Favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto (parto en cuclillas, en el agua, semi sentada, o como desee). Normativa 042 (2010).

Tabla 18. El personal de enfermería alienta a la mujer a que adopte la posición adecuada que permita el pujo (cuclillas, sentada, semi sentada, ginecológica) en el segundo periodo

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total
Alienta a la mujer a que adopte la posición adecuada que permita el pujo (cuclillas, sentada, semi sentada, ginecológica).					
Frecuencia.	0	39	0	0	39
Porcentaje.	0%	100%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 100% de las pacientes el personal de enfermería le realiza actividad en forma incorrecta o incompleta.

Se demuestra que el personal de enfermería del Hospital primario en estudio en su su gran mayoría muestra el cumplimiento incorrecto de la actividad ya que en la unidad no se le permite a la paciente escoger su posición si no que se le instruye a la paciente a que adopte la posición ginecológica imponiendo de esta manera la posición, no permitiendo el derecho de elegir de la usuarias y no brindando comodidad a las usuarias sino brindándose comodidad el personal de salud incumpliendo de esta manera por lo establecido por la normativa 011, (2015) que a su vez así es sustentada en la Normativa 042 (2010) que definen las diferentes posiciones que pueden adoptar las embarazadas en el periodo expulsivo entre ellas están: de cuclillas: variedad anterior y posterior, de rodillas, sentada, semi sentada, 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 semi sentada 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 y es por ello que cuando el personal de enfermería orienta sobre los tipos de posiciones que puede adoptar o pregunta a la paciente que posición le favorece de esta manera se está respetando el derecho de decidir a la paciente y del mismo se busca la comodidad de la paciente cumpliendo con las normas y protocolos y es debido a esto que la acción resulto insatisfactoria.

Tabla 19: El personal de enfermería orienta la correcta técnica de pujo en el segundo periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total
Orienta la correcta técnica de pujo.					
Frecuencia.	36	3	0	0	39
Porcentaje.	92%	8%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 92% de las pacientes el personal de enfermería le realiza la actividad y un 8% realiza la actividad en forma incorrecta o incompleta.

Se refleja que el personal de enfermería del Hospital primario en estudio encargado de las parturientas orientan la manera correcta de pujar evitando que la mujer se canse de manera innecesaria antes de concluir su proceso del parto implementando así sus conocimientos dándole un realce a su importancia en cambio a una minoría se le realiza esta acción de una manera no adecuada dejando en evidencia la falta de interés que muestra para el beneficio de la paciente incumpliendo con lo que indica la Normativa 011, (2015) refiriendo que se debe alentar una adecuada realización de los pujos en ese momento coincidiendo con el acmé de las contracciones, a su vez la OMS (1996) quien menciona que el pujo en inspiración y bloqueo diafragmático, se realiza con la ascensión de la cúpula diafragmática, relajación/contracción del periné y contracción del transverso profundo abdominal y oblicuo, fuerza concéntrica complementaria a la

contracción uterina, lo que produce una retroversión de pelvis. Esta suma de fuerzas simétricas y simultáneas dará como resultado la fuerza, intensidad y eficacia del pujo y le permitirá a la parturienta una correcta orientación del pujo al periné anterior, permitiendo que el periodo expulsivo se acorte y garantiza menos daño al suelo pélvico de esta manera se dice que cuando se le indica a la paciente la forma correcta que debe de realizar los pujos le evitamos así un parto menos trágico y controlado logrando que la paciente termine su trabajo de parto en las mejores condiciones sin cansancio innecesario para así poder disfrutar de su bebe posteriormente. La actividad se realizó de forma satisfactoria.

Tabla 20. El personal de enfermería si atiende el parto, protege periné para evitar desgarros y laceraciones en el primer periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total
Si atiende el parto, protege periné para evitar desgarros y laceraciones.					
Frecuencia.	3	0	0	36	39
Porcentaje.	8%	0%	0%	92%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 8% de las pacientes el personal de enfermería le realiza la actividad y un 92% el participante no realiza la actividad porque en esta unidad lo realiza el médico u otro profesional.

Se evidencia que el personal de enfermería en el hospital primario en estudio en la mayoría de partos atendidos realiza la actividad demostrando de esta manera sus habilidades y destrezas empleando sus conocimientos en la hora de atención la otra gran parte lo realiza el médico ambos cumpliendo con lo establecido en la Normativa 011 (2015), en donde se establece como una de las actividades que deben ser llevadas a cabo en el segundo periodo del parto a fin de proteger de desgarros y laceraciones y de acuerdo a (Aceituno et al., 2005), expresa acerca de cómo podría evitarse el trauma perineal con técnicas no invasivas a través de tres técnicas principales aplicables durante la segunda parte del trabajo de parto la primera es no tocar el periné de la

mujer durante la segunda etapa del trabajo de parto sino hasta que sea inminente la coronación de la cabeza del bebé, la segunda es la aplicación de compresas tibias en la zona del periné con paños limpios lavados por inmersión en agua caliente y escurridos para eliminar el exceso de agua, la aplicación se llevara a cabo continuamente sobre el periné de la madre y los genitales externos durante y entre los pujos y la tercer técnica es un masaje perineal con o sin lubricante, se realiza un masaje suave, lento, con dos dedos de la mano enguantada de la matrona, moviéndose de lado a lado justo dentro de la vagina de la paciente, se aplica una presión suave, hacia abajo (hacia el recto) con trazos constantes y laterales en este momento impide movimientos rápidos o presión sostenida es por eso que en muchas literaturas describen diferentes medios o maniobras que se deben realizar para proteger periné durante el parto ya que con estas maniobras se puede reducir el daño de tejidos al igual que los desgarros producidos durante la atención del parto, la actividad resulto satisfactoria.

Tabla 21. El personal de enfermería orienta a la mujer que deje de pujar en el segundo periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total
Orienta a la mujer que deje de pujar y mantener su respiración jadeante					
Frecuencia.	38	1	0	0	39
Porcentaje.	97%	3%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 97% de las pacientes el personal de enfermería realiza la actividad y un 3% realiza la actividad en forma incorrecta o incompleta.

Se observa que el personal de enfermería del Hospital primario en estudio si cumple con la orientación correcta sobre el pujo educando a la paciente cuando y en que debe dejar de pujar logrando así el bienestar de la parturienta manifestando sus conocimientos sobre esta acción y en una pequeña cantidad lo realiza de manera inadecuada incumpliendo tal actividad es establecida en la Normativa 011 (2015), explicando que a medida que la cabeza y los hombros del bebé se expulsan,

simultáneamente se pedirá a la mujer que jadee o que realice pequeños pujos acompañando las contracciones, y una vez que se ha expulsado la cabeza del bebe se pedirá a la mujer que deje de pujar. Del mismo modo la Normativa 042 (2010), expresa que la respiración jadeante se trata de respirar con rapidez y de forma entrecortada, para que la parte superior del tórax suba y baje, sucesivamente y de acuerdo a lo citado por los autores la respiración tiene un efecto positivo en el parto ya que de esta manera se pueden controlar los deseos de pujar cuando no son requeridos es por ello que el personal de enfermería debe brindar orientaciones sobre el momento que la paciente debe pujar y la forma correcta de realizarla. Es por ello que el resultado de la acción fue satisfactorio.

Tabla 22. El personal de enfermería canaliza con branula N° 16 o de mayor calibre si se indica en el segundo periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total
Canaliza con branula N° 16 o de mayor calibre si se indica.					
Frecuencia	0	0	39	0	39
Porcentaje.	0%	0%	100%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 100% de las pacientes el personal de enfermería no realizo la actividad durante la evaluación.

Se evidencia que el personal de enfermería del Hospital primario en estudio en su totalidad no realizo esta actividad, debido a que no fue necesario canalizar a la población en estudio porque generalmente las pacientes llegan a la sala de pre labor canalizadas de las diferentes salas, cumpliendo con lo establecido según la Normativa 011 (2015), y según (Fernandez, Belmonte, Sanchez, Martinez., 2008), dice que la cateterización venosa periférica consiste en la inserción de un catéter de corta longitud en una vena superficial con fines diagnósticos y/o terapéuticos, así mismo lo refuerza (Fundación UNO, 2014), la cual expresa que la venoclisis tiene el propósito de mantener una vía intravenosa permeable, restaurar el equilibrio de líquidos y electrolitos

y fines diagnósticos, asegurando el cumplimiento de los diez correctos es por ello que es necesario que las pacientes desde que entra en contacto con el personal de enfermería y se diagnostique su ingreso sea canalizada para así estar prevenido para posibles complicaciones o si la paciente llega a requerir de cualquier procedimiento como es la administración de oxitócicos.

OPS (2014) Los medicamentos contribuyen de manera considerable a mejorar la calidad de vida de sus usuarios; sin embargo, su uso no está exento de riesgos ya que si no se cumple con una administración segura puede ponerse en peligro la seguridad de los pacientes y por lo tanto la calidad de la atención prestada a los mismos.

Tabla 23. El personal de enfermería administra medicamentos con técnica correcta si es necesario en el segundo periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/ O	N/A	Total
Administra medicamentos con técnica correcta si es necesario.					
Frecuencia.	0	0	39	0	39
Porcentaje.	0%	0%	100%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 100% de las pacientes el personal de enfermería no le realizo la actividad durante la evaluación.

Se observó que en el Hospital primario de Matiguas el personal de enfermería no realizo la actividad porque las pacientes en estudio no requirieron de la administración de fármacos aunque sí para administrar de la manera correcta confirmando con lo expresado por la OPS, (2014) dice que la administración segura de medicamentos es un objetivo estratégico y un valor principal de la atención al paciente en todos los niveles del sistema de salud... Un error o falla en la administración de medicamentos puede tener consecuencias irreparables para el paciente que afectan directamente a la familia y la comunidad. Es necesario que todo el personal de enfermería maneje con exactitud las técnicas sobre administración de medicamentos para así de este modo

poder dar la atención de calidad requerida por las pacientes y evitando de este modo la inseguridad de las mismas ya que cualquier error que se presente puede representar problemas legales para el personal así como repercutir en la salud de las paciente.

✓ **Tercer periodo del parto.**

Salida de los anexos fetales (placenta y membranas). (Normativa 011, MINSA, 2009).

Según Schwarcz (1997), designa al periodo 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.

Tercer Periodo según la Normativa 011, (2015) lo clasifica por los siguientes signos y síntomas:

- 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.

Evaluación del tercer periodo del trabajo de parto: Expulsión de placenta y membranas

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

La mujer siente fuertes contracciones uterinas, similares en intensidad y frecuencia menores a las del parto, indoloras al inicio, pero luego dolorosas lo que indica el desprendimiento placentario.

Signos:

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

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

INTERVENCIONES MATERNO-FETALES EN EL TERCER PERIODO DEL PARTO.

1. Vigilar cara (palidez, sudoración) y signos vitales después del nacimiento y alumbramiento o Vigilar la pérdida sanguínea.
2. 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).
3. Vigilar constitución de globo de seguridad de Pinard que es el signo de garantía de hemostasia perfecta.
4. Realizar cuidadosa revisión de placenta y membranas, de éstas últimas caracterizar su integridad en extensión y espesor.
5. No abandone a la parturienta y realizar vigilancia estricta en las primeras 2 horas: signos vitales, globo de seguridad de pinard y sangrado transvaginal

Manejo Activo: Tercer Período del parto.

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

En el manejo activo se incluye:

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

1. la administración inmediata de 10 UI de oxitocina intramuscular.

A la salida del bebé, previamente palpe al abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés y proceda a aplicación de 10 UI de Oxitocina IM aún cuando se ha utilizado Oxitocina para inducto-conducción.

Para este fin, al preparar el equipo de atención de partos, debe servirse también una jeringa descartable cargada con las 10 UI de Oxitocina. El sitio de aplicación puede ser en el brazo (músculo deltoides), si hubiese otro recurso de salud que lo esté apoyando, o con mayor frecuencia en el muslo (particularmente cuando se encuentra atendiendo el parto solo/a).

La Oxitocina es la primera opción, se prefiere porque produce efecto 2-3 minutos después de la inyección, tiene efectos colaterales mínimos y se puede usar en todas las mujeres. Si no se dispone de Oxitocina, administre Ergometrina 0.2 Mg. IM o Prostaglandinas (Misoprostol 600 µg PO u 800 µg sublingual)⁵. Antes de administrar estos medicamentos asegúrese de que no exista ningún otro bebé en la cavidad uterina.

No administrar ergometrina a mujeres con pre eclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vasculares.

Hay que estar seguros que la oxitocina (dependiendo del fabricante) o ergonovina han sido almacenadas en condiciones adecuadas de red de frio (o termos de vacunas).

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

3. 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.

Pince el cordón umbilical cerca del perineo, usando una pinza Forester (de ojo). Sostenga el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano.

Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, establezca el útero aplicando contra tracción 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 contra tracción, 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 contra tracción sobre el útero.

Si la placenta no desciende después de 30-40 segundos de tracción controlada del cordón umbilical (es decir, si no hay ningún signo de separación placentaria), no continúe halando del cordón y efectúe lo siguiente:

- Sostenga con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero esté bien contraído nuevamente. Si es necesario, utilice una pinza de ojo para pinzar el cordón más cerca del perineo a medida que se alargue.
- Con la contracción siguiente, repita la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contra tracción.

- Nunca aplique tracción al cordón umbilical (halón) sin aplicar la contra tracción (pujo) por encima del pubis con la otra mano. o 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.

Remoción manual de la placenta Las indicaciones para realizar la extracción manual de la placenta, es retención de esta por más de 15 minutos con manejo activo, y 30 minutos sin manejo activo, luego de producido el nacimiento.

4. 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 realizarse inmediatamente después del alumbramiento y para ello utilizar guantes estériles y la pinza de Forester.

La pinza se coloca en labio cervical anterior con el fin de poder revisar todo el canal del parto que incluya también el cérvix, paredes laterales de vagina, 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 legrados instrumentales sin causas aparentes, ni insertar gasas con pinzas de anillo ni limpiar manualmente con gasas o con pinzas.

Para obtener el análisis de las intervenciones y el cuidado de Enfermería se dividieron en los tres periodos del parto, así mismo para concluir con el tercer periodo se continua con la administración de oxitocina antes realizando la debida palpación abdominal esto para asegurarnos que no existe otro bebe en el útero.

Tabla 24. El personal de enfermería descarta que no hay otro bebe en el útero realizando palpación abdominal para administrar 10 UI de oxitocina IM en el tercer periodo del parto.

Nombre.	S	I	N/O	N/A	Total
Descarta que no hay otro bebe en el útero realizando palpación abdominal para administrar 10 UI de oxitocina IM.					
Frecuencia.	0	39%	0	0	39
Porcentaje	0%	100%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 100% de las pacientes el personal de enfermería realiza la actividad de forma incorrecta/incompleta.

Se comprueba que la gran mayoría del personal de enfermería no palpa el abdomen para asegurarse que no existe otro bebe si no que se dirigen a la administración de las 10 UI de oxitocina lo que muestra un incumpliendo completo primeramente con la primera acción del manejo activo del trabajo de parto y del mismo modo con lo que expuesto por la Normativa 011, (2015) en la cual se menciona que a la salida del bebe previamente palpe el abdomen para descartar la presencia de orto u otros bebes y procesa a la aplicación de las 10un de oxitocina IM aun cuando se ha utilizado oxitocina para inducto conducción, de la misma manera señala también que entre los fármacos uterotónicos, la oxitocina es el de elección porque surte efecto 2-3 minutos después de la inyección, tiene muy pocos efectos secundarios y puede administrarse a todas las mujeres, es decir que esta normativa hace saber que una vez que se haya cerciorado de la salida del bebe se descarte que no haya presencia de uno más para proceder a la aplicación de la oxitocina lo cual está estipulado que se debe realizar. Esta actividad se realizó de manera insatisfactoria.

Tabla 25. El personal de enfermería si atiende el parto vigila el sangrado transvaginal durante el tercer periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total
Si atiende el parto vigila el sangrado transvaginal.					
Frecuencia.	3	0	36	0	39
Porcentaje.	8%	0%	0%	92%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 8% de las pacientes el personal de enfermería le realizo la actividad, y al 92% el participante no le realizo la actividad durante la evaluación.

Se evidencia que en la mayoría de los partos atendidos por parte del personal de enfermería del hospital primario en estudio vigilo el sangrado en las pacientes y en cuanto al porcentaje restante fue el personal médico quien realizo dicha actividad y

Según Schwarcz (2008) expone, que durante el curso del alumbramiento se produce siempre una pérdida de sangre que es en promedio de unos 300ml, es algo más cuantiosa en las multíparas que en las primíparas, además que en el alumbramiento normal, el momento de mayor producción de la pérdida de sangre es en el desprendimiento pero, su manifestación exterior varía según el mecanismo de desprendimiento. Según esta literatura nos dice que es algo normal la pérdida sanguínea siendo de un mayor porcentaje en las multíparas que en las nulíparas lo cual varía según la manera que se da el desprendimiento, cabe mencionar que se debe de vigilar por cualquier eventualidad.

Tabla 26. El personal de enfermería si atiende el parto pinza el cordón umbilical dentro de los 2 o 3 minutos posteriores al nacimiento durante las primeras dos horas el tercer periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total
Si atiende el parto pinza el cordón umbilical dentro de los 2 o 3 minutos posteriores al nacimiento durante las primeras dos horas.					
Frecuencia.	3	0	0	36	39
Porcentaje.	8%	0%	0%	92%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 8% de las pacientes el personal de enfermería se le realizó la actividad y al 92% el participante no realiza la actividad porque en I unidad lo realiza el médico u otro profesional.

Se observó que el personal de enfermería del Hospital primario en estudio en gran totalidad si se cumplió con lo estipulado realizando la acción en su momento dado y el otro porcentaje fue realizado por el personal médico, según la OMS (2012), reitera la recomendación de la demora en el pinzamiento del cordón umbilical lo cual permite que la sangre continúe pasando de la placenta al neonato durante entre 1 y 3 minutos adicionales después del parto. Se considera que esta breve demora aumenta las

reservas de hierro del lactante pequeño en más del 50 % a los 6 meses de vida entre los neonatos nacidos a término incluyendo beneficios como menos anemia en los lactantes, disminución de la hemorragia intraventricular, menos enterocolitis necrosante, menos septicemia en lactantes. Es por ello que el personal de enfermería debe estar capacitado y con los conocimientos requerido para aplicar correctamente los cuidados según lo citado, lo cual nos dice que al pinzar el cordón en el momento adecuado es beneficioso para el bebe evitando ciertas enfermedades futuras para el neonato.

Tabla 27. El personal de enfermería si atiende el parto realiza tensión controlada del cordón umbilical en el tercer periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total
Si atiende el parto realiza tensión controlada del cordón umbilical.					
Frecuencia.	3	0	0	36	39
Porcentaje.	8%	0%	0%	92%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 8% de las pacientes el personal de enfermería le realizo la actividad, y al 92% el participante no le realizo la actividad porque en la unidad lo realiza el médico u otro profesional.

Se observó que el personal de enfermería del hospital primario en estudio en su gran totalidad realizo la tensión controlada del cordón umbilical a las pacientes, mostrando claramente que se involucra en estos procedimientos dándole importancia y poniendo en prácticas sus conocimientos, habilidades y destrezas durante la atención del parto y el restante de partos atendidos lo realizo otro personal de salud de esta manera cumpliendo a cabalidad con lo establecido en la Normativa 011, (2015) se realiza una tención controlada del cordón umbilical durante la contracción y después de haber observado los signos de desprendimiento. Si se efectúa sin contracción puede provocarse una eversión uterina y lo sustenta Zelaya (2014) diciendo que la tracción sobre el cordón durante una contracción, combinada con una contracción sobre el útero con la mano del proveedor puesta inmediatamente por encima de la sínfisis del pubis

facilita la expulsión de la placenta una vez que se ha separado de la pared uterina. Según lo que refleja la literatura orienta que se debe realizar una debida técnica de tención o tracción en el momento indicado después que se confirme mediante la observación signos que indiquen que no hay un desprendimiento debido a que si se realiza sin contracción lo que puede ocurrir es un daño a la paciente.

Hofmeyr (2007) menciona que el masaje uterino incluye la colocación de una mano en la región inferior del abdomen de la mujer en el fondo uterino, y la estimulación del útero con masajes repetitivos o movimientos de opresiones.

Tabla 28. El personal de enfermería si atiende el parto realiza masaje uterino posterior a la salida de la placenta en el tercer periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total.
Si atiende el parto realiza masaje uterino posterior a la salida de la placenta.					
Frecuencia.	3	0	0	36	39
Porcentaje.	8%	0%	0%	92%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 8% de las pacientes el personal de enfermería le realizo la actividad y al 92% el participante no le realizo la actividad durante la evaluación.

Se evidencia que el personal de enfermería del Hospital primario en estudio en su totalidad con respecto a los partos atendidos si realizo el masaje uterino poniendo en práctica sus conocimientos y la otra parte fue realizada por otro personal de salud o que significa que el personal de enfermería si se involucra en dicha actividad que según Normativa 011, (2015) indica 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, debe orientarse a la parturienta a fin de que continúe practicándose el masaje uterino, por esta razón es necesario que se realice o practique indispensablemente el masaje uterino con el objetivo de obtener una contracción uterina y así asegurarnos que se ha dado la formación del globo de seguridad de pinard siendo un deber del personal que atiende el parto, brindando una atención de calidad y calidez.

Tabla 29. El personal de enfermería si atiende el parto verifica la formación del globo de seguridad de pinard en el tercer periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total
Si atiende el parto verifica la formación del globo de seguridad de pinard.					
Frecuencia.	3	0	0	36	39
Porcentaje.	8%	0%	0%	92%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 8% de las pacientes el personal de enfermería le realizó la actividad y al 92% el participante no le realizó la actividad.

Se observó que el personal de enfermería del Hospital primario en estudio en un total de 3 partos atendidos por el personal de enfermería verificó de forma correcta la debida formación del globo de seguridad de pinard en las pacientes y el restante de parto fueron atendidos por otro personal de salud lo que significa que aun el personal de enfermería toma la iniciativa de involucrarse en la atención del parto de bajo riesgo, cumpliendo a cabalidad con lo establecido por la Normativa 011 (2015), quien expresa que forma parte de los cuidados maternos-fetales después del alumbramiento también Schwarcz (2008) muestra en su literatura 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, por ello que es necesario que previamente a la expulsión se debe verificar la formación correcta o exacta del globo de seguridad de pinard lo que significara que el útero vuelva a su lugar ya que este constituye uno de los cuidados más importante que debe realizar el personal.

Schwarcz (2008) el cual refiere que el objetivo del examen minucioso de la placenta y de las membranas es para asegurarse de su integridad. Este es un paso importante que muchas veces la rutina obstétrica olvida, sin valorar el riesgo que implica no reconocer la integridad de la placenta. Se debe observar la placenta primero por su cara fetal y luego, invirtiéndola, se examina su cara materna, siempre apoyándola en una superficie plana.

Tabla 30. El personal de enfermería si atiende el parto revisa la placenta (membranas y cotiledones) en el tercer periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total.
Si atiende el parto revisa la placenta (membranas y cotiledones).					
Frecuencia.	3	0	0	36	39
Porcentaje.	8%	0%	0%	92%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 8% de las pacientes el personal de enfermería le realizó la actividad y al 92% el participante no realizó la actividad porque en esa unidad lo realiza el médico u otro profesional.

Se observó que el personal de enfermería del Hospital primario en estudio en los partos atendidos por personal de enfermería si realizó la revisión de la placenta a las pacientes y el otro porcentaje es realizado por otro personal de salud, lo que muestra que el personal de enfermería está perdiendo su lugar por la falta de interés de este mismo, según Flores P, (2008) expone que la placenta de término es discoidal, tiene un diámetro de 15 a 25 cm y alrededor de 3 cm de espesor y pesa entre 500 y 600 gr. Si se le observa entonces del lado materno, se advierten con claridad 15 a 20 zonas ligeramente abultadas, los cotiledones, cubiertos por una delgada capa de decidua basal. Los surcos que separan a los cotiledones son formados por los tabiques deciduales. La superficie fetal de la placenta está cubierta completamente por la lámina coriónica. Se observan arterias y venas de grueso calibre, los vasos coriónicos, que convergen hacia el cordón umbilical es por estas razones que cuando se realiza la revisión de la placenta es necesario que se reconozca su integridad ya que de esta manera se podrá asegurar que no existen restos placentarios que suelen provocar posibles complicaciones y es en base a esto que se requiere de un personal capaz de reconocer cualquier alteración.

Tabla 31. El personal de enfermería toma signos vitales después de la salida de la placenta y los documenta en el tercer periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total
Toma signos vitales después de la salida de la placenta y los documenta.					
Frecuencia.	0	39	0	0	39
Porcentaje.	0%	100%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 100% de las pacientes el personal de enfermería le realizó la actividad de forma incorrecta/incompleta.

Se muestra que el personal de enfermería del hospital primario en estudio que a la gran mayoría de las pacientes no le tomó los signos vitales de forma completa es decir tomaron la presión arterial pero omitieron los demás vitales olvidando la importancia que estos tienen ya que reflejan el estado hemodinámico de la paciente, se observó también que normalmente no tienen sus equipos completos o se encuentran en mal estado para realizar dicha actividad que está estipulada en la Normativa 011 (2015) la que a su vez establece vigilar cara (palidez, sudoración) y signos vitales después del nacimiento y alumbramiento como parte de los cuidados maternas-fetales del mismo modo para Cortez, (2010), el objetivo de enfermería al tomar los signos vitales es reconocer la relación que existe entre los signos vitales, la actividad fisiológica y los cambios fisiopatológicos, conocer la naturaleza periódica de actividades fisiológicas como base para evaluar la medición de signos vitales, utilizar la información obtenida por la medición como factor determinante para valorar la evolución de la usuaria, la respuesta al tratamiento y las intervenciones de enfermería, y comunicar los datos de los signos vitales a los médicos con la terminología correcta y registros adecuados para mejor tratamiento es por eso que los signos vitales son manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en la mujer y en una forma constante, constituyen una herramienta valiosa ya que estos son un indicador del estado funcional de la paciente, es importante recalcar que tener los valores de los signos vitales no tiene ninguna significancia si no se interpretan adecuada y oportunamente, por lo cual el enfermero

debe de tener claros los parámetros normales, además ser conscientes y no caer en el error de documentar datos subjetivos o inventados. Debido a las malas prácticas de implementación en la toma de signos vitales la actividad resulto insatisfactoria.

Tabla 32. El personal de enfermería vigila el sangrado transvaginal después de la salida de la placenta en el tercer periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total
Vigila el sangrado transvaginal después de la salida de la placenta.					
Frecuencia.	17	0	22	0	39
Porcentaje.	44%	0%	56%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 44% de las pacientes el personal de enfermería le realizo la actividad y al 56% no le realizo la actividad durante la evaluación.

Se observa que el personal de enfermería del hospital primario en estudio en un pequeño porcentaje cumplió con dicha acción mostrando sus conocimientos y poniéndolos a la práctica para así poder identificar hemorragias postparto, y en otros casos omitieron por completo dicha acción mostrando en su gran mayoría la falta de conocimientos y incapacidad para brindar una buena atención y obviando lo que nos caracteriza como enfermeros el sentido de cuidar y garantizar buenos resultados además restándole la gran importancia que tiene dicha acción e incumpliendo con lo estipulado por la Normativa 011, (2015), esto se sustenta con en la literatura POPPHI, (2007) hay dos hechos importantes que vale la pena tener en mente, el primero es que los cuidadores consistentemente subestiman la pérdida de sangre visible del hasta 50%. El volumen de cualquier sangre coagulada representa la mitad del volumen de sangre requerido para formar los coágulos. La segunda es que la mayoría de las mujeres que dan a luz son saludables y compensan la pérdida de sangre muy bien. Esto, combinado con el hecho de que la posición de parto más común es una variante de semi sentada con las piernas elevadas, significa que los síntomas de hipovolemia no se pueden desarrollar hasta que un gran volumen de sangre se ha perdido. Es por ello

que se debe tener en cuenta de forma consiente una pérdida de sangre en muchas ocasiones hasta del 50% y que normalmente la mayoría de las parturientas tienen buena salud y pueden recuperar la pérdida de sangre satisfactoriamente, aunque no se debe pasar por alto la vigilancia del sangrado esto con el fin de poder reportar oportunamente a un nivel de mayor resolución y así contribuir al bienestar de la paciente. La actividad realizada durante la evaluación fue insatisfactoria.

Tabla 33. 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 en el tercer periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total
Evalúa el aspecto general de la parturienta color de la piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas.					
Frecuencia.	16	23	0	0	39
Porcentaje.	41%	59%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 41% de las pacientes el personal de enfermería le realizó la actividad, al 59% se le realizó la actividad de forma incorrecta/incompleta.

Se observa que el personal de enfermería del hospital primario en estudio en un pequeño porcentaje se preocupó por el estado general de las pacientes realizando una valoración acorde a su aspecto y un pequeño mayor realizó la actividad incompletamente evaluando solo ciertos aspectos omitiendo pautas claves que pueden indicar cualquier anomalía en la parturienta incumpliendo de esta forma con lo indicado por las normas y protocolos, ya que según lo que se encuentra estipulado en la Normativa 011, (2015) dice que el control de la parturienta después del parto se realizara cada 15 minutos durante dos horas en la sala de partos, con el propósito de detectar signos de alarma y prevenir la hemorragia por desgarros no diagnosticados, hematomas y atonía o inercia uterina en el post parto, es por eso que la evaluación o la

valoración que realiza el personal es de vital importancia ya que lo que se pretende conseguir es el bienestar de la paciente logrando de este modo poder detectar los posibles signos de alarma. Se realizó insatisfactoriamente la actividad.

Tabla 34. 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 en el tercer periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total
Orienta a la mujer sobre abrigo, hidratación, vigilancia del sangrado, apego precoz, deambulación temprana, higiene personal y genital, curación de episiotomía si existiera.					
Frecuencia.	28	11	0	0	39
Porcentajes.	72%	28%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de observación

Al 72% de las pacientes el personal de enfermería le realizó la actividad y al 28% se le realizó la actividad de forma incorrecta/incompleta.

Se evidencia que el personal de enfermería del hospital en estudio en su mayoría brindó las orientaciones generales y la importancia de cada una de ellas sin embargo se muestra que el otro porcentaje lo incompletamente dando orientaciones a medias y omitiendo explicaciones conforme a dudas de las pacientes aunque se muestra calidad por parte del personal que si se preocupa por brindar una excelente atención a todos los pacientes esta demás decir que el personal restante debe preocuparse por mejorar su calidad de atención y no dejar al hospital en evidencia dando una mala atención al igual que incumpliendo con lo indicado, por ello Watson, (2012), plasma la promoción de la enseñanza–aprendizaje interpersonal como uno de sus factores curativos de la ciencia del cuidado en donde expresa que es un concepto importante para enfermería, porque separa el cuidado de la curación, permitiendo que el paciente este informado cambiando la responsabilidad por el bienestar y salud del paciente. La enfermera facilita

este proceso con las técnicas de enseñanza aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el auto cuidado, determinar las necesidades personales y ofrecerles oportunidades para su crecimiento personal, es por ello que las orientaciones generales y completas, el apoyo por parte del enfermería y la disposición para responder a cualquier duda de la paciente, son acciones claves que pueden ayudar a determinar las necesidades que pueda presentar la paciente y así ofrecer posibles resoluciones si la paciente llegara a presentar complicaciones tales como infecciones y las malas técnicas sobre la lactancia. La actividad realizada dio un resultado satisfactorio.

Tabla 35. El personal de enfermería orienta a la mujer sobre signos de peligro durante el puerperio y del recién nacido en el tercer periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total
Orienta a la mujer sobre signos de peligro durante el puerperio y del recién nacido.					
Frecuencia.	25	14	0	0	39
Porcentajes.	64%	36%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 64% de las pacientes el personal de enfermería le realizó la actividad y al 36% se le realizó de forma incorrecta/incompleta.

Se evidencia que el personal de enfermería del hospital primario en estudio en un gran porcentaje muestra preocupación o tiene la cortesía de brindarle a la parturienta la orientaciones necesarias para su cuidado sobre todas las señales de peligro que ella y el neonato pueden presentar y donde recurrir en caso de presentarse algún signo mostrando el grado de empatía y conocimientos básico sin embargo en otros casos se observó incumplimiento no dando todas las orientaciones completas ya que según Ponce, (2005) refiere que proporcionar comunicación y educación este se convierte en un medio útil para percibir y dar respuesta a sus necesidades ya que los conocimientos adquiridos en el entorno hospitalario tanto para el auto cuidado como en relación al cuidado del niño adquieren una especial relevancia pues se inicia una etapa vital para

la mujer a la que se debe adaptar de manera saludable y progresiva, es por ello que se debe de estar consciente que si se brinda una comunicación clara permitirá ofrecer una atención de forma adecuada y oportuna y es también a través de educación que se pueden ampliar los conocimientos que la paciente ya tiene sobre su estado de salud y su auto cuidado esto siempre y cuando la paciente esté en condiciones de realizar las actividades por sí sola, y ya que nunca va estar de más dar que se ofrezca educación sanitaria esto también servirá para crear un lazo entre la enfermera, paciente y familia, con la educación se intenta orientar a la mujer acerca de señales de peligro presentes en el puerperio y en el recién nacido/a. Dicha acción se realizó de forma satisfactoria.

Normativa 011, (2015) indicando que la anticoncepción posparto, trans cesárea y pos aborto es con el propósito de ampliar el intervalo intergenésicos a por lo menos dos años, evitar el embarazo en adolescente que ha tenido un evento obstétrico, evitar el embarazo no deseado o no planificado, mejorar la calidad de vida, elevar su autoestima y auto cuidado y disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Tabla 36. El personal de enfermería oferta métodos de planificación familiar en el tercer periodo del parto.

Actividad.	S	I	N/O	N/A	Total
Oferta métodos de planificación familiar.					
Frecuencia.	16	0	0	23	39
Porcentajes.	41%	0%	0%	59%	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 41% de las pacientes el personal de enfermería le realiza la actividad, y aun 59 % de las pacientes el participante no realiza la actividad porque en la unidad es realizada por el médico u otro profesional.

Se observó que el personal de enfermería del hospital primario en estudio un gran porcentaje le explica y ofrece a la paciente el mejor método que le favorezca o que la paciente quiera elegir y el otro porcentaje es el personal médico quien realiza la acción debido a que en la unidad normalmente es este personal quien se encarga de estas

orientaciones. Se pudo ver que en la unidad todo el personal de salud se preocupa por brindar las orientaciones necesarias para las usuarias conforme a sus métodos de planificación mostrando el cumplimiento con la Normativa 011, (2015), según la OMS, (2014), la cual indica que la planificación familiar pos-parto, se centra en la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto, a diferencia de la planificación familiar en general cuya importancia está presente de por vida en la vida de una persona o pareja, es de esta manera que es necesario que se realicen en todos los niveles de atención una buena educación con respecto al tema de la planificación familiar es por eso que el personal de enfermería no debe quedar fuera en las orientaciones con respecto a la temática porque es un personal capaz con conocimientos técnicos para brindar consejería eficaz sobre la aplicación, beneficios y contras de cada método logrando así que la parturienta escoja el que mejor le beneficie a su salud. A como se puede ver esta actividad fue realizada de forma insatisfactoria.

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 previa al lavado de áreas bulbar 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 integra) 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

- Ausculta la frecuencia cardiaca 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 cardiaca 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 bulbar 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.

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

Evaluación

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

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

EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y CUIDADOS APLICADOS.

Evaluación de las 36 actividades realizadas durante la atención en los tres periodos del parto.

Categoría	N° de actividades	Porcentaje
Satisfactorio	15	41.6%
Insatisfactorio	4	11.1%
No Observado	5	13.8%
No aplica	12	33.3%
Total	36	100%

FUENTE: Guía de observación

El 41.6% de las actividades corresponde a la categoría Satisfactoria, el 11.1% a la categoría insatisfactorio, el 13.8 % a la categoría No Observado y el 33.3% a la categoría No aplica.

Se evidencia que las 36 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, una vez analizada la información se procede a tabular los datos obtenidos realizando lo siguiente:

- Sumatoria de datos de las categorías Insatisfactorio, No observado y No aplica para la obtención de un porcentaje final. Porque la similitud de sus caracteres permite

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

- Se procede al resultado final en dos categorías, el cual es el propósito final de este presente trabajo investigativo representado a través de la siguiente tabla expuesta a continuación:

Evaluación de las 36 actividades realizadas por el personal de enfermería, en los tres periodos del parto.

Categoría	N° de actividades	Porcentaje
Satisfactorio	15	41.6%
Insatisfactorio	21	58.3%
Total	36	100%

El 41.6% de las actividades el resultado fue satisfactorias y el 58.3% el resultado fue insatisfactorias.

Se demuestra a través de resultados que existe capacidad entre el personal de enfermería del hospital primario san José de Matiguas, a la misma vez se observa que el personal de enfermería no tiene la iniciativa de incluirse en la atención del parto de bajo riesgo, no tomando el lugar que a este le corresponde por contar con los conocimientos básicos y prácticos para brindar una atención de calidad, calidez y con eficacia no cumpliendo de este modo con lo establecido en la Normativa 011, (2015), en

donde se encuentran organizadas todas y 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.

Las intervenciones para la atención de Enfermería a pacientes durante los tres periodos del parto están documentadas en Normativa 011, Normas y Protocolos para atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, el cuidado aplicado corresponde con lo establecido en la teoría, por lo tanto la aplicación del cuidado de Enfermería resulta insatisfactorio.

V. CONCLUSIONES

1. Se enumeraron las intervenciones de enfermería durante la atención de los tres periodos del parto, en base a lo establecido por la Normativa 011, Normas y Protocolos para atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo y Normativa 042, Humanización del parto institucional.
2. se compararon las intervenciones de enfermería con los cuidados aplicados encontrando que se cumple con la mayoría de las intervenciones documentadas por parte del personal de enfermería en cada uno de los periodos del parto, en el hospital primario san José de Matiguas en estudio.
3. Ya evaluadas toda las intervenciones de enfermería establecidas en la Normativa 011, y conforme al cuidado que se le brinda a la usuaria en el hospital primario en estudio, se llega a la conclusión de un resultado insatisfactorio con un porcentaje mayor del 58.3%.

VI. BIBLIOGRAFIA.

Aceituno et al. (2005). Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerpero 2da edicion. Sevilla: Consejeria de Salud.

Macías &Gómez. (2007). Enfermería Materna y de Recien nacido. Enf. Obstetrica - Ginecológica. Segunda edicion . Madrid - España .

011, N. (2015). NORMAS Y PROTOCOLO PARA LA ATENCION PRENATAL ,PARTO .PUERPERIO Y RECIEN NACIDO. MANAGUA -DICIEMBRE.

423., L. g. (2002). Deberes y derechos del paciente. publicado en la gaceta nº 91.

Arribas Cachá, A., Aréjula Torres, J. L., Borrego, R., Domingo Blázquez, M., Morrente Parra, M., Robledo, J., y otros. (2006). Valoracion Enfermera Estandarizada. Observatorio de Metodología Enfermera. Madrid: Copyright.

Bender, B. D. (1997). Nutrition a reference Handbook . Oxford University Press .

Bulchholz, S. (2001). Gimnasia para embarazadas, Enfermeria materna y ginecologica 4 edicion. Cap IV . Barcelona, España : Masson .

Canales , F. H. (2008). Metodologia de la investigacion, Manual por el desarrollo del personal de salud. . Mexico : Limusa SA. .

CENETEC. (2014). Guía de Practica Clínica. Vigilancia y Manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnología en Salud.

CENETEC. (2014). Vigilancia y manejo del trabajo de parto de bajo riesgo . Mexico : Centro Nacional de Excelencia Tecnologica .

Córtex, E. (15 de Mayo de 2010). Docencia en enfermería . Obtenido de Docencia en enfermería : <http://docenciaenenfermeria.blogspot.com/>

Chemes, L. C. (2008). La enfermera y la valoración de los signos vitales . Escuela de enfermería UNT .

Duran DM. (1998).

Egido Fernández, M., Núñez Belmonte, R. A., Ruiz Sánchez, A. I., & Sánchez Martínez, M. R. (2008). Protocolo de canalización mantenimiento y uso de la vía venosa periférica. *sescam* , 12.

FUDEN, F. (2006). Valoración de Enfermería. *OBSERVATORIO Metodología Enfermera*, 17.

Flores Pérez, F. (2008). Placenta y Anexos Fetales. *ULADECH. Embriología Humana* , 11 .

Fundación UNO. (2014). Guía de evaluación de destrezas básicas de enfermería. Managua - Nicaragua .

Hofmeyr, G., & Abdel Aleem, H. (2007). Masaje uterino para la prevención de la hemorragia posparto. Obtenido de Biblioteca Cochrane Plus: <http://www.update-software.com>

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

Lyer . (1989).

Macias & Gomez . (2007).

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

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

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

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

NANDA. (2016). IN MEMORIAL MARJORY GORDON. NANDA INTERNATIONAL , 1.

Normativa 011, m. d. (2009). "normas y protocolo para la atención prenatal, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo".

OMS. (2015). Recomendaciones de la OMS para la conducción del parto. Ginebra: Centro Latinoamericano de Perinatología.

OMS. (2012). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. Ginebra.

OMS, O. (1996). Cuidados en el Parto Normal: Una Guía Práctica. Ginebra: Consejería de Salud de Andalucía.

Piura , L. J. (2008). Metodología de la investigación científica - un enfoque integrado . Managua - Nicaragua : xerox .

POPPI, P. o. (2007). Prevención de Hemorragia posparto: Implementación del manejo activo del tercer periodo del parto. Seattle: A reference manual for health care providers.

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

salud, M. d. (2015). Normas y Protocolo para la atención prenatal ,parto ,puerperio y recién nacido. Managua-diciembre.

Salud, M. d. (2015). Normativa 011, segunda edición normas y protocolos para la atención prenatal, parto , recién nacido y puerperio . managua .

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

Watson, J. (12 de junio de 2012). Teorías de enfermería uns. Obtenido de

Teorías de enfermería uns.: <http://www.teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com>

(OMS, Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto., 2014)

ANEXOS

ANEXOS 1.

Operacionalización de variables.

- ✓ **Objetivo 1 y 2:** Intervenciones de Enfermería.
- ✓ **Sub variables:** Intervenciones en el primer periodo del parto, intervenciones en el segundo periodo del parto intervenciones en el tercer periodo del parto
- ✓ **Objetivo3:** Evaluación de las intervenciones.
- ✓ **Sub variables:** Satisfactorio, insatisfactorio.

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. Intervención de enfermería en el segundo periodo del parto. Intervención de enfermería en el tercer periodo del parto.	% de intervenciones documentadas en la normativa de atención de la APN, parto y puerperio de bajo riesgo.	Nominal
Evaluación	Valoración de conocimientos, actitud y rendimiento de una persona o de un servicio.	Satisfactorio Insatisfactorio	% de cumplimiento de intervenciones de Enfermería según normativa.	Continua

ANEXOS 2.

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

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 parto	N°	Actividad	S	I	N/O	N/A
Primer periodo	1	Se presenta ante la paciente brindando su nombre completo.				
	2	Respetar la intimidad y privacidad de la paciente				
	3	Realiza valoración de necesidades de la paciente				
	4	Toma de Signos Vitales y de frecuencia cardíaca fetal para detectar y reportar signos de peligro.				
	5	Oferta parto acompañado (humanizado)				
	6	Vigila el estado de hidratación materno y orienta la ingesta de líquidos azucarados.				
	7	Orienta colocarse en Decúbito Lateral Izquierdo, deambular o adoptar la posición en la que se sienta cómoda.				
	8	Motiva la micción espontánea.				
	9	Orienta ejercicios de respiración durante las contracciones.				
	10	Identifica progreso insatisfactorio del T de P.				
	11	Identifica distocias de la contractilidad uterina				

		(hipodinamia/hiperdinamia) y lo reporta.				
	12	Identifica distocias Oseas y de partes blandas y lo reporta.				
	13	Realiza amniotomia hasta los 10 cm y evitar amniotomia innecesaria.				
	14	Prepara equipos de reanimación neonatal por si los necesitara.				
	15	Proporciona los materiales y equipos para episiotomía.				
Segundo periodo	16	Ayuda a la mujer a trasladarse a la sala de expulsivo				
	17	Cumple con las correctas técnicas de asepsia.				
	18	Alienta a la mujer a que adopte la posición adecuada que permita el pujo (cuclillas, sentada, semi sentada, ginecológica)				
	19	Orienta la correcta técnica de pujo				
	20	Si atiende el parto, Protege periné para evitar desgarros y laceraciones.				
	21	Orienta a la mujer que deje de pujar y mantener su respiración jadeante.				
	22	Canaliza con branula Nº 16 o de mayor calibre si se indica				
	23	Administra medicamentos con técnica correcta si es necesario				
Tercer periodo	24	Descarta que no hay otro bebe en el útero realizando palpación abdominal para Administrar 10 UI de oxitocina IM.				
	25	Si atiende el parto vigila el sangrado transvaginal.				
	26	Si atiende el parto pinza el cordón umbilical dentro de los 2 o 3 minutos posteriores al nacimiento.				
	27	Si atiende el parto realiza tensión controlada del cordón umbilical.				
	28	Si atiende el parto realiza masaje uterino posterior a la salida de la placenta.				
	29	Si atiende le parto verifica la formación del globo de seguridad de Pinard.				
	30	Si atiende el parto revisa la placenta (membranas y cotiledones).				
	31	Toma signos vitales después de la salida de la placenta y los documenta				
	32	Vigila el sangrado transvaginal después de la salida de la placenta.				
	33	Evalúa el aspecto general de la parturienta color de la piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas.				
	34	Orienta a la mujer sobre Abrigo, hidratación, vigilancia del sangrado, apego precoz, deambulacion temprana, higiene personal y genital, curación de episiotomía si existiera.				
	35	Orienta a la mujer sobre signos de peligro durante el puerperio y del recién nacido.				
	36	Oferta métodos de planificación familiar.				

ANEXOS 3.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

N	Actividad.	Fechas.
1	Protocolo de investigación	Febrero a junio 2016
2	Aplicación de guías de observación. (Visitas a hospital).	Septiembre; 25, 26, 1,2, 7, 8, 9, 16, 22, 23, 24, 30.
3	Tabulación de información.	Octubre; 4, 5, 6, 8, 9.
4	Revisión de tablas de distribución de frecuencia.	29 octubre. 12, 19, 26
5	Revisión de resultados.	Diciembre; 26, 3, 10, 14 del 2016.
6	Revisión de trabajo final.	17 de diciembre 2016.
7	Revisión final.	22 de diciembre 2016.
8	Pre defensa.	28 de enero 2017.
9	Se trabajó en la corrección del trabajo en pre defensa.	31 de enero, 1,2, 3 de febrero 2017.
10	Defensa final.	11 de febrero 2017.