

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



SEMINARIO DE GRADUACION

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

TEMA GENERAL

Intervenciones de Enfermería y Aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo riesgo según Normas y Protocolos en áreas de salud del Departamento de Matagalpa, II Semestre 2016.

TEMA ESPECÍFICO

Intervención de Enfermería y Aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo riesgo según Normas y Protocolos en el centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón Departamento de Matagalpa, II Semestre 2016.

AUTORAS:

Br. Zeneyda María Aráuz Flores.

Br. Ángela del Carmen López Hernández.

TUTORA: Msc. Karla V Molinares.

Matagalpa, Febrero, 2017.

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



SEMINARIO DE GRADUACION

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

TEMA GENERAL

Intervenciones de Enfermería y Aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo riesgo según Normas y Protocolos en áreas de salud del Departamento de Matagalpa, II Semestre 2016.

TEMA ESPECÍFICO

Intervención de Enfermería y Aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo riesgo según Normas y Protocolos en el centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón Departamento de Matagalpa, II Semestre 2016.

AUTORAS:

Br. Zeneyda María Aráuz Flores.

Br. Ángela del Carmen López Hernández.

TUTORA: Msc. Karla V Molinares.

Matagalpa, Febrero, 2017.

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso, por ser el enmendador de los sabios y por la inteligencia, la sabiduría que me da y me sigue dando para realizar los planes de mi vida.

A mis padres: Fidel Aráuz Aráuz y Adilia López Flores, a quien les agradezco por la oportunidad de apoyarme mutuamente y económicamente para poder llegar a culminar mis estudios universitarios con mucho éxito.

A mis hermanos, hermana y demás familiares por ayudarme mutuamente y brindarme su apoyo emocional.

A mis tutores por sus enseñanzas e instrucciones de apoyarme durante este trabajo, y sus esmerados tiempos y conocimiento brindados para hacer posible mi seminario de graduación.

Br.Zeneyda Maria Aráuz Flores.

DEDICATORIA

Primeramente, a Dios por darme sabiduría y entendimiento para poder culminar mi carrera que con tanto esfuerzo y dedicación lo he hecho.

A mis padres por apoyarme incondicionalmente y por brindarme tiempo y dedicación en mis estudios.

A mi esposo que me ha apoyado y ha sabido comprender mis esfuerzos, por brindarme confianza y deseos de superación.

A mis maestros por brindarme dedicación y empeño para seguir adelante y que sea una buena profesional en el futuro, ellos son nuestra guía a seguir.

Br.Ángela del Carmen López Hernández

AGRADECIMIENTO

A Dios por facilitarnos sabiduría, valor, comprensión y fuerzas para elaborar positivamente nuestro seminario de graduación

A nuestros padres y demás familiares quienes nos brindaron su apoyo incondicional.

A todas aquellas personas que de una y de otra forma colaboraron en dar sus aportes para enriquecer nuestro trabajo y poder salir con éxito.

A nuestra Docente: MSc Karla Molinares por guiarnos sobre este tema importante de mucho contenido social y de impacto en el sector salud.

Br. Zeneyda María Aráuz Flores.

Br. Ángela del Carmen López Hernández.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua

FAREM Matagalpa

Departamento de Ciencia Tecnología y Salud



Valoración docente

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

Y con sub tema: Intervención de Enfermería y Aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo riesgo según Normas y Protocolos en el centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón Departamento de Matagalpa, II Semestre 2016.

Elaborado por las autoras: Br: Zeneyda María Aráuz Flores y Br. Angela del Carmen López Hernández. Reúne los requisitos científicos y metodológicos para ser presentada y defendida ante un tribunal examinador.

Matagalpa 11 de febrero del 2017.

MSc. Karla Vanessa Molinares Salgado.

Tutora de Seminario.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es analizar las intervenciones de enfermería según normativa y la aplicación de cuidados durante la atención del parto de bajo riesgo en el centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón Departamento de Matagalpa II, semestre 2016.

Con el propósito de que el personal de enfermería realice las intervenciones de manera correcta y completa según Normativa, para obtener la información se realizó la siguiente actividad como es la aplicación de la guía de observación al personal de enfermería la cual contenía las intervenciones documentadas de la Normativa (011,2015) es de importancia ya que se abordan las intervenciones de Enfermería con el cuidado aplicado a las usuarias en los tres periodos del trabajo de parto con el objetivo de que se cumplan con eficiencia y eficacia las intervenciones antes mencionadas, las principales conclusiones fueron, a) Se enumeraron las intervenciones de enfermería durante la atención del parto en la Normas y protocolo para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, Normativa (042,2010) Parto humanizado, b) se compararon las intervenciones de enfermería en los tres periodos del parto con el cuidado aplicado por lo tanto se obtuvieron los resultados de forma insatisfactoria, c) al evaluar las intervenciones de enfermería con el cuidado aplicado se encontró que a la mayoría de las usuarias se le realizan las intervenciones de forma incorrecta e incompleta por lo que se valora el cuidado como insatisfactorio.

Palabras claves: cuidados de enfermería, intervenciones, periodos del parto, parto de bajo riesgo.

INDICE

	Pág.
Contenido	
I. INTRODUCCION	1
II. JUSTIFICACION	6
III. OBJETIVOS	7
IV. DESARROLLO DEL TEMA	8
4.1. Intervenciones de enfermería.....	8
4.2. Cuidados de Enfermería.	9
4.3. Parto de bajo Riesgo.....	9
4.4. PERIODOS DEL PARTO	12
4.5. Intervenciones materno-fetales del primer periodo del parto.	22
4.6. Intervenciones materno-fetales del segundo periodo del parto.	47
4.7. Intervenciones materno-fetales del tercer periodo	62
4.8. TABLAS DE EVALUACION	79
V. CONCLUSIONES	82
VI. BIBLIOGRAFIA	83
ANEXOS	
Anexo 1. Tabla representativa de fracción de la muestra.	
Anexo 2. Operacionalización de la variable.	
Anexo 3. Guia de Observación.	
Anexo 4. Cronograma de actividades.	
Anexo 5. Carta del MINSA.	

I. INTRODUCCION

El nacimiento, acontecimiento hermoso, es un proceso fisiológico en el cual los aspectos emocionales cobran importancia en la vida de una mujer, en el que el personal de Enfermería debe ser protagonista y no ser objeto pasivo de prácticas rutinarias médico quirúrgicas, la atención debe ser acogedora y segura para la mujer gestante respetando sus derechos, elecciones e individualidad, por lo que el Ministerio de Salud de Nicaragua en su calidad de 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, por lo que diversos autores han investigado sobre las intervenciones y cuidados de enfermería durante los tres periodos del parto, descritos a continuación.

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

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

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

En Guatemala (2014), Juana Juárez Castillo realizó un estudio para optar al título de Maestra en Enfermería Materno Neonatal, titulado: competencias del personal de enfermería en la atención del tercer periodo del parto, cuyo objetivo fué 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 el porqué el uso importante de este medicamento y al analizar los resultados se comprobó que existe un grupo representativo del 23% que desconoce el MATEP, las complicaciones o riesgo que conlleva la ausencia de estos, la importancia de la aplicación y que por normas se deben de realizar.

Otro estudio realizado en Guatemala (2015) por Vitalia Antonieta de León López para optar al título de Licenciada en Enfermería titulado: humanización del cuidado de enfermería en la atención del parto en el Hospital Regional de Occidente Quetzaltenango, concluyó que el cuidado humanizado se ve interrumpido por la falta de

comunicación entre el personal de enfermería y las usuarias, el cual interfiere en la identificación de las necesidades. Otro factor es la falta de información acerca del trabajo de parto y los procedimientos a realizar con un resultado del 44% en el que las usuarias indicaron que nunca recibieron información.

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

Es evidente que en el sistema de salud actual la atención de Enfermería durante el trabajo de parto ha tenido grandes avances teóricos prácticos en la humanización del cuidado y la atención de calidad al eliminarse intervenciones que han sido demostrados ineficaces, como el resurado 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 ,Il semestre 2016?

Este estudio se realizó en el centro de salud Lucrecia Lindo, ubicado en el Municipio de San Ramón departamento de Matagalpa, en el barrio 8 de Marzo, contando un plantel

conformado por 4 Licenciadas en enfermería, 4 auxiliares en enfermería, 2 enfermeras en servicio social, 3 enfermeras auxiliares MOSACF, 5 médicos generales, 4 médicos en servicio social, 2 laboratorista, 3 farmaceuta, 1 odontólogo, 4 personal de limpieza y 2 CPF, también cuenta con una casa materna con un personal responsable del cuidado de las pacientes, es descriptivo porque describe detalladamente las situaciones y eventos de las personas que son observadas, de corte transversal porque se utilizó un periodo de tiempo en el cual se identificaron las intervenciones normadas y la aplicación del cuidado de enfermería durante la atención del parto de bajo riesgo, tiene enfoque cualitativo por lo que a través de este se tuvo en cuenta la aplicación del cuidado de enfermería según las intervenciones descritas en la Normativa 011 (2015), con implicancia cuantitativa porque usa la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar una teoría, en este caso se revisa la teoría disponible sobre intervenciones de enfermería durante la atención del parto de bajo riesgo y su relación con el cuidado aplicado al recolectar datos. El centro de salud en estudio actualmente atiende un promedio de 30 partos de bajo riesgo mensualmente, la cual constituye el universo y muestra, de forma que el tipo de muestra es no probabilístico por conveniencia porque las pacientes deben presentar la característica de un parto de bajo riesgo para formar parte de esta, es decir es necesario que tenga este criterio para ser incluidas dentro de la muestra y es por ello que Canales (2008) indica que este tipo de muestra se caracteriza por que el investigador selecciona su muestra siguiendo algunos criterios identificados para los fines del estudio que le interesa realizar. De acuerdo al tipo de muestreo seleccionado y por la división existente del parto en 3 periodos se fracciona la muestra de tal manera que la cantidad de usuarias varía según el periodo del parto observado, quedando de la siguiente manera primer periodo: 16 usuarias, segundo y tercer periodo 14 usuarias. Al operacionalizar se obtuvo las siguientes variables enumeración de las intervenciones de enfermería, comparación de intervenciones con el cuidado de enfermería y evaluación de las intervenciones aplicadas en el cuidado, se aplicó el método teórico al revisar las intervenciones de la normativa 011 (2015) y el empírico al actuar sobre los escenarios recolectando la información a partir de un instrumento de recolección de datos denominado guía de observación la cual se aplicó

al personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo, esta guía contenía las intervenciones de enfermería documentadas en la Normativa 011 para la que se definieron los siguientes criterios: (1) satisfactorio: si el personal de enfermería realizó la intervención de la manera completa y correcta, (2) insatisfactorio: si el personal de enfermería realizó la intervención de forma incompleta e incorrecta, (3) No observado: si el personal de enfermería no realizó la actividad y No aplica: si la intervención la realiza otro personal de salud y no enfermería. Se utilizó el programa de procesamiento de información Word y el de presentación Power point.

Para la realización del estudio se obtuvo autorización escrita por parte de Lic Maritza Blandòn, directora del Centro de Salud, a la que se le presentó una carta de solicitud firmada por PHD Marcia Cordero Rizo, en calidad de Jefa del Departamento de Ciencia, Tecnología y Salud y Coordinadora de la Carrera de Enfermería de la FAREM Matagalpa.

II. JUSTIFICACION

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

III. OBJETIVOS

General:

Analizar las intervenciones de Enfermería según Normativa y la aplicación del cuidado durante la atención del parto de bajo riesgo en el Centro de Salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón Departamento de Matagalpa II semestre 2016.

Específicos

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

IV. DESARROLLO DEL TEMA

4.1. Intervenciones de enfermería.

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).

Intervenciones Directas:

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

Intervenciones Indirectas:

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

Por lo tanto las Intervenciones de Enfermería están encaminadas a conseguir un objetivo previsto o para alcanzar los criterios de resultados establecidos previamente a través de acciones de enfermería.

Clasificación de las intervenciones

Dependientes

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

Interdependientes

Son aquellas acciones que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos. (NANDA, 2012, 2014).

Independientes

Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas, que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica, son actividades que no requieren la orden previa de un médico. (NANDA, 2012, 2014).

4.2. Cuidados de Enfermería.

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

4.3. Parto de bajo Riesgo.

Se considera parto de bajo riesgo, el de toda embarazada que al iniciar trabajo de parto espontáneo, cumple con 37 a 41 semanas cumplidas de gestación, si se estima que el peso fetal es de entre 2,500 y 4,000 gramos, si en el interrogatorio y exámen 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. (Normativa 011, 2015).

El parto de bajo riesgo es la expulsión del feto sea niña o niño y anexos fetales por vía vaginal y sin ninguna complicación aparente y que presenten de 37 a 41 semanas de amenorrea cumplidas con el máximo peso de 2500 a 4000 gramos por que según el obstetra Shawrcz, (1997) cita que el parto significa la expulsión de un feto con un peso mayor de 500 g (20 semanas, aproximadamente) esto da a entender la expulsión de un feto que no tenga las semanas completas de vida intrauterina puede también ser parto.

Clasificación del parto

a) Por la edad gestacional

Pre término: Parto que ocurre entre las 22 y 36 semanas de amenorrea. (Normativa 011, 2015)

Es considerado parto pre término cuando la gestante ha cumplido entre las 22 y 36 semanas de gestación y presenta contracciones uterinas llegando a la expulsión del

feto ya sea vivo o muerto la cual el personal de enfermería debe de mantenerse bien informado para atender debidamente a las usuarias dentro de este periodo y poder satisfacer las necesidades de la mujer.

Parto prematuro: (28 a 36 semanas cumplidas). (Normativa 011, 2015)

Dentro de esta semana de gestación el feto está formado pudiendo la mujer dar a luz al bebé por vía vaginal por lo cual puede presentar complicaciones neonatales ya que no tiene las semanas de gestación completa de vida intrauterina por eso todo el personal de salud involucrado en la atención de la paciente debe de brindar una atención minuciosa y de calidad para prevenir muertes neonatales.

A Término: 37 a 41 semanas cumplidas, normativa 011 (2015), es considerado parto a término aquel feto que tenga 280 días de vida intrauterina y puede ser expulsado completamente por vía vaginal sin riesgo alguno siempre y cuando se les brinde los cuidados adecuado al binomio es importante que el personal de enfermería atienda a la usuaria como se establece en la normativa 011, (2015) para evitar más muertes maternas y fetales y reducir ingresos neonatales.

Post término: 42 semanas en adelante, según la Normativa 011, (2015), el parto post termino es aquel que tiene más de 42 semanas de gestación y la mujer no presenta contracciones uterinas por lo que es necesario que el personal de salud intervenga en la atención de la mujer ya que estas pueden presentar complicaciones materno fetales porque ya se ha pasado de los 280 día establecido en la norma antes mencionada y de la vida intrauterina viniendo hacer un riesgo más para las mujeres y el feto.

✓ **Por la intervención o no de agentes externos**

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

✓ **Por la evolución fisiológica**

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

✓ **Por la presentación del feto**

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

✓ **Por la vía del nacimiento**

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

✓ **Por el número de fetos**

- Único.
- Múltiple.

ADMISION EN EMERGENCIA Y/O LABOR Y PARTO

La valoración inicial de las gestantes que acudan refiriendo dinámica uterina o sensación de hidrorrea, se realizará en el área de urgencias. Se realizarán en todos los casos las siguientes exploraciones:

- TA, Pulso, Temperatura materna.
- Exploración de las condiciones cervicales.
- Auscultación de la FCF en gestantes de bajo riesgo y registro cardiotocográfico (RCTG) en pacientes de alto riesgo en aquellos lugares donde esté disponible dicha tecnología y aplicando los principios ya establecidos en Normativa 077.
- En general, estará indicado sólo el ingreso de aquellas gestantes que cumplan criterios de parto (dinámica uterina regular, acortamiento cervical superior al 50% y dilatación igual o superior a 3 cm.) siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas nacionales e internacionales
- Si no se cumplen estas condiciones, pueden darse orientaciones generales sobre datos de alarma, adecuada hidratación y alimentación durante esta etapa.
- Las gestantes que acudan presentando otros síntomas (ruptura de membranas, sangrado vaginal) requieren una evaluación específica.

INGRESO

Si la gestante ingresa, se procederá desde urgencias a:

- Revisión de la Historia Clínica (HCP).
- Evaluación del grado de riesgo consignado en HCP

- Se ingresará preferentemente en la Sala de Hospitalización de alto o bajo riesgo de acuerdo con los criterios establecido.
- Evaluación del plan de parto/nacimiento.
- Cumplir llenado de Partograma y tome decisiones.
- Explicar características de las características sobre el dolor del parto y los tipos de contracciones.
- Abordar con la paciente el parto humanizado y la adecuación cultural.
- Converse con la usuaria sobre el uso de un anticonceptivo post evento obstétrico.

4.4. PERIODOS DEL PARTO

Primer Periodo: 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. Continúa el descenso de la presentación fetal. (Normativa 011, 2015)

Dentro del primer periodo del parto las usuarias presentan contracciones uterinas que al realizar el exámen ginecológico el personal de enfermería y médico puede detectar el progreso del primer periodo y así poder identificar cuantos centímetros de dilatación presenta la mujer y vigilar el estado general maternofetal, con el objetivo de brindarles los cuidados necesarios, satisfaciendo las necesidades de la usuaria ya que en este periodo se valora y se puede detectar posibles complicaciones por eso es importante que el personal de enfermería se documente en el cuidado y aplique las intervenciones adecuadas a las usuarias para minimizar más muertes maternas.

Dentro de lo normado se encuentran intervenciones para la aplicación del cuidado de las usuarias para cada periodo, por lo que en el primer periodo se observarán 17 intervenciones.

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 normativa 011 (2015) ,dentro del primer periodo del parto la

usuaria presenta una dilatación menor a 3 cm y cuello uterino se encuentra grueso con contracciones uterinas presente y ausentes con una duración de 40 a 45 segundo en 10 minutos por que según lo observado en el área donde se realizo el trabajo las usuarias presentaron un cuello uterino dilatado positivamente para la progreción del feto.

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. (Normativa 011, 2015). 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, cuando inicia el trabajo de parto la usuaria primigesta presentan dolores obstétricos de 3 a 4 contracciones en 10 minutos viniendo hacer una señal del primer periodo del parto cuando el cuello uterino se adelgaza y a medida que se acerca el trabajo de parto el cuello del útero se acorta para la expulsión fetal.

En Multíparas: Borramiento del 50%, Dilatación de 3 cms y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración cada una, en las pacientes que ya han tenidos un o mas hijos,el borramiento es de un 50%,al realizar el exámen ginocológico y una dilatación de 3 cms,presentando de 3-4 contracciones en 10 minutos de duración dentro de este periodo el personal de Enfermería realizará todos los procedimientos necesarios y satisfactorio a las usuarias para evitar complicaciones futuras.

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 por el cual se presenta el inicio del trabajo de parto con todos los signos y síntomas presente para la expulsión del niño o niña de manera satisfactorio obteniendo las usuarias todos los cuidados brindados por el personal de enfermería.

Identificación de la Posición y presentación del feto

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

✓ **Presentación**

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

✓ **Situación**

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

✓ **Posición**

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

✓ **Variedad de Posición**

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

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

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 anatomopélvicas 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 que 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.

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

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

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

ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA.

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

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

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

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

Los pasos para la valoración son los siguientes:

Interrogatorio

Solicitar carnet de Historia Clínica Perinatal, leer e interpretar datos de las atenciones prenatales realizadas.

Corroborar edad gestacional.

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

Características de las contracciones

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

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

Examen Físico General

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

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

Examen Obstétrico

Efectuar Maniobras de Leopolds para determinar: Presentación, posición, situación, número de fetos y grado de encajamiento del feto. La vitalidad fetal se evalúa mediante la determinación de los movimientos activos del feto y su frecuencia cardíaca fetal.

Caracterizar contracciones uterinas (frecuencia y duración).

Determinar volumen uterino (medición de altura uterina con cinta obstétrica).

Examen Ginecológico

- Indagar sobre existencia de infecciones o lesiones de vulva, vagina y cérvix. Realizar antes de cada procedimiento un correcto lavado de manos y aplicación del alcohol gel.
- Valorar amplitud y elasticidad de partes blandas.
- Dilatación, borramiento y posición cervical. Salida de líquido transvaginal e Integridad de las membranas ovulares. En el caso de ruptura de éstas examinar cantidad-color-olor ruptura de membranas, cuando es sangre realizar abordaje según Protocolo de Emergencias Obstétricas.
- Presentación, variedad de posición y altura de la presentación.
- Proporción feto-pélvica según existencia de recurso especializado para efectuar valoración clínica de la pelvis a fin de confirmar su forma y dimensión para el paso del feto (Arco subpúbico, línea innominada, concavidad del sacro, espinas ciáticas, tuberosidades isquiáticas, consistencia del periné, diámetros internos de la pelvis).
- Los exámenes vaginales se deben realizar por lo menos una vez cada 4 horas durante el primer período del trabajo de parto y después de la rotura de las membranas, realizar los estrictamente necesarios (RESTRINGIR REALIZACION DE TACTOS VAGINALES) y siempre realizarlos bajo el cumplimiento de la Normativa de lavado de manos antes de cada procedimiento. Registrar gráficamente los hallazgos en el Partograma.

ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE LABOR Y PARTO.

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

Partograma.

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

Con la paciente ingresada a sala de Labor Iniciar el llenado del Partograma con Curva de Alerta, tan pronto se considere que la parturienta ha iniciado Trabajo de Parto. Llene en el Partograma los datos generales de identificación de la usuaria: Nombres y Apellidos, número de expediente y fecha de elaboración del mismo.

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

Si es requerido, utilizar las casillas de Observaciones; éstas casillas se encuentran en la parte inferior del Partograma, con las letras **a, b, c, d** hasta la letra **o**. Cada una de estas letras se corresponde con el tiempo real representado en el Partograma. Si tuviese que anotar una observación, cuya interpretación lleve a una decisión de diagnóstico, de tratamiento y/o de referencia; marque con un asterisco la letra correspondiente. Por ejemplo, si a las **11:00 AM** realizó la primera valoración y hay observaciones que hacer, marque la letra **a** con un asterisco y en una hoja adicional en blanco registre los comentarios diagnósticos, de tratamiento y/o de referencia. Si 15 minutos después (**11:15 AM**) realizó otra valoración, no marque la letra **b** con asterisco, sino que utilice nuevamente la letra **a**, pero en esta ocasión regístrela como **a.2**,

siguientes valoraciones en la misma hora en tiempo real, pueden ser registradas como **a.3, a.4**, etc. Ejm: **a.2: 11:15 AM**. Se encuentra que la actividad uterina se ha detenido, (Descripción de la situación encontrada), por lo que consideramos que cursa con, (Diagnóstico), tomando la decisión de (Acción terapéutica y/o de referencia a otro nivel de atención).

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

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

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

Actividad Uterina

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.

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.

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 actos 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 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.

4.5. Intervenciones materno-fetales del 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, embarazada en la primera etapa debe de deambular si no hay ruptura de membranas con adecuada alimentación.

- Orientar a embarazada a que modifique su respiración entre y durante las contracciones. Si la embarazada ha asistido a cursos de parto psicoprofiláctico o sin temor, aliéntela a aplicar las técnicas aprendidas, si se sospecha progreso insatisfactorio del trabajo de parto o trabajo de parto prolongado refiera a especialista, hospitalización o manejo según protocolo de Emergencias Obstétrica.
- Motivar la micción espontánea (evitar cateterismo) para contrarrestar su acción Inhibidora sobre la contractilidad.
- Los estudios indican que los enemas tienen un efecto considerable negativo sobre las tasas de infección en las heridas perineales u otras infecciones neonatales, así como altamente desagradable y molesto para la paciente.
- Estas pruebas no apoyan el uso habitual de los enemas durante el trabajo de parto; por lo tanto, se debe eliminar dicha práctica. De igual manera el rasurado de vulva sin ningún beneficio adicional por lo que estas prácticas se encuentran en desuso.
- La administración de soluciones glucosadas hipertónicas, así como Oxígeno por cánula o catéter nasal son altamente nocivas para el proceso de intercambio a nivel del espacio intervelloso e incrementan los procesos de acidosis a nivel fetal por lo que ambas prácticas deben de suprimirse, por no reportar ningún beneficio adicional.
- La práctica sistemática de la amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto en primigrávidas o multíparas de acuerdo a revisiones sistemáticas se ha encontrado que estos procedimientos 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.
- 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.

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

Complicaciones del Primer Periodo

- Distocias por disminución o aumento de la contractilidad uterina (Hipodinamia e Hiperdinamia).
- Distocias óseas.
- Distocias de partes blandas.
- Hipertonía uterina.
- Disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Eclampsia, preeclampsia.
- Presentaciones anómalas del feto.
- Ausencia del descenso del feto.
- Trabajo de parto prolongado.
- Presencia de líquido amniótico con manchas de meconio, proceder de acuerdo a Normativa de Emergencias Obstétricas.

Protocolo de acogida al usuario.

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

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

El usuario al presentarse a un hospital, trae consigo un cumulo de problemas y lo primero que desea es encontrar la satisfacción de esos problemas y es nuestro principal objetivo, por lo cual contar con un personal entrenado, capacitado en atención al usuario.

Pondremos especial énfasis en las necesidades de salud demandadas y procuraremos establecer debidas coordinaciones con otros servicios o instituciones con el propósito de dirigirlo al lugar adecuado, cuando en nuestra institución no puedan ser satisfechas, recordemos que trabajamos para nuestros usuarios.

Se pretende que el sello de esta estrategia de calidad en la atención de salud sea integral y con características del propio modelo de cuidado de enfermería y otras relacionadas a normativas y líneas de acción para atender y ampliar sin límites esta estrategia.

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

PROCESO PARA LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN AL USUARIO

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

Quien podrá clasificar

- ❖ Puede ser una enfermera general bien un médico orientado y capacitado, sobre técnicas en el manejo de la calidad y buen trato.
- ❖ El personal de admisión en la misma sintonía saludará, se identificará y recepcionará información acerca del usuario para que pueda ser atendido.

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

- ❖ El personal de enfermería establecerá contacto directo en la atención identificándose, procediendo a los cuidados según patologías aplicando a lo

inmediato: valoración, planificación, ejecución y evaluación para su debido manejo haciendo uso correcto de los registros de enfermería.

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

- ❖ Se entregará epicrisis y se orientará sobre su tratamiento e indicaciones médicas, dieta, cita para su control, esta información será dada por el médico y enfermera.
- ❖ Se elaborará un plan educativo acerca de sus necesidades.
- ❖ Se aplicará una encuesta de opinión.
- ❖ Se evaluará todo el proceso, dando a conocer los resultados mensualmente.

Cantidad de pacientes observada por cada periodo.

La muestra total fueron 30 usuarias que construirán el 100% para cada periodo ya que en el primer periodo se observaron a 16 usuarias, en el segundo periodo y tercer periodo del parto se observaron a 14 pacientes de acuerdo al tipo de muestreo seleccionado por conveniencia y por la división del periodo del parto.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO.

Tabla N°1: El personal de Enfermería se presenta ante la paciente brindando su nombre completo.

se presenta ante la paciente brindando su nombre completo	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	0	0	16	0	16
Porcentaje	0%	0%	100%	0%	100%

Fuente: guía de observación.

Al 100% de las pacientes el personal de enfermería no se presenta con su nombre completo.

Se evidencia por tanto que el personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo de San Ramón no cumple con esta actividad, según el protocolo de acogida al usuario en la Ley General de Salud (2002) artículo 8 derecho de los usuarios, manifiesta que el paciente tiene derecho a saber el nombre completo del médico responsable de coordinar la atención aunque en este artículo se menciona al personal médico no al personal de enfermería pero es de mucho interés de que el personal de enfermería cumpla con las normas para ofrecer una atención de calidad y que las pacientes se

sientan seguras y en confianza para expresar sus necesidades y así poder darles respuesta. Por lo que esta actividad se realiza insatisfactoriamente.

Intimidad y privacidad de las pacientes durante el primer periodo del parto.

El personal de salud involucrado en la atención de las pacientes debe garantizar su privacidad, principalmente al momento de realizar examen físico. (Normativa 042,2010) respetar la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento, por lo tanto se debe de respetar de manera general sin importar cual sea la condición de las pacientes la cual es de importancia el cumplimiento de esta intervención.

Tabla N° 2: El personal de Enfermería respeta la intimidad y la privacidad de la paciente durante el primer periodo del parto.

Respeta la intimidad y privacidad de la paciente	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	16	0	0	0	16
Porcentaje	100%	0%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las pacientes el personal de enfermería respeta la intimidad durante el primer periodo del trabajo de parto.

Se evidencia que el personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo de San Ramón respetan la intimidad de las usuarias durante el primer periodo del parto, esta actividad es indispensable en todas las áreas de salud tanto público como privado cumpliendo con lo que está establecido en el protocolo de acogida al usuario en la Ley General de Salud (2002) artículo 8 derechos de los usuarios quien refiere que el respeto a su persona ,dignidad humana e intimidad sin que pueda ser discriminado por razón de raza, de tipo social, sexo, moral ,económico, ideológico, político sindical ,tipo de enfermedades o padecimiento o cualquier otra condición, conforme a los tratados internacionales que sean suscritos por la república de Nicaragua, aunque en este artículo no habla directamente de la paciente en trabajo de parto pero en las diferentes padecimiento de atender a las usuaria de la forma correspondiente sin importar según

la naturaleza del ser humano,este corresponde a parte de atención que recibe como usuarias, por lo tanto se debe cumplir con lo mandado en la ley citada, por lo tanto el personal de enfermería realiza la actividad de manera satisfactoria.

Los 11 patrones Funcionales según las necesidades de Marjory Gordon.

Marjory Gordon: profesora y teórica estadounidense, líder internacional en el campo de la Enfermería fue la creadora en los años setenta de los Patrones Funcionales de Salud de Gordon (Gordon's functional health patterns) con la intención de crear un método de valoración de pacientes, que incluyera conocer los datos necesarios del paciente, su familia, la comunidad y su entorno de forma global y holística y generar diagnósticos propios de Enfermería, Gordon identificó 11 patrones de salud:

- ✓ patrón de percepción-control de salud
- ✓ patrón nutricional-metabólico
- ✓ patrón de eliminación
- ✓ patrón de actividad-ejercicio
- ✓ patrón de sueño-descanso
- ✓ patrón cognitivo-perceptivo
- ✓ patrón autopercepción-auto concepto
- ✓ patrón rol-relaciones
- ✓ patrón de sexualidad-reproducción
- ✓ patrón de adaptación-tolerancia al estrés
- ✓ patrón de valores y creencias

(Pelletier, 2003), quien describe la necesidad como un requisito del paciente que, cuando se satisface, alivia o disminuye la tensión inmediata y mejora su sentimiento inmediato de adecuación o bienestar durante la atención de las usuarias.

Tabla Nº 3: El personal de enfermería realiza valoración de necesidades de la paciente, durante el primer periodo del parto.

Realiza valoración de necesidades de la paciente	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	9	0	0	7	16
Porcentaje	56.25%	0%	0%	43.75%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 56.25% de las pacientes el personal de enfermería realiza valoración de necesidades de manera satisfactoria durante el primer periodo del parto, el 43.75% lo realiza el médico. Por lo que se observa que un mayor porcentaje de las pacientes el personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo de San Ramón realiza valoración de las necesidades de las usuarias de manera satisfactoria durante el primer periodo del parto y otro porcentaje importante lo realiza el médico, considerando esta actividad de suma importancia que se cumplan en todas áreas de salud estando suscrito en la ley general de la salud (2002) artículo 8 derechos a las usuarios según la ley son vulnerables todas aquellas personas que no disponen de recursos para satisfacer las necesidades mínimas para el desarrollo humano donde también son vulnerable grupos especiales de personas de acuerdo a factores biopsicosociales entre otros el binomio madre-niño, persona de la tercera edad y persona con discapacidad por lo tanto algunas mujeres llegan al trabajo de parto no muy bien hidratada y presentando algunas enfermedades crónicas durante el embarazo viniendo hacer una complicación para la parturienta, por eso se debe de tener presente la valoración adecuada en todas las usuarias para obtener un parto agradable y con el mínimo riesgo posible tanto para la madre como para él bebé .

Tabla Nº 4: El personal de Enfermería toma los signos vitales y FCF, durante el primer período del parto.

Toma los signos vitales y FCF	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	0	10	4	2	16
Porcentaje	0%	62.5%	25	12.5%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 62.5% de las pacientes el personal de Enfermería toma los signos vitales y FCF de forma incorrecta o incompleta durante el primer periodo del parto y al 25% no se lo realiza, al 12.5% de las pacientes lo hace el personal médico.

Según Cheme de Fuentes Carmén (2008), quien refiere que la valoración de los signos vitales es una de las funciones del personal de enfermería el cual permite detectar alteraciones potenciales o reales modificatoria del equilibrio psicofísico de la paciente esta valoración constituye el punto de partida en la toma de decisiones objetiva que determinan un cuidado reflexivo e individualizado a la paciente ,se evaluará las constantes vitales de la usuaria y frecuencia cardiaca fetal teniendo en cuenta las alteraciones fisiológicas ya que dentro de este periodo se debe de indagar sobre sufrimiento fetal agudo, y complicaciones maternas, por lo tanto se dice que la toma de signos vitales de forma correcta y completa contribuye a la certeza y a la vitalidad de las usuarias dentro de la atención siendo una actividad indispensable de cumplimiento, sin embargo en la unidad de salud en estudio se evidencia que un porcentaje sí cumple con esta disposición pero lo hace de forma incorrecta o incompleta y el resto no lo realiza y otra parte lo hace el personal médico,tomando en cuenta lo observado se estima que no están cumpliendo lo establecido en la normativa citada, lo que puede acarrear complicaciones que no se detecten y por lo tanto repercutir en la salud materno fetal por el cual se realiza la actividad insatisfactoria por el personal de enfermería.

Parto acompañado.

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.(Normativa 042,2010) quien cita que es importante el ofertar parto humanizado ya que ayuda a la usuarias a tener un parto satisfactorio.

Tabla N°5: El personal de enfermería oferta parto acompañado o humanizado, durante el primer periodo del parto.

Oferta parto acompañado (humanizado)	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	13	0	0	3	16
Porcentaje	81.25%	0%	0%	18.75%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 81.25% de las pacientes el personal de Enfermería oferta parto acompañado o humanizado durante el primer periodo del parto y al 18.75% de las pacientes lo realiza el personal médico.

Según lo observado el personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo de San Ramón a un mayor porcentaje de las usuarias se cumple con esta actividad y un mínimo porcentaje lo orienta el personal médico siendo muy importante ofertarlas en todas aquellas unidades que se le brinden atención a las parturientas de acuerdo a lo establecido en la Normativa 011, (2015) que refleja que el apoyo continuo y acompañamiento de la paciente por familiares reduce la duración del trabajo de parto, aumenta las probabilidades de parto vaginal espontáneo y reduce de la necesidad de analgesia intraparto, y de acuerdo a lo establecido en la Normativa 042,(2015), refiere que es de mucha ayuda el ofertar parto acompañado ya que se obtiene una mejor evolución durante los tres periodos del parto por que las parturienta se sienten apoyadas por sus familiares y esto viene a obtener un menor tiempo posible en trabajo de parto, en el cual el personal de enfermería realiza el procedimiento satisfactoriamente.

Vigilar el estado de hidratación de la usuaria.

El personal de enfermería debe de alientar a la embarazada para que ingiera líquidos claros. Si la embarazada está 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.(Normativa ,011,2015).

Tabla Nº 6: El personal de enfermería vigila el estado de hidratación materno durante el primer periodo del parto.

Vigila el estado de hidratación materno	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	11	0	3	2	16
Porcentaje	68.75%	0%	18.75%	12.5%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 68.75% de las pacientes el personal de Enfermería vigila el estado de hidratación materno durante el primer periodo del trabajo de parto, a un 18.75% de las usuarias no se observó que se les realizara y a un 12.5% lo realiza el médico.

Se evidencia que el personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón un mayor porcentaje de las pacientes se vigila el estado de hidratación materno durante el primer periodo del trabajo de parto, a un mínimo porcentaje no se observó y la otra parte lo realizó el personal médico, siendo una actividad beneficiosa para la madre y el bebé que se debe de cumplir, Según Schwarcz, (1997) vigilar el estado de hidratación es importante durante el comienzo del parto por que puede sorprender a la madre en ayunas y el trabajo de parto puede resultar largo o en otros puede dar vómito que contribuye a la deshidratación por ello es de gran importancia observar la mucosa oral para así detectar la deshidratación en la mujer. De acuerdo al autor citado todos los trabajadores de la salud deben de poner en práctica este procedimiento para brindar una buena calidad de atención y cumplir con lo establecido en las normas y protocolo del MINSA ya que cuando una mujer está en

trabajo de parto durante los esfuerzos de pujo tiende a tener cansancio y algunas a presentar deshidratación por lo tanto es eficaz vigilar el estado de hidratación materno durante el primer periodo con el objetivo de evitar complicaciones que perjudiquen a la madre o al bebé durante el trabajo de parto por lo tanto el personal de enfermería tiene el deber de cumplir con esta actividad citada para prevenir un parto insatisfactorio y poder brindar una atención de calidad y darles repuesta a las necesidades de las usuarias en el cual el personal de enfermería cumple de forma satisfactoria la actividad.

Tabla N° 7: El personal de enfermería detecta signos de peligro al tomar signos vitales y los reporta, durante el primer periodo del parto.

detecta signos de peligro al tomar signos vitales y los reporta	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	11	0	3	2	16
Porcentaje	68.75%	0%	18.75%	12.5%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 68.75% de las pacientes el personal de enfermería detectó signos de peligros al tomar signos vitales y los reportó durante el primer periodo del parto, a un 18.75% no se observó que se detectaran signos de peligro y a un 12.5% lo realizó el médico.

En cuanto al personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón a la mayor parte de las pacientes detectaron signos de peligro al tomar signos vitales y los reportaron durante el primer periodo de atención al parto, y a un menor porcentaje de las pacientes no se observó que se detectara signos de peligro y a un mínimo porcentaje lo hizo el médico esto da a comprender que no todo lo realiza el personal enfermero de acuerdo a lo establecido en la Normativa 011, (2015) refiere que tomar los signos vitales es importante para Vigilar la buena evolución del parto y tomar las decisiones que más convengan a la parturienta y a su hijo-a, el personal de enfermería de este centro deben de involucrarse aunque no atiendan el parto para estar pendiente de las pacientes que lo ameriten también es reforzado por Cortez, E (2010) docencia de enfermería refiere que son fenómenos o manifestaciones objetivas

que se pueden percibir en un organismo vivo en forma constante por lo que no se habla directo de la mujer en trabajo de parto, pero se debe de atender en igual forma, por lo tanto el personal de enfermería del centro en estudio cumple este procedimiento de forma satisfactoria.

El personal de enfermería orienta la ingesta de líquidos azucarados en el primer periodo del parto.

Según la normativa de parto humanizado (042,2010), quien describe que el personal debe permitir que la mujer puede tomar algunos alimentos ligeros durante e inmediatamente después del parto y de preferencia calientes que le proporcionen energía: sopas, tibio, u otros. Se recomienda: Té o leche con canela. Motivar a la parturienta a ingerir líquidos azucarados y/o sopas durante los dolores de parto. (Normativa 011,2015).

Tabla Nº 8: El personal de enfermería orienta la ingesta de líquidos azucarados, durante el primer período del parto.

Orienta la ingesta de líquidos azucarados	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	7	0	8	1	16
Porcentaje	43.75%	0%	50%	6.25%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 43.75% de las pacientes el personal de Enfermería orienta la ingesta de líquidos azucarados durante el primer período del parto, a un 50% de las usuarias el personal no realiza la actividad y al 6.25% se los realiza el médico.

Con referencia al personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo de San Ramón en una mayor parte de las pacientes el personal de enfermería les orienta la ingesta de líquidos azucarados, y a la otra mitad no realiza el procedimiento, y un mínimo porcentaje lo orienta el médico este dato es importante ya que es necesario que todos cumplan con esta acción Según Schwarcz, (1997) describe que es de mucha

importancia administrar líquidos vía oral preferentemente azucarados ya que esto le ayuda a la hidratación de la madre durante el primer periodo del trabajo de parto por lo que se deduce que lo escrito por el autor se debe de poner en práctica para lograr una mejor atención y reducir la muerte materna y perinatal por lo tanto esta actividad el personal de enfermería cumplió de forma satisfactoria.

Posiciones que se le puede orientar a la usuaria .

La mujer durante el trabajo de parto puede moverse y cambiar de posición las veces que lo necesite y quiera. La posición vertical, es más fisiológica y acorta el tiempo de trabajo de parto en un 25 %. El caminar o la misma posición de pie estimula las contracciones, favorece el descenso del feto y la dilatación del cuello uterino. Haciendo que las contracciones sean más eficientes y menos dolorosas, por lo cual muchas mujeres sienten la necesidad de caminar asistidas por sus acompañantes.(Normativa 042,2010). Respetar el derecho de la parturienta a caminar (siempre y cuando las membranas ovulares estén íntegras) y buscar la posición más cómoda para su parto (si no existe ninguna contraindicación médica).

Tabla Nº 9: El personal de Enfermería orienta a la paciente a colocarse en DLI o a deambular, durante el primer período del parto.

Orienta a colocarse en DLI o a deambular	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	7	0	5	4	16
Porcentaje	43.75%	0%	31.25%	25%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 43.75% de las pacientes el personal de Enfermería orientó a colocarse en DLI o a deambular, a un 31.25% no le orientaron la actividad y al 25% lo realizó el personal médico.

Con respecto al personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón a la mitad de las pacientes se les orienta colocarse en DLI ,al resto de usuarias no se les orienta y la otra parte lo realiza el médico siendo una

actividad indispensable en los centros de atención de partos ya que según, Schwarcz, (1997), expresa que las posiciones maternas tiene un efecto muy manifiesto sobre las contracciones uterinas cuando la madre se haya en decúbito dorsal las frecuencias de las contracciones es mayor y su intensidad menor que cuando está en decúbito lateral no se han encontrado diferencia entre el decúbito lateral derecho y el izquierdo cuando la madre se haya en posición vertical sentada de pie o deambulando, la intensidad de las contracciones uterinas es mayor que cuando está en decúbito dorsal no existen diferencias en la frecuencia de las contracciones uterinas entre ambas posiciones los cambios en la contractilidad uterina aparecen inmediatamente después del cambio de posición y persistentes durante todo el tiempo que este se mantiene pero es conveniente que al orientar a las usuarias a colocarse en decúbito lateral ya sea derecho o izquierdo la frecuencia de las contracciones presenta la misma actividad, pero al orientar a la usuaria las diferentes posiciones como de pie o deambular la intensidad de las contracciones es mayor, lo que produce un acortamiento del tiempo del trabajo de parto, el DLI o DLD proporciona mayor oxigenación al feto, lo que reduce la morbimortalidad perineonatal en la cual el personal de enfermería cumple con esta actividad satisfactoriamente.

Motivar la micción espontánea a las usuarias.

Según Varney (2006), quien refiere que se le orienta a la mujer la micción espontánea por que puede haber obstrucción en el trabajo de parto, por que al estar la vejiga demasiado distendida impide el avance del trabajo de parto al evitar el descenso del feto por lo cual es importante el cumplimiento de esta actividad.

Tabla Nº 10: El personal de enfermería motiva la micción espontánea, durante el primer período del parto

motiva la micción espontánea	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	14	1	1	0	16
Porcentaje	87.5%	6.25%	6.25%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 87.5% de las pacientes el personal de Enfermería motiva a la paciente la micción espontánea durante el primer periodo del parto, al 6.25% se le realiza de manera incompleta la actividad, y al 6.25% no se lo realiza.

En cuanto a lo observado el personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo de San Ramón la mayoría de las usuarias, el personal de enfermería orienta la actividad y a un pequeño porcentaje lo realiza de forma insatisfactoria otra mínima parte no realiza la actividad, esto indica que no todo el personal de enfermería cumple con las normas tomando en cuenta que esto es un procedimiento de eficaz realización según Normativa 011, (2015), la micción espontánea (evitar cateterismo) para contrarrestar su acción Inhibidora sobre la contractilidad uterina ya que el orientar esta actividad ayuda a la mujer a sentirse relajada y en confianza, pero sin embargo toda mujer que se encuentra en trabajo de parto y que se le orientó la micción espontánea ayuda a que sea más rápido el progreso del parto, porque al estar vacía la vejiga de la mujer se ejerce una mejor evolución de feto por el canal vaginal, se evidencia que el personal de enfermería cumple de forma satisfactoria.

Correcta técnica de respiración.

El personal de enfermería debe de enseñarle 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 a que se relaje con cada espiración para obtener menos tiempo en trabajo de parto. (Normativa 011,2015).

Tabla N° 11: El personal de Enfermería orienta a la paciente el ejercicio de respiración durante las contracciones, en el primer periodo del parto.

Orienta ejercicio de respiración durante las contracciones.	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	9	4	3	0	16
Porcentaje	56.25%	25%	18.75%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 56.25% de las pacientes el personal de Enfermería orienta el ejercicio de respiración durante las contracciones, al 25% de las pacientes el personal lo realiza de forma incorrecta o incompleta y a un 18.75% no se le realiza.

Por lo tanto el personal de enfermería del centro de Salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón a la mitad de las paciente le orientan el ejercicio de respiración durante las contracciones y lo hacen de forma satisfactoria para las usuarias, y al contrario a un menor porcentaje de las pacientes reciben las orientaciones de forma incorrecta o incompleta y a un mínimo porcentaje de las pacientes no se les orientó, tomando en cuenta que es una actividad indispensable en todos los centros asistenciales de el país ya que es beneficioso tanto para la madre como para él bebé, según la Normativa 011, (2015) describe que los ejercicios de respiración impulsan al feto haciéndole avanzar por el canal del parto hasta su expulsión y también le ayuda a la mujer a tener un parto satisfactorio dándole las orientaciones adecuadas con base a lo establecido en la normativa, los ejercicios de respiración ayudan de forma positiva la expulsión del feto por el canal del parto y permitir a la parturienta a tener menos tiempo durante los tres periodos del parto, lo que se está cumpliendo solo en una parte de las parturientas en el centro de salud en estudio, por lo que se debe tomar para todas las usuarias durante la atención de parto, por lo tanto una parte de las usuarias se les cumplió de manera satisfactoria la actividad y otra parte de forma insatisfactoria.

Tabla Nº 12: El personal de enfermería identifica progreso insatisfactorio de T de P, durante el primer período del parto.

identifica progreso insatisfactorio de T de P	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	0	0	16	0	16
Porcentaje	0%	0%	100%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las usuarias el personal de Enfermería no identifica progreso insatisfactorio del trabajo de parto.

Se observa que el personal de enfermería no identifica progreso insatisfactorio del trabajo de parto en las usuarias, sin embargo es una actividad en la que se debe involucrar el personal de Enfermería porque forma parte del equipo de salud en la atención del parto, y de acuerdo a lo establecido en la Normativa 011, (2015) describe que se refiera a especialista, u hospitalización o manejo según protocolo de emergencia obstétrica, lo refuerza la OMS (2002), quien refiere que el progreso insatisfactorio del trabajo de parto son hallazgos que se presentan en el primer periodo del trabajo de parto las cuales son: contracciones irregulares e infrecuentes después de la fase latente el cuello uterino se dilata lentamente lo cual puede conducir a un trabajo de parto insatisfactorio, es conveniente que al identificar progreso insatisfactorio durante el parto, el personal de enfermería debe involucrarse en la atención de las usuarias que demanden esta actividad, por lo tanto no se cumple con esta intervención.

Tabla N° 13: El personal de Enfermería identifica distocias de la contractilidad uterina, (hipodinamia/ hiperdinamia) y lo reporta durante el primer período del parto.

identifica progreso insatisfactorio de T de P	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	0	0	16	0	16
Porcentaje	0%	0%	100%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las pacientes el personal de Enfermería no identificó distocias de la contractilidad uterina, (hipodinamia /hiperdinamia).

Se evidencia que al personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón no identificas distocias de la contractilidad uterina (hipodinamia/hiperdinamia),siendo un procedimiento de útil realización .De acuerdo a la Normativa 011,(2009) describe que son aquellas alteraciones que sobrevienen cuando la alteración del mecanismo del parto se debe a una modificación del tamaño y forma de inclinación de la pelvis ósea los cuales se le denominan distocias ósea según Masías & Gómez (2008),la hipodinamia es una actividad uterina de 1 a 2 contracciones en 10 minutos con duración menor de 40 segundo sin que exista desproporción céfalo pélvica y parto obstruido,se prolonga el trabajo de parto,provoca agotamiento materno, deshidratación y alimentación insuficiente y los riesgos de infecciones se incrementan por las revisiones repetidas (tactos vaginales),en mi opinión la hipodinamia es la disminución de la intensidad de las contracciones uterinas viniendo a tender un trabajo de parto prolongado cuando en la Normativa 011, (2015) refiere que las contracciones uterinas lo normal es de 3 a 4 contracciones en 10 minutos con duración a 40-45 segundo ,con referencia a Macías & Gómez, (2008) la hiperdinamia es una hiperactividad,que se manifiesta principalmente por la intensidad de las contracciones ,que es superior a 50 mm hg (hipersistolía) frecuencia que es algo mayor más de 5 contracciones en 10 minutos. Por lo tanto, aunque el personal de enfermería no sea el responsable de la atención del parto en la unidad de salud en estudio debe involucrarse, al documentarse para detectar las alteraciones de la contractilidad uterina

para reportarlas y tratarlas a tiempo en la cual el personal de enfermería no cumple con la actividad.

Tabla N° 14: El personal de Enfermería identifica distocias Oseas y de partes blandas y lo reporta, durante el primer período del parto.

identifica distocias Oseas y de partes blandas y lo reporta	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	0	0	16	0	16
Porcentaje	0%	0%	100%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las pacientes el personal de Enfermería no realiza la actividad.

Según lo observado en el centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón el personal de enfermería no identifica distocias ósea y de partes blandas y lo reporta durante el primer periodo del parto siendo una actividad propia del personal de enfermería, según la Normativa 011, (2015), refiere que son anomalías en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo de acuerdo con la normativa se dice que son malformaciones estructurales de la pelvis de la mujer provocando esto la dificultad de la salida del feto por el canal vaginal siendo un procedimiento que también debe involucrarse el personal de enfermería para detectar estas anomalías y reportarlas, por la cual en personal de enfermería no realizó la actividad.

Tabla Nº 15: El personal de Enfermería realiza amniotomía hasta los 10 cm de dilatación, durante el primer periodo del parto.

Realiza amniotomía hasta los 10 cm de dilatación	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	0	0	16	0	16
Porcentaje	0%	0%	100%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las pacientes el personal de Enfermería no realiza la actividad.

Se evidencia que el personal de enfermería del centro de Salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón no realizan la actividad a las pacientes, ya que las parturientas habían roto membranas espontáneamente, sin necesidad que el personal de enfermería efectuara el procedimiento, por lo tanto el personal de enfermería no realiza la actividad escrita en la Normativa 011, (2015) describe que la práctica sistemática de la amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto en este procedimiento incrementa el riesgo de procesos infecciosos aumenta la primigrávidas o multíparidad de acuerdo a revisiones sistémicas se ha encontrado que necesidad de otras intervenciones como la cesárea por lo que no existen justificación para realizarlo salvo excepción médica y debería estar consignado en el expediente clínico a demás la práctica de amniotomía disminuye el tiempo de la duración del parto y esta actividad produce riesgo de infecciones al feto por lo cual según la normativa citada se debe de realizar amniotomía cuando la parturienta tenga los 10 centímetros de dilatación Según Varney,(2006) describe que es para inducir el trabajo de parto y ayudar a la parturienta a la expulsión del feto, al mismo tiempo esto se realiza siempre y cuando con el cumplimiento de las normas establecidas por el MINSa provocando la expulsión del feto de forma eficaz con el mayor porcentaje de que no se observó, es que estas mujeres ya habían roto las membranas después de los 6 centímetros de dilatación, sin embargo el personal de enfermería no cumplen con lo establecido en la normativa.

Tabla N° 16: El personal de Enfermería prepara equipo de reanimación neonatal por si los necesitara, durante el primer período del parto.

prepara equipo de reanimación neonatal por si los necesitara	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	14	1	1	0	16
Porcentaje	87.5%	6.25%	6.25%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 87.5% de las pacientes el personal de Enfermería preparó equipo de reanimación neonatal por si los necesitara y a un 6.25% lo preparó de forma incompleta y al 6.25% no se le preparó.

En cuanto al personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón se observó que un mayor porcentaje se les preparó el equipo de reanimación neonatal por si este lo necesitara, un mínimo porcentaje lo preparó de manera incompleta y otra mínima parte no se le preparó, esto da entender de que el personal de enfermería no está cumpliendo con lo que se establece en la Normativa 011, (2015), que refleja que se prepara con la importancia de aspirar al bebe en caso de excesiva cantidad de líquido amniótico o presencia de meconio se considera que la preparación de material de reanimación del bebé es por si el recién nacido ha aspirado líquido amniótico antes de ser expulsado por el canal del parto, ya que el personal de enfermería debe de poner en práctica y orientarse de equipar de manera completa el equipo de reanimación por cualquier complicación en el recién nacido ya que aunque se esté atendiendo un parto de bajo riesgo pueden presentarse complicaciones en el momento del parto por el cual el personal de enfermería cumple de manera satisfactoria con esta actividad.

Tabla Nº 17: El personal de Enfermería proporciona los materiales y equipos para episiotomía, durante el primer período del parto.

El personal de enfermería proporciona los materiales y equipo para episiotomía .	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	16	0	0	0	16
Porcentaje	100%	0%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las pacientes el personal de Enfermería proporciona los materiales y equipos para realizar episiotomía.

Se evidencia que el personal de enfermería del Centro de Salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón a todas las usuarias se les proporciona los materiales y equipo para la realización de episiotomía lo cual es un procedimiento eficaz en todos los centros asistenciales por lo cual no es conveniente realizar la actividad de rutina ya que esto aumenta el riesgo de infecciones, según Zamora, (2007), refiere que es una Incisión quirúrgica en el periné para ampliar el orificio vaginal, que permite la salida de la cabeza fetal y previene desgarros. La episiotomía debe considerarse sólo en los casos de: Parto vaginal complicado: nulíparas con periné resistente, parto de nalgas (si llega en expulsivo), distocia de hombro, parto con fórceps, extracción por vacío (vacuum) o ventosa obstétrica, cicatrizaciones de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado mal curados, sufrimiento fetal en el periodo expulsivo ,de acuerdo con el personal de enfermería del centro de salud en estudio de manera completa prepararon equipo durante el parto por si lo demandaran las parturientas pero el recurso de enfermería deben de involucrarse en los procedimiento para poder informar cuando la usuaria necesita la episiotomía o cuando no la amerite por lo tanto el personal de enfermería cumple de forma satisfactoria con esta actividad.

Segundo periodo del parto.

Segundo Periodo:Descenso y Expulsión del feto Comienza el descenso de la presentación fetal, cuello uterino totalmente dilatado (10 cms) ,no hay deseos de pujar,la parte fetal que se presenta llega al piso de la pelvi,la mujer tiene deseos de pujar.(Normativa 011,2015).

En la segunda etapa del parto la mujer tiene deseos de pujar al bebé, por que el cuello uterino esta completamente dilatado y siendo el momento de trasladar a la paciente al expulsivo ya que el feto a llegado a la parte de la pelvis para su salida por el canal vaginal brindandoles los cuidados necesarios a la parturienta,según la guía de observación en este periodo es de importancia que el personal de enfermería se enfoque en vigilar a la parturienta por cualquier complicación que se presente tanto para la madre como para el bebé y asi poder solucionar las necesidades de la mujer, para el que se documentaron 8 intervenciones.

Evaluación del segundo periodo del trabajo del parto:descenso y desprendimiento fetal.

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 aumentan 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 dentro de este periodo la mujer tiene 10 cm de dilatación y 100% de borramiento el cual indica que la usuaria está completa para expulsar él bebe sin ninguna complicación.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.

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), sutura con cabalgamiento mayor de 2 cm (sospechar muerte fetal).

4.6. Intervenciones materno-fetales del segundo periodo del parto.

- La utilización de ropa limpia y estéril, instrumental necesaria, correcto uso de mascarillas y asepsia de región perineal son fundamentales para favorecer las condiciones de asepsia en el nacimiento del-a niño-a. Cuyo propósito es: remover secreciones vaginales y/o rectales y preparar ambiente limpio para el nacimiento.
- Lavado Perineal para la Atención del Expulsivo, identificación de la paciente, Colocarla en posición de litotomía, reunir equipo, explicar el procedimiento al paciente, realizar lavado de manos, aplicar agente antiséptico a las gasas estériles.
- Aliente a la mujer para que adopte la posición adecuada que permita el pujo (cuclillas, semisentada, sentada, ginecológica y otras posiciones; salvo si existiera contraindicación médica).
- Si el pulso de la mujer se está acelerando, puede estar deshidratada, hipoglicemia o con dolor. Asegúrese de que reciba una adecuada hidratación, por vía oral o IV y

administre la analgesia adecuada relacionada con consejería, analgesia o farmacológica de acuerdo a las condiciones del trabajo de parto.

- Cualquier posición o presentación que no sea la oxidito-anterior con un vértice bien flexionado, se considera una anomalía de posición o presentación, si se sospecha progreso no satisfactorio del trabajo de parto o trabajo de parto prolongado, investigue y maneje la causa del progreso lento. Normativa (011,2015).
- Hacer interpretación y tomar decisión con el Partograma.

Controles de la contractilidad uterina y los pujos maternos.

Si hay hipodinamia primitiva, se debe tratar con estimulación oxitócica y si es hipodinamia secundaria se deberá tomar en cuenta las causas de las mismas para descartar contraindicación del uso de Oxitocina.

Se recomienda no efectuar amniotomía, hasta alcanzar los 10 cms de dilatación y solo en casos necesarios.

Orientar a la parturienta la técnica correcta del pujo.

Protección del periné a fin de evitar desgarros y laceraciones, evaluar la elasticidad de los tejidos vulvares, perineales y vaginales y el tamaño de la presentación, evaluar la velocidad del descenso de la presentación y el impulso proporcionado por el pujo materno según la paridad materna.

Permitir el avance de la presentación manteniendo su flexión hasta que la circunferencia suboccipitobregmática haya traspasado el anillo vulvar distendido, solicitar a la parturienta suspender los pujos y mantener su respiración jadeante, favorecer el desprendimiento lento, apoyando la mano izquierda sobre la presentación para que la extensión se realice lentamente, a fin de distender los tejidos para evitar los desgarros. Colocar la mano derecha provista de una gasa estéril sobre el periné, abarcándolo entre el pulgar y un lado de los dedos restantes del otro, sosteniéndole la presentación para que no se efectúe su avance y extensión bruscamente, acercándose a su vez hacia el rafe perineal los tejidos laterales del periné, con lo que disminuye la tensión.

Favorecer la expulsión, siempre con la máxima lentitud posible.

Expulsión cefálica, Restitución, Rotación Externa, Expulsión fetal.

Expulsión fetal:

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

Para controlar la expulsión de la cabeza coloque los dedos de una mano contra la cabeza del bebé, para dirigir el desprendimiento de la misma, con la otra mano proteja con delicadeza el periné para proteger los desgarros por el mentón fetal, una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, asegúrese que la misma haya cumplido la restitución y la rotación externa del trabajo de parto, pídale a la mujer que deje de pujar.

Aspire la boca y nariz del bebé solo si hay excesiva cantidad de líquido amniótico o presencia de meconio recordando no es necesario una aspiración vigorosa o profunda para no inducir reflejo vagal.

Revise con los dedos alrededor del cuello del bebé, para detectar presencia de circulares del cordón umbilical, si se encuentra alrededor del cuello, pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.

Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, coloque dos pinzas en el mismo (a fin de asegurar los extremos del cordón seccionado) y córtelo antes de desenrollarlo del cuello.

Solo en aquellos casos que no es posible su reducción por hombro, se debe de recordar siempre la necesidad de un pinzamiento tardío de cordón para beneficio del recién nacido al disminuir el riesgo de anemia durante la infancia.

Levante la cabeza del bebé hacia delante para extraer el hombro posterior, efectuando protección perineal de la salida del hombro posterior, para prevenir desgarros o extensión de la episiotomía cuando su práctica está indicada.

Mantenga al bebé al nivel del periné hasta que el cordón deje de pulsar, inmediatamente después corte entre las pinzas el cordón, coloque al bebé sobre el abdomen de la madre después de pinzado y cortado el cordón y proceda a colocar clamp en el cordón umbilical dentro de los tres minutos de nacido.

Seque al bebé por completo, límpiele la cara y aspire nuevamente la boca y nariz sólo si hay excesiva cantidad de líquido amniótico o presencia de meconio y evalúe su respiración.

Si existe una dificultad en la extracción de los hombros, sospeche una distocia de hombros.

La mayoría de los bebés comienzan a llorar después de los primeros 30 segundos de nacidos.

Si el bebé llora o respira (ascenso del tórax por lo menos 30 veces por minutos), deje al bebé con la madre en la sala de parto si la madre está apta.

Realización de episiotomía solo si es imprescindible.

La episiotomía no se debe realizar como procedimiento de rutina. Si se estima que los factores que predisponen a desgarros son insuperables, se debe efectuar infiltración perineal con anestesia local antes de iniciado el desprendimiento, para posteriormente realizar una episiotomía.

La episiotomía debe considerarse sólo en los casos de: Parto vaginal complicado: nulíparas con periné resistente, parto de nalgas (si llega en expulsivo), distocia de hombro, parto con fórceps, extracción por vacío (vacuum) o ventosa obstétrica, cicatrizaciones de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado mal curados, sufrimiento fetal en el periodo expulsivo.

Brinde apoyo emocional y aliento.

Use infiltración local con Lidocaína al 2%, pero antes asegúrese que no haya alergia conocida a la Lidocaína o a medicamentos relacionados.

Técnica de aplicación de Lidocaína al 2% y Uso de las Tijeras en Corte de Periné

- ✓ Infiltre por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del perineo y profundamente en el músculo perineal, utilizando alrededor de 10 ml de solución de Lidocaína al 2% como dosis máxima de infiltración.
- ✓ aspire (hale el émbolo) para asegurarse que no ha penetrado en un vaso sanguíneo, si sale sangre con la aspiración, extraiga la aguja. Vuelva a verificar la posición con cuidado e intente nuevamente. Nunca inyecte si aspira sangre. La mujer puede sufrir convulsiones y morir si se produce inyección IV de Lidocaína.
- ✓ Al concluir la infiltración, espere 2 minutos y luego pellizque la incisión con una pinza.
- ✓ Si la mujer siente el pellizco, espere 2 minutos más y vuelva a probar.
- ✓ Coloque tempranamente el anestésico para permitir que tenga tiempo suficiente de producir efecto.
- ✓ Espere para realizar la episiotomía hasta que se haya adelgazado el perineo y se vean 3-4 cms de la cabeza del bebé durante una contracción.
- ✓ Al realizar una episiotomía se producirá sangrado. Por lo tanto, no debe hacerse con demasiada anticipación.
- ✓ Provisto de guantes estériles o sometidos a desinfección de alto nivel, coloque dos dedos entre la cabeza del bebé y el perineo.
- ✓ Use las tijeras de Lister o Mayo recta para cortar el perineo cerca de 3-4 cms en dirección medio lateral.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA DEL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO.

Tabla Nº:18 El personal de enfermería ayuda a la mujer a trasladarse a la sala de expulsivo, durante el segundo período del parto.

ayuda a la mujer a trasladarse a la sala de expulsivo	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	14	0	0	0	14
Porcentaje	100%	0%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las pacientes el personal de Enfermería ayudó a trasladarse a la sala de expulsivo.

Concerniente al personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón a todas las pacientes se les ayudo a trasladarse a sala de expulsivo siendo un procedimiento indispensable de realización en las áreas donde se atienden partos de acuerdo a lo escrito, según Sorribe R, (2003), describe que cuando inicia periodo expulsivo y que la parturienta presente 10 cms de dilatación, es práctica habitual el trasladar a la mujer desde su habitación al paritorio. Este está equipado con grandes lámparas, instrumentos, y una cama con facilidades para colocar a la mujer en posición de litotomía. Aunque estas posiciones son más convenientes para el personal de enfermería u obstetra si se va a realizar un parto instrumental, a la mujer cualquier traslado innecesario le resulta incómodo. Tanto el parto, como el alumbramiento pueden ser atendidos en la misma habitación, sin existir la necesidad de tener que trasladar a la mujer esto es para que la parturienta tenga un parto satisfactorio por lo tanto el personal enfermero debe de ayudar a la mujer a trasladarse al expulsivo para evitar cualquier accidente. Por lo que se determina que en esta unidad de salud el personal de Enfermería cumple con esta actividad, sin embargo hay que destacar que si la paciente decide que no la trasladen se le debe respetar la decisión ya que está contemplado en la normativa de humanización del parto por lo tanto el personal de enfermería cumplió con esta actividad de manera satisfactoria.

Tabla Nº 19 :El personal de Enfermería cumple con las correctas técnicas de asepsia, durante el segundo período del parto.

cumple con las correctas técnicas de asepsia	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	1	0	0	13	14
Porcentaje	7%	0%	0%	93%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 7 % de las pacientes el personal de Enfermería le cumple la correctas técnicas de asepsia durante el primer período del parto, el 93% lo realiza el médico.

Se evidencia que el personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón a un porcentaje mínimo, de las usuarias les realizan las técnicas correcta de asepsia y antisepsia durante el parto y un mayor porcentaje lo hace el médico por lo que en este centro asistencial la mayoría de los partos los atiende el personal médico, de acuerdo con la Normativa 011, (2015), refiere que es fundamental para favorecer las condiciones de asepsia y antisepsia en el nacimiento del niño –niña ,cuyo propósito es: remover secreciones vaginales y/o rectales y preparar ambiente limpio para el nacimiento, con respeto de lo establecido es importante la asepsia durante el parto para evitar infección en la mujer y el recién nacido, ya que el personal enfermero que atendió la mínima parte cumplió de manera satisfactoria con esta actividad y el resto no lo cumplió porque lo realizó el médico de ese centro,por lo cual es de suma importancia el cumplimiento de este procedimiento con el objetivo de evitar posibles complicaciones tanto para la madre así como para el niño/a, sin embargo aunque el procedimiento lo realice otro personal de salud, el personal de enfermería debe velar por que se cumplan las medidas de asepsia, en este caso hace la función de defensor del paciente, por lo tanto el personal de Enfermería cumple con esta actividad de manera satisfactoria.

Posiciones adecuadas que permitan el pujo durante el primer periodo del parto.

Según la normativa 042 humanización del parto,(2010),quien refiere que se realiza con la finalidad de asegurar que el parto sea atendido en la posición que la mujer solicita, en especial cuando es vertical. 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).

Tabla Nº 20: El personal de enfermería alienta a la mujer a que adopte la posición adecuada que permita el pujo (cuclillas, sentada Semisentada, ginecológica) durante el segundo período del parto.

alienta a la mujer a que adopte la posición adecuada que permita el pujo (cuclillas, sentada Semisentada, ginecológica)	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	Aplica	Total
Frecuencia	3	8	1	2	14
Porcentaje	21%	57%	7%	15%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 21% de las pacientes el personal de Enfermería realiza la actividad, al 57% lo realiza de forma incorrecta o incompleta a 7% no les realiza la actividad y al 15% lo realiza el médico.

Respecto al personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón una mitad de las pacientes se le orienta las diferentes posiciones de forma correcta y satisfactoria ,una mayor parte se les realiza la actividad de forma incorrecta o se les realiza de forma incompleta y una mínima parte no lo realiza pero un porcentaje mínimo se lo realiza el médico, siendo una actividad eficaz de cumplir por todo el personal en las área de salud tanto público como privado y especificas donde se atienden partos, ya que según Schawrcz, (1997) en un periodo expulsivo normal puede

utilizarse varias posiciones: la litotomía (decúbito dorsal con las piernas elevadas), la ginecológica (decúbito dorsal con los talones al mismo nivel de los glúteos), la semisentada (semejante a la ginecológica, pero con el respaldar inclinado unos 130°), la sentada (para la cual se han diseñado sillones obstétricos), la de cuclillas, la más recomendable es la posición semisentada con las piernas libres, con referencia al personal de enfermería y médico del centro en estudio la posición que siempre utilizan para las usuarias es la de litotomía posición que favorece al recurso y al bebé pero a la madre es de incomodidad por la cual la mujer no se siente bien y lo que refleja el autor es importante porque la paciente tiene que elegir la posición que se sienta mejor se evidencia que el personal de enfermería cumple de manera satisfactoria y otra parte de forma insatisfactoria.

Tabla Nº 21: El personal de Enfermería orienta la correcta técnica del pujo, durante el segundo período del parto.

orienta la correcta técnica del pujo	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	5	9	0	0	14
Porcentaje	36%	64%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 36% de las pacientes el personal de Enfermería orienta la correcta técnica del pujo durante el primer período del parto, al 64% de usuarias el personal no realiza la actividad de forma correcta.

Con referencia al personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón un porcentaje mínimo de las pacientes se les orienta la técnica correcta del pujo durante el primer periodo del parto y la mayoría de porcentaje de las usuarias se les orienta de manera incorrecta esto se refiere que no todo el personal enfermero cumple con la actividad provocando un trabajo de parto insatisfactorio según Schawrcz, (1997) describe que el pujo efectivo esta procedido por una fuerte inspiración después de la cual la glotis se cierra parcialmente después de las

contracción de los músculos espiratorio, cada pujo causa una rápida y breve elevación de la posición abdominal lo que se transmite a través de la pared uterina y se suma a la presión ejercida por el miometrio para elevar la presión intrauterina en mi opinión la correcta técnica de los pujos durante las contracciones uterina permite que haiga un avance del feto por el canal del parto por lo que la presión ejercida por el miometrio presente una buena evolución, durante lo observado una mitad recibieron la orientación adecuada y estas lograron tener un menor tiempo en el trabajo de parto y las que no se les oriento de forma correcta no pudieron tener menos tiempo en el parto de estas pacientes, por lo que el personal de Enfermería debe documentarse según normas y protocolos en cuanto a la orientacion de la tecnica correcta de los pujos, se evidencia que el persona de enfermería cumple satisfactoriamente con esta actividad pero otra parte del personal lo realiza de forma insatisfactoria.

Tabla Nº 22: El personal de Enfermería que atiende el parto protege el periné para evitar desgarros y laceraciones, durante el segundo período del parto

Si atiende el parto protege el periné para evitar desgarros y laceraciones	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	0	0	0	14	14
Porcentaje	0%	0%	0%	%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las pacientes el personal de Enfermería no realiza la actividad .

Por lo tanto, el personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón y no realiza la actividad por que lo realiza el médico tomando cuenta de que este procedimiento es importante para evitar desgarro y laceraciones en las paredes vaginales de la parturienta, según la Normativa 011, (2015) se realiza para evitar desgarro y laceraciones del canal del parto, este procedimiento se efectúa con el objetivo de que la madre no sufra desgarro en las paredes vaginales dentro de esta observación el personal enfermero no cumple la actividad porque lo realiza el médico en este centro asistencial.

Tabla Nº 23: El personal de enfermería orienta a la mujer a que deje de pujar, durante el segundo periodo del parto.

orienta a la mujer a que deje de pujar	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	10	0	0	4	14
Porcentaje	72%	0%	0%	28%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 72% de las pacientes el personal de enfermería orienta a la mujer a que deje de pujar, durante el segundo periodo del parto, al 28% de las pacientes lo realiza el personal médico.

Referente al personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón un porcentaje mayor de las usuarias se les orienta a que dejen de pujar durante el segundo periodo del parto y un porcentaje menor de estas pacientes lo realiza el médico lo que da entender de que no todo el personal enfermero orienta esta actividad, de acuerdo a Schawrcz, (1997), describe que los pujos dirigidos son conducidos por quien atiende el parto, usualmente se instruye a la parturienta para que sierra totalmente la glotis y puje fuerte, sostenida y prolongadamente durante el mayor tiempo posible, es conveniente que la persona que atiende el parto oriente a la mujer a que realice los pujos de forma correcta y que una vez que no tengas contracciones la usuaria debe de realizar respiraciones profundas cuando la mujer está en contracciones sé le instruye a que realice pujos con técnica correcta y para que se puede lograr la expulsión del feto se le orienta a que deje de pujar y que respire normal por lo tanto la mayor parte de estas usuarias se les orientó esta actividad y se produjo una expulsión satisfactoria y a las que no se les orientó esta actividad es porque lo hace el médico, y durante esta evaluación lo realizaron de forma correcta, porque al no orientarles a las pacientes esta actividad la mujer puede producir desgarró vaginales, cervicales y hemorragia a la parturienta, se evidencia que el personal de enfermería cumplió con esta actividad de manera satisfactoria.

Canalización con bránula N° 16.

La canalización intravenosa es un método de acceso directo a la circulación venosa, ya sea periférica o central, que realiza el personal de enfermería para la administración de fármacos y soluciones, en caso de una complicación materna. Hernández, (2014).

Tabla N° 24: El personal de Enfermería canaliza con bránula N° 16 o de mayor calibre si se indica, durante el segundo período.

canaliza con bránula N° 16 o de mayor calibre si se indica	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	13	0	1	0	14
Porcentaje	93%	0%	7%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 93% de las pacientes el personal de Enfermería realiza la actividad durante el segundo período del parto y al 7% no se le realizó el procedimiento.

Se evidencia que el personal de enfermería de este centro asistencial un porcentaje mayor de las pacientes realiza la actividad de manera correcta y una mínima parte de estas no se le realiza este procedimiento porque hay mujeres que no necesitan de administración de tratamiento pero en la mayoría de los casos se canalizó o recibieron este procedimiento ya que toda mujer se debe de permanecer canalizada durante el trabajo de parto, por cualquier complicación, aunque unas usuarias logran un parto rápido y satisfactorio sin necesidad de canalización, según Varney (2006) describe que el propósito de la canalización intravenosa es para administrar medicamentos, líquidos o sangre en caso de una emergencia obstétrica como medio para mantener a la madre hidratada, de igual forma el personal de enfermería cumplió un mayor porcentaje en esta unidad a las usuarias que ameritaban el procedimiento, pero es importante de que toda usuaria permanezcan canalizada durante el parto y puerperio aunque unas pacientes no lo ameriten esto es para tener una vía permeable en caso de que se

presente una complicación, se evidencia que el personal de enfermería cumplió de manera satisfactoria la actividad.

Tabla Nº 25: El personal de Enfermería administra medicamentos con técnica correcta si es necesario, durante el segundo período del parto.

administra medicamentos con técnica correcta si es necesario	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	10	4	0	0	14
Porcentaje	72%	28%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 72% de las pacientes el personal de Enfermería realiza la actividad de manera correcta y al 28% lo realiza de manera incorrecta.

Respecto al personal de enfermería de este centro la mayor parte de las pacientes se le administra tratamiento con técnica correcta y un porcentaje menor se le realiza de manera incorrecta, según la Ley general de salud, (2002), artículo 8 contempla a no ser objeto de experimentación por la aplicación de tratamiento o procedimiento diagnóstico, terapéuticos y pronóstico sin ser debidamente informado sobre la condición experimental de esto, aunque en este concepto no se refleja de administrar medicamento durante el trabajo de parto pero sí de no ser objeto de experimentación durante los procedimientos a seguir las usuarias a las que se les administró tratamiento durante el segundo periodo del parto, por parte el personal de enfermería se le realizó de forma correcta y a una mínima parte se les realizó de manera insatisfactorio el procedimiento, siendo importante cumplir de manera eficaz para evitar complicaciones en la madre en consecuencia esta actividad se cumple de manera satisfactoria.

Tercer Periodo:

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. (Normativa 011, 2015).

El alumbramiento es la salida de la placenta y membranas después de la expulsión del niño/a, en este periodo el personal de enfermería tiene el deber de revisar si la placenta está completa esto se hace con el objetivo de que no queden restos placentarios en el útero es importante que el personal de salud realice este procedimiento de forma eficaz para prevenir hemorragia post parto y muertes materna por la cual el personal de enfermería debe de vigilar a la usuaria y cumplir con el manejo activo del tercer periodo, siendo el momento donde puede presentarse una complicación post parto, para este periodo se documentaron 13 intervenciones.

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.

Schwarcz, (1997), designa al periodo de alumbramiento como el 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, en este momento comienza el alumbramiento de la placenta de la mujer siente fuertes contracciones uterinas, similares en intensidad y frecuencias menores a la del parto indoloras al inicio, pero dolorosas lo que indica el desprendimiento de la placenta y sus membranas.

Manejo Activo: Tercer Período del parto

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

En el manejo activo se incluye:

- ✓ La administración inmediata de 10 UI de Oxitocina intramuscular.

- ✓ El pinzamiento y sección del cordón umbilical durante los tres minutos después del nacimiento o al cese de pulsaciones.

- ✓ La tensión controlada y suave del cordón umbilical durante la contracción uterina.

- ✓ El masaje uterino (fúndico suave) posterior a la extracción de la placenta.

- ✓ Administración inmediata de 10 UI de Oxitocina IM.

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

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

La Oxitocina es la primera opción, se prefiere porque produce efecto 2-3 minutos después de la inyección, tiene efectos colaterales mínimos y se puede usar en todas las mujeres. Si no se dispone de Oxitocina, administre ergometrina 0.2 Mg. IM 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 preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vasculares.

4.7. Intervenciones materno-fetales del tercer periodo

- Vigilar cara (palidez, sudoración) y signos vitales después del nacimiento y alumbramiento, vigilar la pérdida sanguínea.
- Actuar para recibir la salida de la placenta, girar sobre su eje o sostenerla en las manos al mismo tiempo que se trata de elevar el útero sobre el pubis (alumbramiento natural).
- Vigilar constitución de globo de seguridad de Pinard que es el signo de garantía de hemostasia perfecta, realizar cuidadosa revisión de placenta y membranas, de éstas últimas caracterizar su integridad en extensión y espesor, no abandone a la parturienta y realizar vigilancia estricta en las primeras 2 horas: signos vitales, globo de seguridad de Pinard y sangrado transvaginal.
- El pinzamiento y sección del cordón umbilical durante los tres minutos después del nacimiento. Tener presente que se debe pinzar el cordón umbilical a una distancia mínima de 10 cms de la base fetal.

Tensión controlada y suave del cordón umbilical durante la contracción uterina.

Se realiza durante la contracción y después de haber observado los signos de desprendimiento. Si se efectúa sin contracción puede provocarse una eversión uterina.

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 contracción durante la tracción controlada del cordón umbilical, determine si al hacer tensión del cordón se transmite movimiento al cuerpo uterino, si éste no se moviliza significa que la placenta se ha desprendido y se puede continuar la tensión controlada del cordón. Si hay contracción uterina, mantenga firme el útero y ejerza contracción, mientras se efectúa la tensión leve del cordón umbilical, esto ayuda a prevenir la inversión uterina.

Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero (2-3 minutos). Cuando el útero se redondee o el cordón se alargue (signo de desprendimiento placentario), hale del cordón hacia abajo con mucha delicadeza para extraer la placenta, ocurre pequeño sangrado transvaginal y hay contracción uterina, con la otra mano, continúe ejerciendo contracción sobre el útero.

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

Sostenga con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero esté bien contraído nuevamente.

Con la contracción siguiente, repita la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contracción, nunca aplique tracción al cordón umbilical sin aplicar la contracción (pujo) por encima del pubis con la otra mano, 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.

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.

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.

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.

Examine cuidadosamente y repare cualquier desgarro antes de realizar la episiorrafia.

Reparación de la episiotomía:

Es importante que se usen suturas absorbibles para el cierre. Las suturas de poliglicol (Vicryl) son preferibles a las de Catgut cromado debido a su fuerza de tensión, sus propiedades no alergénicas, su baja probabilidad de complicaciones infecciosas y dehiscencia de la episiotomía. El Catgut cromado es una alternativa aceptable, pero no es lo ideal.

Aplique una solución antiséptica al área alrededor de la episiotomía.

Si la episiotomía se extiende a través del esfínter anal o la mucosa rectal, maneje de igual manera que los desgarros de tercer o cuarto grado, respectivamente. Cierre la mucosa vaginal con una sutura continua 2-0.

Comience la reparación cerca de 1 cm. por encima del ángulo (parte superior) de la episiotomía.

Continúe la sutura hasta el nivel de la abertura vaginal.

En la abertura de la vagina, junte los bordes cortados de la abertura vaginal.

Lleve la aguja por debajo de la abertura vaginal y hágala pasar a través de la incisión.

Mientras realiza la episiorrafia brinde consejería acerca de:

- ✓ Cuidados e higiene de la episiorrafia, especialmente después de defecar.
- ✓ Abstinencia sexual no menor a 6 semanas.
- ✓ Consejería sobre planificación familiar pos evento obstétrico.
- ✓ Cuidados e higiene del recién nacido. Principalmente la vacunación, lactancia materna, cuidados del ombligo.
- ✓ Signos y síntomas de alarma maternos durante el puerperio.

Control y seguimiento inmediato (dos horas post parto):

- ✓ Finalizada el alumbramiento dirigido y atención inmediata del recién nacido/a, se debe: Promover el Apego Precoz.
- ✓ Tomar los Signos vitales de la madre cada 15 minutos.
- ✓ Vigilancia del sangrado cada 15 minutos. En las dos primeras horas postparto y luego por turno.
- ✓ Registro de los datos de la atención en el expediente. Llenando las casillas del puerperio y egreso materno.
- ✓ Evalúe el aspecto general: color de la piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas.
- ✓ Asegurarse que hay buena involución uterina o sensibilidad uterina, así como la presencia del globo de seguridad de Pinard.
- ✓ El control de la parturienta después del parto se realizará cada 15 minutos durante dos horas en la sala de partos, con el propósito de detectar signos de alarma y prevenir la hemorragia por desgarros no diagnosticados, hematomas y atonía o inercia uterina en el post parto.
- ✓ Brinde consejería sobre: Abrigo, hidratación, vigilancia del sangrado apego precoz, deambulación temprana, higiene personal y genital, curación de episiotomía si existiera.
- ✓ Detección precoz de signos de alarma.

Criterios de alta médica de labor y parto:

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

4.8 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA DEL TERCER PERIODO DEL PARTO.

Tabla Nº 26: El personal de Enfermería descarta que hay otro bebe en el útero realizando palpación abdominal para administrar 10 UI de oxitocina IM, durante el tercer período del parto.

descarta que no hay otro bebe en el útero realizando palpación abdominal para administrar 10 UI de oxitocina IM	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	1	13	0	0	14
Porcentaje	8%	92%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 8% de las pacientes el personal de Enfermería descarta que no hay otro bebe en el útero realizando palpación abdominal para administrar 10 UI de oxitocina IM, al 92% de las usuarias se le realiza la actividad de forma incorrecta o incompleta.

Según lo observado en el centro Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón una mínima parte de las usuarias el personal de enfermería realiza la actividad de forma satisfactoria debido a que esta atendió un parto y un mayor porcentaje lo realiza de forma insatisfactoria esto es debido que no todo el personal de enfermería realiza la actividad a como aparece en la Normativa 011, (2015) que refiere que a la salida del bebé, previamente palpe al abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés y proceda a aplicación de 10 UI de Oxitocina IM aun cuando se ha utilizado Oxitocina para inducto-conducción ya que 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, por la cual el personal de enfermería del centro debe de involucrarse en la atención de las usuarias y realizar de forma correcta con el objetivo de prevenir complicaciones post parto, por lo tanto el personal de enfermería cumple de forma insatisfactoria.

Vigilancia del sangrado transvaginal.

La vigilancia periódica del estado del fondo del útero, la cantidad de sangre y las características de los loquios permiten al personal de enfermería identificar una hemorragia desde su inicio. (García., 2014.) quien refiere que la vigilancia del sangrado transvaginal es importante para detectar complicaciones.

Tabla N° 27: El personal de Enfermería vigila el sangrado transvaginal, durante el tercer período del parto.

Vigila el sangrado transvaginal	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	2	0	0	12	14
Porcentaje	14%	%	%	86%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 14% de las pacientes el personal de Enfermería vigila el sangrado transvaginal, y al 86% le realiza la actividad el personal médico.

Por lo observado al personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón a un porcentaje mínimo de las usuarias se vigila el sangrado

transvaginal y un porcentaje mayor lo realiza el personal médico por lo que una mayor parte del personal enfermero no está cumpliendo con la actividad que según Schawrcz, (1997), cita que terminada la expulsión se vigilara la constitución del globo de seguridad de Pinard (retracción del útero), signo de garantía para la hemostasia perfecta, por lo cual se vigilara el sangrado en la usuaria de forma activa para prevenir una hemorragia después de la expulsión e incluso muerte materna de igual manera tanto el personal enfermero debe interesarse en la atención a la mujer de forma eficaz con calidad y calidez para que las pacientes se sientan segura y en confianza de la atención brindada, por lo que la actividad se cumple de manera satisfactoria por el personal de Enfermería.

Tabla N° 28: El personal de Enfermería que atiende el parto pinza el cordón umbilical dentro de los 2 o 3 minutos posterior al nacimiento, durante el tercer período del parto.

Si atiende el parto pinza el cordón umbilical dentro de los 2 o 3 minutos posterior al nacimiento	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	1	0	0	13	14
Porcentaje	7%	0%	0%	93%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 7% de las pacientes el personal de Enfermería realiza la actividad, al 93% se lo realiza el médico.

Por lo tanto al observar el personal de enfermería del centro de Salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón un mínimo porcentaje de las usuarias que se le atiende el parto el personal de Enfermería pinza el cordón umbilical dentro de los 2 o 3 minutos posterior al parto y un mayor porcentaje lo realiza el personal médico por tanto cabe de señalar que el personal enfermero está realizando esta actividad contempladas, según Victoria G, (2010), refiere que el Pinzamiento del cordón umbilical precoz reduce el riesgo de hemorragia post parto y de ictericia neonatal por lo cual se debe de pinzar el

cordón umbilical a los 2 a 3 minutos o que deje de pulsar y según Normativa 011, (2015), a sí mismo el personal de enfermería debe de documentarse e involucrarse aunque no realice la actividad para brindar buena atención a las usuarias y poder reducir complicaciones, por lo tanto esta actividad el personal de enfermería cumple de forma satisfactoria.

Tabla N° 29: El personal de Enfermería que atiende el parto realiza tención controlada de cordón umbilical, durante el tercer período del parto.

Si atiende el parto realiza tención controlada de cordón umbilical	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	1	0	0	13	14
Porcentaje	7%	0%	0%	93%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 7% de las pacientes el personal de Enfermería realiza la actividad, al 93% se la realiza el médico.

Según lo que se obtuvo de las observaciones realizadas en el centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón indica que a la menor parte de las pacientes que reciben atención durante el parto por el personal de Enfermería, realizan tención controlada del cordón umbilical durante el tercer periodo del trabajo de parto y un mayor porcentaje lo efectúa el médico por lo tanto estos procedimientos no lo está realizando enfermería de forma rutinaria sin embargo cuando lo realizan lo hacen de forma correcta, en igual forma de acuerdo a la Normativa 011, (2015) refleja que se realiza durante la contracción y después de haber observado los signos de desprendimiento, si se efectúa sin contracción puede provocarse una eversión uterina no es recomendable hacer tención controlada esperar hasta que aparezca una contracción, por lo que es responsabilidad del equipo de salud involucrarse en el procedimiento ya que es deber de todo el personal para actuar ante una complicación. Por lo tanto esta actividad se esta realizando de manera satisfactoria.

Tabla Nº 30: El personal de Enfermería que atiende el parto realiza masaje uterino posterior a la salida de la placenta, durante el tercer período del parto.

Si atiende el parto realiza masaje uterino posterior a la salida de la placenta	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	1	0	0	13	14
Porcentaje	7%	0%	0%	93%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 7% de las pacientes el personal de Enfermería realiza la actividad de forma satisfactoria y al 93% de las pacientes se lo realiza el médico.

Con base a los resultados que se obtuvo en las observaciones el personal de enfermería de este centro un mínimo porcentaje de las pacientes se les realiza masaje uterino después de la salida de la placenta y una mayor parte de las usuarias lo hace el médico porque a las parturientas las atiende el personal médico, según Normativa 011, (2015) refiere que la Practica periódica del masaje uterino se hace con el fin de estimular la contracción uterina y la formación del globo de seguridad de Pinard por la cual debe orientarse a la parturienta que continúe practicándose el masaje uterino y que lo repita cada 15 minutos, donde el personal de enfermería debe de involucrarse por ser parte de la atención de las usuarias de este centro asistencial y así poder reducir las muerte materna por hemorragia. Por lo tanto esta actividad se realiza de forma satisfactoria por parte del personal de enfermería porque según la guía de observación aplicada un personal de enfermería atendió un parto y realizó la actividad satisfactoriamente.

Tabla Nº 31: El personal de Enfermería verifica la formación del globo de seguridad de Pinard, durante el tercer período del parto.

verifica la formación del globo de seguridad de Pinard	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	1	0	0	13	14
Porcentaje	7%	0%	0%	93%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 7% de las pacientes el personal de Enfermería verifica la formación del globo de seguridad de Pinard, al 93% se lo realiza el médico.

Según la Normativa 011, (2009) es la contracción uterina sostenida posterior a la expulsión de la placenta, que se produce en el puerperio inmediato, su formación y permanencia previene el sangrado uterino y puede ser estimulado realizando masajes uterino externos hasta percibir que el útero logre con contracción firme y sostenido signo de garantía de hemostasia perfecta, de igual forma la verificación del globo de seguridad de Pinard previene la hemorragia post parto en las usuarias, referente al personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón un menor porcentaje de las pacientes se les identifico el globo de seguridad de Pinard, pero un mayor porcentaje de las pacientes esta actividad lo identificó el médico siendo una actividad de verificar en todas las área donde se atienden parto es indispensables para el personal de enfermería que se involucre y tomen iniciativa de explicar este procedimiento en la detección de la formación del GSP para prevenir hemorragia y muertes maternas. Por consecuente esta actividad se cumple de forma satisfactoria.

El personal de enfermeria revisa la placenta y membranas en el tercer periodo del parto.

Según la Normativa (011,2015) describe que primero se debe de revisar 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.

En la atención del alumbramiento normal se debe de propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la fracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la presión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso, (Vigilancia y manejo del trabajo de parto,2014).

Tabla N° 32: El personal de Enfermería que atiende el parto revisa la placenta (membranas y cotiledones), durante el tercer período del parto.

Si atiende el parto revisa la placenta (membranas y cotiledones)	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	0	1	4	9	14
Porcentaje	0%	7%	29%	64%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 7% de las pacientes el personal de Enfermería realiza la actividad de forma incorrecta o incompleta, al 29% no se le realiza y a un 64% lo hace el médico.

En cuanto al personal de enfermería del centro de salud del Municipio de san Ramón se obtuvo que un porcentaje mínimo de las pacientes a las que no se le cumplió el procedimiento de manera correcta de revisar la placenta y cotiledones por el personal de enfermería y a un porcentaje mayor de esto lo hace el médico siendo una actividad que se debe de cumplir, a como lo refleja en la Normativa 011, (2015) refiere que es para asegurarse de que no haya retención de fragmentos placentarios así mismo la revisión minuciosa de la placenta y cotiledones le dan la pauta al personal que atiende el parto de darse cuenta del estado del útero y vagina y saber si hubo un alumbramiento completo, por lo tanto los y las enfermeras tienen la obligación de

revisar e involucrarse en el procedimiento aunque no sea el personal enfermero que atiende el parto con el fin de evitar complicaciones y muertes maternas. Por lo que esta actividad se cumple de forma insatisfactoria.

Tabla Nº 33: El personal de Enfermería toma signos vitales después de la salida de la placenta y los documenta, durante el tercer período del parto.

toma signos vitales después de la salida de la placenta y los documenta	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	4	10	0	0	14
Porcentaje	28%	72%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 28% de las pacientes el personal de Enfermería toma signos vitales después de la salida de la placenta y al 72% lo hace de forma incorrecta o incompleta.

Con base al personal de enfermería del Centro de Salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón una mínima parte de las usuarias se tomó signos vitales después de la salida de la placenta de forma correcta y completa, y un porcentaje mayor de estas parturientas lo hicieron de manera incompleta ya que el personal enfermero solo toma la presión arterial a las madres y no toman en cuenta que es un procedimiento de estricto cumplimiento en todas los centros de salud tanto público como privado y sobre todo en el puerperio inmediato, así mismo según García, B A, (1984) el personal de salud que está al cuidado de la mujer en el post parto, tiene como una de sus prioridades vigilar los signos vitales para así poder identificar con rapidez, si además de una elevación considerable en la presión arterial, se ha presentado algún síntoma que pueda indicar la presencia de preeclampsia o hemorragia post parto por lo tanto es de suma importancia que el personal de enfermería tenga iniciativa y cumpla con la realización de este procedimiento para evitar posibles riesgos durante el puerperio. Por lo que se determina que esta actividad se cumple de manera insatisfactoria.

Tabla N° 34: El personal de Enfermería vigila el sangrado transvaginal después de la salida de la placenta, durante el tercer período del parto.

vigila el sangrado transvaginal después de la salida de la placenta	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	1	0	0	13	14
Porcentaje	7%	0%	0%	93%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 7% de las pacientes el personal de Enfermería realiza la actividad y al 93% lo realiza el médico.

Con referencia a los resultados de las observaciones en el centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón un porcentaje menor de las pacientes se vigila el sangrado transvaginal por el personal de enfermería y un porcentaje mayor esta actividad es realizada por el médico procedimiento que se debe de cumplir en todas las áreas de salud, según Murillo J, (1996) refiere que la vigilancia del sangrado transvaginal es importante porque puede producir riesgo de hemorragia durante o después de la salida o separación de la placenta siendo la hemorragia post parto una de las principales causa de mortalidad materna ,esta vigilancia debe realizarse inmediatamente después del alumbramiento, con respecto al personal enfermero un personal de enfermería realizó esta actividad de manera satisfactoria y el resto el médico lo realiza por lo cual se debe de documentarse e involucrarse en el procedimiento para poder realizarlo y evitar complicaciones en las usuarias, aunque una minoría lo realiza de manera satisfactoria, pero cuando hay ausencia del médico. Por lo que se cumple de manera insatisfactoria la actividad ya que aunque el parto sea atendido por el médico, el personal de Enfermería debe vigilar el STV para detectar anomalías y complicaciones.

Tabla Nº 35: El personal de Enfermería evalúa el aspecto general de la parturienta color de piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas, durante el tercer período del parto.

evalúa el aspecto general de la parturienta color de piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	0	0	4	10	14
Porcentaje	0%	0%	28%	72%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 28% de las pacientes el personal de Enfermería no realiza la actividad y al 72% lo hace el médico.

Se evidencia que el personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón no se le evaluó el aspecto general de las pacientes, color de piel, el estado de conciencia y también los miembros inferiores pero una parte lo realizó el médico, siendo una actividad de eficaz cumplimiento según lo establecido por Schawcrz (2008), quien refiere que la vigilancia y los cuidados obstétricos y el estado general materno son fundamentales porque en este periodo se producen la mayoría de las hemorragias graves, que representan una de las principales causas obstétricas directa de muerte materna, es por eso se debe vigilar minuciosamente a la parturienta para evitar complicaciones después del parto por lo cual el personal de enfermería debe de involucrarse en la atención y cuidado aunque no realicen la actividad ya que esto es responsabilidad de todo el personal de salud, determinando así que esta actividad se realiza de forma insatisfactoria.

Tabla Nº 36: 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, durante el tercer período del parto.

orienta a la mujer sobre abrigo, hidratación, vigilancia del sangrado, apego precoz, deambulación temprana, higiene personal y genital, curación de episiotomía si existiera,	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	8	1	4	1	14
Porcentaje	57%	7%	29%	7%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 57% de las pacientes el personal de Enfermería realiza la actividad, al 7% se lo realiza de manera incorrecta o incompleta, al 29% no se observó que se realice y a un 7% lo hace el médico.

Se evidencia que el personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón la mayor parte de las usuarias se le realizó la actividad de manera satisfactoria, un mínimo porcentaje lo realiza de forma incompleta y el otro porcentaje mayor no se realiza la actividad y el mínimo porcentaje lo realizó el médico tomando en cuenta que es una actividad indispensable, tanto para centros públicos como privado, según lo establecido en la Normativa 011, (2015), refleja que estas orientaciones se hacen con el propósito de reducir complicaciones en las usuarias ya que la ambulación precoz en las mujeres disminuye el riesgo de fenómenos tromboembólicos ya que activa la circulación de retorno, la alimentación de la madre es balanceada en calorías ,proteínas, fibras y líquidos abundantes para favorecer la

evacuación intestinal y suplir las necesidades nutricionales ,la higiene personal es importante en la usuaria ya que se les recomienda baño en ducha (regadora) y no en inmersión, lavado externo con agua y jabón de la región perineo–vulvar una vez al día por la cual la episiorrafia debe de mantenerse limpia y seca dentro de esto también se debe de educar a la madre sobre lactancia materna exclusiva y el cuidado de las mama antes y después de alimentar al niño/ña, para evitar infecciones en el recién nacido ya que la lactancia materna es importante porque protege al bebe contra enfermedades víricas o bacterianas por medio del traspaso de anticuerpo maternos por la cual es necesario que el personal de enfermería le brinden consejería a las usuarias sobre estas orientaciones debido a que esto ayuda a prevenir muchas complicaciones a la madre y al recién nacido evitando ingresos hospitalario del binomio como tal el personal de enfermería debe de involucrarse y documentarse para mejorar la atención a las pacientes que asisten al centro asistencial por lo tanto esta actividad se realiza de manera satisfactoria.

Tabla Nº 37: El personal de Enfermería orienta a la mujer sobre signos de peligro durante el puerperio y recién nacido, en el tercer periodo del parto.

orienta a la mujer sobre signos de peligro durante el puerperio y recién nacido	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	13	1	0	0	14
Porcentaje	93%	7%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 93% de las pacientes el personal de Enfermería realiza la actividad de forma satisfactoria, al 7% se lo realiza de forma incorrecta o incompleta.

Según el personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón un porcentaje mayor de las pacientes se les realizó de manera completa y un menor porcentaje se les realizó de forma incompleta por lo tanto el personal de enfermería debe de cumplir con esta actividad, con respecto lo que establece la

Normativa 011, (2015) que se debe de orientar a la mujer sobre signos de peligros con el propósito de prevenir hemorragia post parto y complicaciones en el recién nacido además se debe de dar explicación a la madre con el objetivo de que la mujer se dé cuenta de los riesgo que pueden aparecer durante el puerperio y brindarles consejería del cuidado del recién nacido con el fin de evitar muertes maternas según la evaluación del personal de enfermería debe de brindar consejería adecuadas, para reducir posibles riesgos perinatales, se puede decir que en el centro de salud en estudio se cumple con esta actividad, sin embargo se debe considerar en la mínima parte a la que no se le realiza se puede presentar una complicación materna o neonatal. Esta actividad se realiza de forma satisfactoria.

Tabla N° 38: El personal de Enfermería oferta métodos de planificación familiar, durante el tercer período del parto.

Oferta métodos de planificación familiar	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Total
Frecuencia	14	0	0	0	14
Porcentaje	100%	0%	0%	0%	100%

Fuente: Guía de Observación.

Al 100% de las usuarias el personal de Enfermería oferta métodos de planificación familiar, durante el tercer período del parto.

Se evidencia que al personal de enfermería del centro de Salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón a todas las pacientes se les ofertó el método de planificación familiar durante la atención del tercer periodo del parto, según la Normativa 011, (2015) contempla que es el derecho que tiene la pareja e individuo al decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean tener el momento oportuno para tenerlos, el tiempo entre embarazo así como la de tener la información, concretar sus deseos y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductiva, con base a la norma la pareja tiene el derecho de decidir libremente la cantidad de hijos que

quieran tener y también el método con el que deseen planificar sin que el personal de enfermería se lo imponga esto para tener una buena salud sexual y reproductiva se hace con el objetivo de evitar embarazo intergenésico corto y poder evitar posibles complicaciones en la mujer, ya que el personal de salud de dicho centro obtuvieron respuesta positiva al brindar consejería a las usuarias, Por lo que esta actividad se realiza de forma satisfactoria.

4.8. TABLAS DE EVALUACION

Intervenciones satisfactorias.

Satisfacción del usuario (a): Es la percepción de los usuarios (as) producto de su relación con los diferentes recursos o condiciones brindadas durante el proceso de atención. (Normativa 042,2010).El parto satisfactorio es aquel que se da cuando la usuaria obtiene los cuidados maternos fetales de manera correcta durante los tres periodos del parto satisfaciendo las necesidades de la paciente como profesional de enfermería debemos de brindar los cuidados correspondientes a las usuarias para reducir complicaciones en las pacientes.

Insatisfacción del usuario: es la persona que no recibe los cuidados necesarios por parte del personal de salud por ese motivo es necesario identificar aquellos incidentes que puedan originar una situación de insatisfacción.La Enfermera debe tener la disposición de escuchar y permitir que la persona se exprese antes de contestar, ya que lo que espera la usuaria es un cuidado de enfermería segura libre de riesgos basado en el conocimiento y sobre todo un cuidado humanizado.(Marriner.A,2007).

La insatisfacción del paciente se presenta cuando no se realiza los cuidados adecuados de Enfermería y la atención de calidad y calidez brindadas por parte del personal que atiende el parto, es indispensable que el personal de enfermería se enfoque en el cumplimiento de lo que establece los documentos consultados para que den una respuesta a las necesidades de las usuarias evitando riesgo en el parto y que las pacientes se sientan satisfechas con la atención que se les brindan por parte del personal de enfermería.

Tabla N° 39: Evaluación de 38 actividades realizadas durante la atención a las pacientes en los tres periodos del parto.

Categoría	Actividades	Porcentaje
Satisfactoria	17	45%
Insatisfactoria	5	13%
No observado	6	16%
No aplica	10	26%
Total	38	100%

Fuente: Guía de observación.

Según la guía de observación el 45% de las usuarias el personal de enfermería realizó la actividad de forma satisfactoria un 13% el personal lo hizo de forma insatisfactoria, un 16% no lo realizó y un 26% lo realizó el personal médico.

Se evidencia que el personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón realiza la mayoría de las actividades de forma satisfactoria y el mínimo porcentaje lo realiza de manera insatisfactoria y la otra parte de las actividades no lo realiza o lo realiza el personal médico, según lo establecido en la Normativa 011 (2015), describe que las actividades satisfactoria es cuando el personal de enfermería realiza las actividades de manera completa, las insatisfactoria es cuando el personal de enfermería realiza las actividades de forma incompleta y el resto de actividades el personal de enfermería no realiza la actividad, por lo tanto el personal de enfermería debe de involucrarse en la atención de calidad a las usuarias cumpliendo con las intervenciones Normadas.

Tabla N° 40: Evaluación de 38 actividades realizadas durante la atención a las pacientes en los tres periodos del parto.

Categoría	Actividades	Porcentaje
Satisfactorio	17	45%
Insatisfactorio	21	55%
Total	38	100%

Al 45% de las actividades realizadas por el personal de enfermería no cumple de forma satisfactoria y el 55% de las actividades lo realiza de manera insatisfactoria.

Se evidencia que el personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo del Municipio de San Ramón en el mayor porcentaje de las actividades aplicadas a las usuarias se les realiza de forma insatisfactoria cabe mencionar que desde la perspectiva el resultado del trabajo es insatisfactorio al unir las tres categorías ya que en base a su semejanza repercute de forma negativa dentro de las intervenciones aplicadas por el personal de enfermería.

Evaluación al personal de enfermería según los resultados de las guías de observación aplicadas durante los tres periodos del parto.

Según los resultados que se obtuvieron al aplicar la guía de observación al personal de enfermería las intervenciones resultaron en su mayoría insatisfactorio ya que no se cumple desde la perspectiva del trabajo en base a la medición que se realizó según la guía de observación por lo tanto el estudio resultó insatisfactorio.

V. CONCLUSIONES

1. Se enumeraron las intervenciones de enfermería durante la atención del parto en la Normas y protocolo para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, Normativa (042,2010) Parto Humanizado.
2. Se compararon las intervenciones de enfermería en los tres periodos del parto con el cuidado aplicado por lo tanto se obtuvieron los resultados de forma insatisfactoria.
3. Al evaluar las intervenciones de enfermería con el cuidado aplicado se encontró que a la mayoría de las usuarias se le realizan las intervenciones de forma incorrecta e incompleta por lo que se valora el cuidado como insatisfactorio.

VI. BIBLIOGRAFIA

- Carmen, C. D. (2008). enfermera y la valoración de signos vitales.
- Cortez, E. (2010). Docencia en Enfermería. Santiago, Valparaíso -Chile.
- General L. 423 (2002). Deberes y derechos del paciente. publicado en la gaceta nº91.
- G. Victoria (1ro. de octubre de 2010). [http// publicaciones.administraciones.es](http://publicaciones.administraciones.es).
- García, B.A (1884) (S F) Enfermería Ginecoobstétrica. Obtenido de GSD/SLD.Cu/egi-bin library.
- García, B. A. (2014.). Ministerio de salud del poder ciudadano para la salud. Venezuela.: 1ra edición.
- Herdenson V. (1994.). Naturaleza de la Enfermería. Madrid Interamericana.
- Hernández, M. N. (Noviembre 2014.). canalización periférica atención, cuidado mantenimiento y complicaciones.
- MINSA ,(2015). Normas y Protocolo para la atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido de bajo riesgo. Managua – Diciembre
- MINSA, (2009). Normas y protocolos de atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido de bajo riesgo. NORMATIVA 011. Managua .
- Muñoz, M. J. (2008). Norma de Atención a la mujer en el proceso del parto y puerperio. Uruguay.
- Marriner, A. (4 de Mayo. de Agosto de 2007) File:///c:/User/Cursos/Downlads/Revista de enfermería Universitaria. Recuperado el 2007, Madrid 6ta edición.
- NANDA-ELSEKTER. (2012.2014). Diagnósticos Enfermero, Definición y *clasificación*.
- NANDA. (2016). In memorial Marjory Gordon. Nanda International, 1.

Ramírez V (s.f.). www.uv.es/~J.V. Ram3rez/apuntes/seminario 1.1 pdf mecanismo para la atenci3n del parto.

Salud. O. M. (2002). Gu3a para obstetricia y M3dico.

Salud, M. d. (Mayo 2010). Normativa 042 Norma de Humanizacion del parto institucional. Managua.

Seda J.M & G3mez S.J. (2007). Enfermer3a Materna y del Reci3n nacido, Enfermer3a obst3trica - Ginecol3gico. 2da edici3n. Madrid-Espa3a.

Sampieri. R. H. (2003,). Metodologia de la Investigaci3n. M3xico.

Schawrcz, R. (1997-2008). Obstetricia sala Duverges Parto Normal. Buenos Aires -el ateneo: 5t^a edici3n.

Salud, M. d. (mayo 2010). Normativa 042 Norma de Humanizaci3n del parto institucional Managua.

Salud, M. D. (2007). Manual de Enfermer3a Zamora. Colombia: 3r^a edici3n.

V. Helen (2006). Parter3a Profesional O.P.S. Washington D. OPS: 4t^a edici3n.

ANEXOS

Anexo.1

Tabla Representativa donde se fracciona la muestra.

Periodos del parto	Usuaris observadas	Muestra por periodos
Primer periodo.	16	30
Segundo periodo y Tercer periodo del parto.	14	
Total	30	

Anexo 2: Operacionalización de variables

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

Anexo:3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA; MANAGUA

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA, MATAGALPA



Guía de observación

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

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

“S”: **Satisfactorio** = Realiza la actividad.

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

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

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

Periodos del partos	N°	Actividad	S	I	N/O	N/A
Primer periodo	1	Se presenta ante la paciente brindando su nombre completo.				
	2	Respeto la intimidad y privacidad de la paciente				
	3	Realiza valoración de necesidades de la paciente				
	4	Toma de Signos Vitales y de frecuencia cardiaca fetal.				
	5	Oferta parto acompañado (humanizado)				
	6	Vigila el estado de hidratación materno.				
	7	Detecta signos de peligro al tomar signos vitales y los reporta.				
	8	Orienta la ingesta de líquidos azucarados.				
	9	Orienta colocarse en Decúbito Lateral				

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

	32	Si atiende el parto revisa la placenta (membranas y cotiledones).				
	33	Toma signos vitales después de la salida de la placenta y los documenta				
	34	Vigila el sangrado transvaginal después de la salida de la placenta.				
	35	Evalúa el aspecto general de la parturienta color de la piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas.				
	36	Orienta a la mujer sobre Abrigo, hidratación, vigilancia del sangrado, apego precoz, deambulación temprana, higiene personal y genital, curación de episiotomía si existiera.				
	37	Orienta a la mujer sobre signos de peligro durante el puerperio y del recién nacido.				
	38	Oferta métodos de planificación familiar.				

