

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS**

**Competencias que el personal Auxiliar de Enfermería posee en
la atención del parto**

AQUELIO ISAIAS ORELLANA SAN JOSE

TESIS

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Enfermería Materno Neonatal
Para obtener el Título de
Maestro en Enfermería Materno Neonatal**

Septiembre 2014

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS**

**Competencias que el personal Auxiliar de Enfermería posee en
la atención del parto**

AQUELIO ISAIAS ORELLANA SAN JOSE

TESIS

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Enfermería Materno Neonatal
Para obtener el Título de
Maestro en Enfermería Materno Neonatal**

Septiembre 2014



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Licenciado: Aquelio Isaías Orellana San José.

Carné Universitario No.: 200321384

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Artes en Enfermería Materno Neonatal, el trabajo de tesis "**Competencias que el Personal Auxiliar de Enfermería Posee en la Atención del Parto**".

Que fue asesorado: Licda. María Eugenia de León de Hernández Mg.

Y revisado por: Licda. Rutilia Herrera Acajábón Msc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para septiembre 2014.

Guatemala, 25 de agosto de 2014


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala
Tels. 2251-5400 / 2251-5409
Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 08 de Agosto de 2014

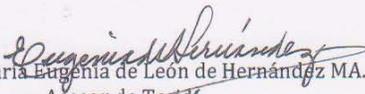
Licenciada:

Rutilia Herrera Acajabón MSc.
Coordinadora Específica
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Licenciada Herrera:

Por este medio le informo que asesoré el contenido del informe final de tesis con el título "Competencias que el personal auxiliar de enfermería posee en la atención del parto" de Aquelio Isaias Orellana San José, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente;


Licenciada María Eugenia de León de Hernández MA.
Asesor de Tesis
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

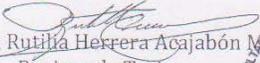
Guatemala, 08 de Agosto de 2014

Doctor
Luis Alfredo Ruíz Cruz MSc.
Coordinador General, Maestrías y Especializaciones
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Doctor Ruíz:

De manera atenta me dirijo a usted que revise el contenido del informe final de tesis con el título "Competencias que el personal auxiliar de enfermería posee en la atención del parto" de Aquelio Isaías Orellana San José, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente,


Licenciada Rutilla Herrera Acajábón M.
Revisor de Tesis
Coordinación Específica
Escuela de Estudios de Postgrado



NOTA DE AGRADECIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

Enfermería de Guatemala agradece en grande manera a la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo –AECID- y a la Fundación Para El Desarrollo de Enfermería –FUDEN-, España. El apoyo brindado al conceder 30 becas a Licenciados en Enfermería de Alta y Baja Verapaz para nuestra formación como Maestros en Enfermería Materno Neonatal.

Quienes hemos alcanzado las competencias para el desarrollo en todos los ámbitos de la salud materno neonatal, desarrollo local, investigación y gerencia de los servicios en cualquiera de los niveles de atención.

Presentamos nuestros respetos y gratitud a tan prestigiosa Agencia y Fundación, quedando con el compromiso de trabajar por el desarrollo integral de la población.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Creador del universo y dueño de mi vida, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo AECID, Fundación Para el Desarrollo de Enfermería FUDEN, Universidad San Carlos de Guatemala Y Escuela Nacional de Enfermería de Cobán: Por el soporte institucional dado para la realización de este trabajo y de mi carrera.

A MI ASESORA Y REVISORA DE TESIS: por su asesoría y dirección en el trabajo de investigación, por la colaboración, paciencia, apoyo brindados desde siempre y sobre todo por esa gran amistad que me brindan, por escucharme y aconsejarme siempre,

A MIS PADRES: Isaías Orellana Arriaza y María Belén San José Garrido, serán siempre mi inspiración para alcanzar mis metas, por enseñarme que todo se aprende y que todo esfuerzo es al final recompensa. Sus esfuerzos se convirtieron en su triunfo y el mío, LOS AMO.

A MI ESPOSA: Orquidea María Luisa Moran Chun, por tu paciencia y comprensión, preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío. Por tu bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor para tí, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de tí, gracias por estar siempre a mi lado TE AMO.

A MI HIJA: Orquidea Belén, por inspirarme a ser cada día mejor y darme fuerzas para seguir adelante TE ADORO.

A MIS HERMANAS: Dilma y Sonia, por darme la estabilidad emocional, económica, sentimental; para poder llegar hasta este logro, que definitivamente no hubiese podido ser realidad sin ustedes. GRACIAS

A MIS SOBRINITOS: Osmar, Brayan, Andy, Jennifer, Selene y Dayana con mucho amor y cariño, que siempre me dan alegría y fortalezas para seguir adelante.

A MIS PRIMOS: Lilian, Gladys, Hengly, Jerry, Candy, Esmeralda, Gladys, con cariño, gracias por su apoyo y brindarme momentos agradables en mi vida.

A MIS TIOS: Odilia, Francisco, Cristina, Juana, Samuel, Amanda y Fermelisa por acompañarme en todos los momentos importantes.

A MI EQUIPO Y COMPAÑEROS DE TESIS: Ruth, fue un pilar en los ánimos y desarrollo de este proyecto, gracias por ser el último escalón para poder alcanzar este sueño, MI SUEÑO, que ahora es una realidad, a mis compañeros de estudio Dios los bendiga.

A MIS AMIGOS: José Luis, Omar y su esposa Claudia, con los que comparto experiencias, por su apoyo y ánimo en cada etapa que se pasa y viene a lo largo de la vida.

A MI PAIS: Porque espera lo mejor de mí.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de esta investigación, hago extensivo mi más sincero agradecimiento.

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN

I INTRODUCCION

II ANTECEDENTES

2.1 Embarazo

2.2 Examen de la Mujer Gravídica

2.2.1 Interrogatorio o Anamnesis

2.2.2 Edad Materna o Paridad

2.2.3 Antecedentes Personales

2.2.4 Antecedentes Obstétricos

2.3 Trabajo de Parto

2.3.1 Trabajo de Parto Falso

2.3.2 Etapas del Parto

2.3.3 Prodrómico o Preparto

2.3.5 Dilatación

2.3.6 Nacimiento o Expulsión

2.3.7 Alumbramiento

2.4 Las tres Etapas de labor de partos

2.4.1 Etapa uno

2.4.2 Etapa dos

2.4.3 Etapa Tres

2.5 Mecanismos del Parto

2.6 Fisiología del Parto

2.7 Control del Trabajo de Parto

2.8 Lesiones del canal blando del parto

2.9 Apoyo y alivio del dolor del parto

1. De ambulación y cambios de la posición durante la dilatación y expulsión
2. Apoyo continuo de la gestante

2.10 Papel de la Pareja en el Parto

2.11 Modelo de enfermería

2.12 Normas de atención

2.12.1 Acciones Preventivas en el parto

- a) Ambiente limpio y seguro
- b) Atención Calificada
- c) Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto

2.13 Protocolo de Atención

- a) Atención calificada del parto
- b) Los tres Periodos del parto
- c) Personal Institucional calificado

2.13.1 Uso del Partograma

2.14 Practicas desaconsejadas por la OMS

2.15 Ley para la Maternidad Saludable

III OBJETIVOS

IV MATERIAL Y METODOS

4.1. Tipo y diseño de estudio

A. Unidad de Análisis

4.2. Población

4.3. Sujeto de estudio

4.4. Calculo de la muestra

4.5. Criterios de inclusión

4.6. Criterios de exclusión

4.7. Descripción de Técnicas y Procedimientos

4.8. Definición y Operacionalización de variables

4.9 Análisis de Datos

4.10 Aspectos Éticos

V RESULTADOS

Cuadro No.1 y No.2

Cuadro No.3 y No.4

Cuadro No.5 y No.6

Cuadro No.7 y No.8

Cuadro No.9 y No.10

Cuadro No.11 y No.12

Cuadro No.13

VI DISCUSION Y ANALISIS

6.1 CONCLUSIONES

6.2 RECOMENDACIONES

VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFIAS

VIII ANEXOS

Anexo No.1

Anexo No.2

PERMISO DEL AUTOR

RESUMEN

La atención de parto a nivel institucional se ha incrementado en la actualidad, así mismo las complicaciones durante la atención de parto, ameritan una intervención inmediata, previo a la identificación oportuna de algún signo de alarma y las acciones coordinadas por parte del personal Auxiliar de Enfermería que en su mayoría son los que brindan la atención del parto a las mujeres en los servicios de salud. En el municipio de Fray Bartolomé de las Casas, del departamento de Alta Verapaz está ubicado el Hospital Distrital, y en éste el servicio de Labor y Partos, donde se brinda atención del parto.

“Según datos estadísticos los partos atendidos en el 2012 fueron 1,469 más 3 con fórceps y en el año 2013 de Enero a Junio fueron 776,”¹ en su mayoría fueron atendidos por el personal auxiliar de enfermería, y algunos por médicos de turno de la brigada cubana. El mantener capacitado al personal le corresponde a la Enfermera Jefe del Servicio, quien debe velar por mantener las competencias el personal bajo su cargo.

Lo expuesto anteriormente hace posible la presente investigación de tipo descriptivo y de corte transversal, para recopilar la información necesaria se elaboró un cuestionario de 13 preguntas mixtas, con base a los indicadores de la variable planteada obteniéndose como resultado principal, que no cumplen con las normas de atención, protocolos y lineamientos que el Ministerio de Salud ha implementado para la atención del parto, así mismo el desconocimiento de los aspectos legales para una atención de calidad y calidez.

ABSTRACT

Care delivery at the institutional level has increased today, likewise complications during care delivery, warrant immediate action, prior to timely identification of any signs of alarm and coordinated action by staff Nursing Assistant most of which are providing delivery care for women in health services. In the town of Fray Bartolome de las Casas, the department of Alta Verapaz District Hospital is located, and in this service Labor and Childbirth, where delivery care is provided

"According to statistics births in 2012 were 1,469 plus 3 forceps and in 2013 from January to June were 776," most of which were attended by auxiliary nurses and some physicians on duty brigade Cuban. Maintaining trained personnel lies with the Chief Nurse, who has to ensure competence personnel under their charge.

The foregoing enables this research descriptive, cross-sectional, to collect the necessary information a questionnaire of 13 mixed questions was developed, based on the indicators of the variable raised obtained as main result, that do not meet standards care, protocols and guidelines that the Ministry of Health has implemented for care delivery, also the ignorance of the legal aspects of care quality and warmth.

I. INTRODUCCION

“Cada año, de un estimado de 120 millones de embarazos que ocurren en el mundo, más de medio millón de mujeres mueren como consecuencia de complicaciones durante el embarazo o el parto; Más de 50 millones de mujeres sufren enfermedades o discapacidades serias relacionadas con el embarazo y por lo menos 1.2 millones de recién nacidos mueren por complicaciones durante el parto.”²

Es importante que la atención de parto debe de brindarse por personal calificado, contando con las competencias necesarias para poder dar la atención de calidad, identificando complicaciones o signos de peligro para una atención oportuna o referencia si fuese necesario. El personal de salud también debe de contar con habilidades y destrezas las cuales debe de demostrar en la atención que brinde en la atención del parto.

En Guatemala según el tercer informe que presenta SEGEPLAN en el año 2010, refiere el 51.4% de partos es atendido por personal capacitado como médico o enfermera, dando a conocer que dentro de las prioridades del gobierno está la de reducir la mortalidad materna, y por ello mantiene al personal capacitado y los servicios con medicamentos, insumos y equipo necesario para brindar dicha atención, aunque la razón de mortalidad materna en Guatemala sigue siendo elevada.

En Alta Verapaz, se logra para el 2013 incrementar la atención de parto institucional, atendidos en su mayoría por Auxiliares de Enfermería, quienes son responsables de brindar la atención en los servicios de salud, aunque la demanda ha aumentado, lastimosamente no así el abastecimiento oportuno de medicamentos, insumos y equipo, habiendo limitantes muy marcados como transporte para cubrir emergencias gineco obstétricas, o referencias por complicaciones durante la atención de parto a un servicio de salud con mayor capacidad resolutive.

En el municipio de Fray Bartolomé de las Casas, departamento de Alta Verapaz, está ubicado el Hospital Distrital, como parte del mismo está el servicio de Labor y Parto, donde se brinda atención a la población no solo del municipio, sino de otros municipios cercanos, debido a que el Hospital está ubicado en el centro de la Franja Transversal

²

del Norte y es un Hospital de Referencia. El servicio cuenta con 01 Enfermera Profesional quien es la Jefe del Servicio y 10 Auxiliares de Enfermería que permanecen en el servicio por un lapso de 3 años, garantizando de esta forma las competencias para la atención del parto, así mismo desde febrero del año 2013 se cuenta con un médico de la brigada cubana quien cubre la atención en la mañana y tarde, en la noche el Auxiliar de Enfermería es responsable de la atención con el apoyo del médico de turno del servicio de emergencia.

Es importante determinar las competencias que posee el personal de enfermería en la atención de parto, debido a que la mayoría de partos atendidos institucionalmente son atendidos por el Auxiliar de enfermería. “Los datos estadísticos reflejan que en el año 2012 fueron atendidos 1,469 partos y más 3 con fórceps y en el año 2013 de Enero a Junio 776”³ y por ello surge la necesidad de realizar la presente investigación y **describir las Competencias que el personal Auxiliar de Enfermería posee en la atención del parto, en el Hospital Distrital de Fray Bartolomé de las Casas, del departamento de Alta Verapaz, durante los meses de Julio a Agosto del año 2013**

Se realizó la investigación aplicando un cuestionario al personal auxiliar de enfermería del servicio de Labor y Parto que se encontraba en el momento de la investigación, identificando las competencias que el personal posee en la atención de parto y el cumplimiento de las normas de atención, protocolos y lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud, logrando dar respuesta a los objetivos planteados en la investigación a través de las conclusiones tomando en cuenta que el personal auxiliar de enfermería debe ser capacitado constantemente para contar con las competencias técnicas que garanticen la calidad de atención a la usuaria, cumplimiento de normas de atención para disminuir riesgos mediante la identificación oportuna de signos de alarma, contribuyendo de esta forma disminuir la mortalidad materna-neonatal, a través de acciones oportunas y acertadas.

Las recomendaciones están dejadas a las autoridades del Hospital Distrital de Fray Bartolomé de las Casas, para realizar un proyecto de desarrollo local, enfocado en la educación de forma integral al personal Auxiliar de Enfermería del Servicio de Labor y Partos del Hospital Distrital de Fray Bartolomé de las Casas, departamento de Alta Verapaz, para crear las competencias técnicas en la atención del parto

³

II. ANTECEDENTES

Parto es “ la expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500 gramos, igual o mayor a las 22 semanas completas”⁴ y la atención del parto en Guatemala la brinda personal capacitado como Medico, Enfermera, Auxiliar de enfermería y Comadronas Tradicionales, así mismo personal empirico como el mismo esposo, suegra o suegro de la gestante entre otros, la diferencia de la atención del parto que brinda el personal capacitado y el empírico radica en que el primero tiene las competencias, habilidades y destrezas para brindar la atención cumpliendo con los lineamientos, protocolos, guías y normas de atención y el segundo no tiene esos conocimientos más que la experiencia a nivel local de haber atendido un parto sin lineamientos y guías de atención, lo que pone en riesgo de binomio madre-hijo si llegara a presentarse una complicación, signo o señal de peligro.

La red de servicios de salud en Alta Verapaz está conformada de la siguiente manera: 01 Hospital Regional ubicado en la cabecera departamental, 50 puestos de salud fortalecidos con presencia de 2 auxiliares de enfermería y algunos con 01 Licenciada en Enfermería de la Brigada Cubana, 15 Centros de Atención Permanente (CAP), 01 Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI), 01 Centro de Atención a Pacientes Ambulatorios (CENAPA) y 02 Hospitales Distritales”⁵

El Hospital de Fray Bartolomé de las Casas, es uno de los hospitales distritales, se encuentra ubicado en el casco urbano del municipio, se brinda atención a la población en general del municipio y municipios cercanos como Chahal, Raxuha, San Luis Peten, entre otros, parte de la Franja transversal del Norte. Dentro de la atención que se brinda esta la atención del parto, contando con el servicio de Labor y Parto, el cual se encuentra ubicado a la par del servicio de emergencia y al otro costado el servicio de sala de operaciones. En el servicio de Labor y parto la atención es brindada por 01 Enfermera Profesional y 10 Auxiliares de Enfermería los cuales permanecen en el servicio por un lapso de 3 años, con el objetivo de mantener al personal con experiencia para que en determinado momento tomen decisiones oportunas para beneficio de la gestante en el trabajo de parto.

⁴

⁵

2.1 Embarazo

Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos.

“La duración aproximada de un embarazo es de 280 días. Son 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 semanas (aproximadamente nueve meses) desde el momento de la fecundación. Se considera un embarazo a término aquel que transcurre entre la semana 37 (259 días cumplidos) y la semana 42 de gestación (294 días cumplidos). Un embarazo de menos de 37 semanas se considera pre-término, mientras que uno de más de 42 semanas se considera post-término”.⁶

Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días.

2.2 EXAMEN DE LA MUJER GRAVIDA:

2.2.1 Interrogatorio o Anamnesis.

El examen de toda embarazada deberá comenzar con un cuidadoso interrogatorio, cuya guía se presenta en el formulario de la Historia Perinatal Básica. La anamnesis debe incluir datos de identificación, caracterización socioeconómica, antecedentes familiares, personales, ginecológicos y perinatales.

2.2.2 Edad materna y paridad.

Hay general coincidencia en considerar a las embarazadas de 20 a 30 años como el grupo etario de menor riesgo perinatal. La mortalidad fetal, neonatal y materna aumenta tanto en las madres adolescentes especialmente en el grupo menor de 15 años como en las que tienen más de 35 años.

6

2.2.3 Antecedentes personales.

Se tomarán en consideración las enfermedades clínicas y quirúrgicas que la embarazada haya padecido y su evolución. En todo caso es imprescindible evaluar el grado de secuela que el cuadro pueda haber dejado y que pueda repercutir desfavorablemente sobre el embarazo.

2.2.4 Antecedentes Obstétricos.

Los datos relativos a los partos anteriores tienen un valor inapreciable para el pronóstico. Hay una tendencia a que el riesgo se manifieste en forma similar al antecedente que lo grava. La probabilidad de tener un parto de niño de bajo peso es un 50% mayor cuando existe otro caso en el embarazo inmediato anterior.

2.3 TRABAJO DE PARTO:

Es un conjunto de fenómenos fisiológicos activos y pasivos que tienen por objeto la salida del feto viable de los genitales maternos. Se espera que el parto de una mujer ocurra entre las semanas 37 y 42 completas desde la fecha de la última menstruación. El inicio del trabajo de parto varía entre una mujer y otra, siendo los signos más frecuentes, la expulsión del tapón mucoso cervical, la aparición de leves espasmos uterinos a intervalos menores de uno cada diez minutos, aumento de la presión pélvica con frecuencia urinaria, la ruptura de las membranas que envuelven al líquido amniótico —con el consecuente derramamiento del voluminoso líquido— con indicios de secreciones con sangre.

Aunque no existen evidencias científicas que lo apoyen, es frecuente oír que las madres sienten una urgencia de «limpiar el nido», poco antes del franco trabajo de parto, o dar los últimos toques al cuarto del bebé, afirmando hasta levantarse de madrugada con tales faenas.

2.3.1 Trabajo de parto falso

La aparición de contracciones uterinas breves e irregulares —tanto en intervalo como en duración— sin cambios cervicales se denomina trabajo de parto falso o *falsa labor*. A menudo resulta conflictivo, en especial durante los días finales del embarazo, decidir si se ha comenzado el trabajo de parto o la aparición de ciertos signos es una falsa alarma, en especial si se sienten contracciones que no aumenten en intensidad y frecuencia. Las contracciones leves previas a las verdaderas contracciones del trabajo de parto son normales y llevan el

nombre de *contracciones de Braxton Hicks*. Además de ser contracciones leves, son esporádicas, no tienen un patrón definido y tienden a desaparecer con el descansar, cambiar de posición, baños tibios y la hidratación. Es importante realizar un correcto diagnóstico del inicio de la fase activa del parto, ya que un error en el mismo puede conducir a una serie de intervenciones en el parto que no son necesarias.⁷

2.3.2 Etapas del parto

“Se desconocen cuáles son las causas que precipitan el parto, pero se cree que determinadas sustancias producidas por la placenta, la madre o el feto, y de factores mecánicos como el tamaño del bebé y su efecto sobre el músculo uterino contribuyen al parto. Por lo tanto los efectos coordinados de todos estos factores son probablemente la causa de la aparición del trabajo del parto.”⁸

Se habla de inicio del parto cuando se conjugan varias situaciones como son las contracciones uterinas, el borramiento (o acortamiento de la longitud del cérvix) y la dilatación del cuello uterino. La fase activa del parto suele iniciarse a partir de los 4 cm de dilatación del cuello uterino.

2.3.3 Prodrómico o preparto

“Es un periodo excluido del trabajo del parto el cual no tiene un inicio definido, comienza con la aparición progresiva de un conjunto de síntomas y signos que le servirán a la madre para darse cuenta que se aproxima el momento del parto, aunque no siempre en forma inmediata. Este periodo puede durar hasta dos semanas y finaliza con la dilatación del útero. No todas las embarazadas perciben que están pasando por la etapa del preparto, por tanto, comienzan directamente con las contracciones rítmicas características del trabajo de parto. Durante este periodo se produce un incremento progresivo de la frecuencia e intensidad de las contracciones, se expulsa a veces el tapón mucoso y se incrementan las molestias a nivel de la pelvis.”⁹

7

8

9

2.3.4 Dilatación

“El primer período del trabajo de parto tiene como finalidad dilatar el uterino. Se produce cuando las contracciones uterinas empiezan a aparecer con mayor frecuencia, aproximadamente cada 3 - 15 minutos, con una duración de 30 s o más cada una y de una intensidad creciente. Las contracciones son cada vez más frecuentes y más intensas, hasta uno cada dos minutos y producen el borramiento o adelgazamiento y la dilatación del cuello del útero, lo que permite denominar a este período como *período de dilatación*. “¹⁰

“La duración de este periodo es variable según si la mujer ha tenido trabajos de parto anteriores (en el caso de las primerizas hasta 18 horas) y se divide en: fase latente, fase activa y fase de desaceleración. La etapa termina con la dilatación completa (10 centímetros) y borramiento del cuello uterino. Usualmente entre la dilatación completa y la fase de nacimiento se da un corto periodo de latencia en el que las contracciones desaparecen por completo.”¹¹

2.3.5 Nacimiento o expulsión

“También llamada *período expulsivo* o *período de pujar* y termina con el nacimiento del bebé. Es el paso del recién nacido a través del canal del parto, desde el útero hasta el exterior, gracias a las contracciones involuntarias uterinas y a poderosas contracciones abdominales o pujos maternos. “¹²

En el período expulsivo o segundo período distinguimos dos fases: la fase temprana no expulsiva, en la que la dilatación es completa, y no existe deseo de pujar ya que la presentación fetal no ha descendido y la fase avanzada expulsiva, en la que al llegar la parte fetal al suelo de la pelvis, se produce deseo de pujo materno. Es deseable no forzar los pujos hasta que la madre sienta esta sensación, para no interferir con el normal desarrollo del parto.

2.3.6 Alumbramiento

“Comienza en la expulsión de la placenta, el cordón umbilical y las membranas; esto lleva entre 5 y 30 minutos. El descenso del cordón umbilical por la vulva después del parto es una indicación del desprendimiento final de la placenta, cuanto más sale el cordón, más avanza la

10

11

12

placenta hacia fuera de la cavidad uterina. Ese movimiento natural del cordón umbilical proporcional al descenso de la placenta se conoce con el nombre de *signo de Ahlfeld*.¹³

“El desprendimiento de la placenta ocurre en dos posibles mecanismos. El primero el desprendimiento ocurre en el centro de la unión útero-placentaria, mecanismo conocido como *mecanismo de Baudelocque-Schultze* y por lo general son cerca del 95% de los casos. Menos frecuente es cuando la placenta se desgarran inicialmente de los lados de la unión útero-placentaria, conocido como el *mecanismo de Baudelocque-Duncan*. Las contracciones uterinas continúan durante el descenso de la placenta, las cuales ayudan a comprimir los vasos terminales del miometrio que pierden su utilidad después del parto, proceso que se conoce en obstetricia como las *ligaduras vivas de Pinard*.¹⁴

Para muchos autores en el alumbramiento termina el período del parto, pero otros consideran un cuarto periodo que sería el de recuperación inmediata y que finaliza dos horas después del alumbramiento. En este período denominado "puerperio inmediato", la madre y el niño deben estar juntos para favorecer el inicio de la lactancia, la seguridad del niño y su tranquilidad. En este sentido, se emplea el concepto "alojamiento conjunto" para designar la permanencia del bebé en el mismo cuarto que su progenitora, mientras se encuentran en el hospital o lugar del alumbramiento. Para favorecer ese "alojamiento conjunto" e instaurar una lactancia exitosa es de vital importancia el descanso y la tranquilidad de la madre y el recién nacido, por lo que se deberían reducir en número y duración las visitas por parte del entorno durante los primeros días.

2.4 Las tres etapas de la labor de parto

La labor de parto es descrita en tres etapas y en conjunto éstas completan el parto y la expulsión de la placenta.

13

14

2.4.1 Etapa uno

La primera etapa es alcanzar la completa dilatación del cuello uterino. Está determinado por el inicio de las contracciones uterinas de labor de parto y es la fase más larga de la misma. La primera etapa se divide en tres fases: latente, activa y desaceleración.

- En la fase latente, las contracciones se vuelven más frecuentes, fuertes y adquieren regularidad y se presenta el mayor cambio del cuello uterino, que se adelgaza o se borra. La fase latente es la que varía más de una mujer a otra y de una labor de parto a otra. Puede tomar algunos días o unas pocas horas. Por lo general, se espera que la fase latente se prolongue de 10 a 12 horas en mujeres que ya han tenido niños. Para los primeros embarazos, puede durar casi las 20 horas. Para muchas mujeres, la fase latente de la labor de parto puede ser confundida con las contracciones de Braxton Hicks. Las membranas se romperán espontáneamente, al comienzo o en la mitad de la primera etapa de la labor de parto. Una vez que éstas se rompen, el proceso de labor de parto usualmente se acelera.
- La siguiente parte de la primera etapa de la labor de parto es la fase activa, la cual es la fase en la que el cuello uterino se dilata con más rapidez. Para la mayoría de las mujeres ésta es desde los 3 a 4 centímetros de dilatación hasta los 8 a 9 centímetros. La fase activa es la más predecible, dura un promedio de cinco horas en las madres primerizas y dos horas en las madres que han tenido partos anteriores.
- Finalmente, está la fase de desaceleración, durante la cual la dilatación del cuello uterino continúa, pero a un paso más lento, hasta la dilatación completa. En algunas mujeres la fase de desaceleración no es muy evidente, se combina con la fase activa. Esta es también la fase de más rápido descenso, cuando el bebé se introduce más en la pelvis y más profundamente a través del canal de nacimiento. La fase de desaceleración también se llama transición y en las mujeres sin anestesia está con frecuencia marcada por vómitos y temblores incontrolables. Ver estos síntomas puede causar miedo pero son parte de un nacimiento normal e indican que la primera etapa ya está casi completada.”¹⁵

2.4.2. Etapa dos

La segunda etapa es el nacimiento del bebé. Durante esta segunda etapa, la mamá empuja activamente al bebé hacia afuera. Para las madres primerizas, esto puede tomar de dos a tres horas por lo que es importante ahorrar su energía y regularse a sí misma. Para los segundos bebés y los demás, la segunda etapa con frecuencia dura menos de una hora y, a veces, tan solo unos minutos.

2.4.3. Etapa tres

La tercera etapa de la labor de parto es la expulsión de la placenta, la cual puede ser inmediata o tomar hasta 30 minutos. El proceso puede ser acelerado de forma natural amamantando (que libera oxitócica) o médicamente al administrar un medicamento llamado pitocina.

2.5 Mecanismo del parto

“Durante la mecánica del parto, los diámetros menores del feto pasan por los diámetros mayores de la pelvis materna. Con el fin de no quedar encajado en algún punto durante su trayectoria fuera del útero, el neonato pasa por una serie de movimientos naturales que constituyen el mecanismo del parto.”¹⁶

- **Descenso:** ocurre por acción de la gravedad una vez dilatado el cuello uterino, así como de las poderosas contracciones uterinas y de los músculos abdominales maternos. El descenso tiende a ser lentamente progresivo basado en la estructura pélvica materna.
- **Flexión:** la cabeza del feto se flexiona, de modo que el mentón fetal hace contacto con su pecho, al encontrarse el primer punto de resistencia del piso pélvico.
- **Encajamiento:** el diámetro de la cabeza del feto que va desde un hueso parietal al opuesto, llamado diámetro biparietal, alcanza el estrecho superior de la pelvis a nivel de las espinas isquiáticas. Por lo general ocurre en la fase tardía del embarazo, justo al iniciarse el trabajo de parto.
- **Rotación interna:** ocurre en el estrecho medio de la pelvis, cuando el feto, al continuar su descenso, hace una rotación de 90° en el sentido contrario a las agujas del reloj, de modo de adaptarse a la configuración romboidal de los músculos del piso pélvico, entre

16

el músculo elevador del ano y los ileocóxigeos. Así, la cara del bebé está dirigida mirando hacia el recto materno.

- Extensión: la cabeza del feto atraviesa el canal del parto, se extiende de tal manera que la frente se desplaza primero por el orificio vulvar. La cabeza está por debajo de la sínfisis púbica y ha distendido al máximo el perineo.
- Rotación externa: una vez que ha salido la cabeza, se gira 45° para restaurar su posición original antes de la rotación interna y quedar en posición normal en relación con los hombros. Se denomina por ella la restitución, haciendo el paso de los hombros más factible.
- Expulsión: el hombro púbico tiende a salir primero, seguido por el hombro perineal. El resto del cuerpo sale por sí solo con una leve impulsión materna.

Estos movimientos son todos debido a la relación que existe entre la cabeza ósea y hombros del feto y el anillo óseo de la pelvis materna.

2.6 Fisiología del parto

“El inicio de las contracciones uterinas puede que se deba a un aumento de la concentración de ciertas prostaglandinas y del aumento en el número de receptores para la oxitócica. Los amnios y el corion producen fosfolípidos que son metabolizados en ácido araquidónico, del cual se sintetizan los eicosanoides prostaglandina I (PGI) y F (PGF), los cuales aumentan durante el parto humano.”¹⁷

En total, los cambios bioquímicos que anteceden al trabajo de parto tienen como finalidad liberar al miometrio de los elementos inhibitorios presentes durante el embarazo, como la progesterona, prostaciclina, relaxina, lactógeno placentario humano y el óxido nítrico. A su vez, el útero es activado o estimulado por otras proteínas asociadas a la contracción muscular, como la oxitócica y otras prostaglandinas estimuladoras.

17

2.7 Control del trabajo de parto

Los centros asistenciales equipados con salas de parto tienen diferentes procedimientos y protocolos en la atención del parto. Entre los más frecuentes usados para el monitoreo de la madre y su bebé, están:

- “Auscultación: de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) usando un estetoscopio o con ultrasonido. En algunos centros se acostumbra imprimir el control de los latidos del feto, y en otros son apuntados en un partograma por el personal de atención al parto. Se recomienda auscultar la FCF de forma intermitente, durante 60 segundos como mínimo, cada 15 minutos en el periodo de dilatación y cada 5 minutos en el periodo de expulsivo. La auscultación intermitente deberá interrumpirse y sustituirse por la monitorización continua cuando aparezcan alteraciones en la FCF o en la evolución del parto.
- Dinámica uterina: el control de las contracciones uterinas puede ser realizado de manera mecánica, usando un manómetro y ocasionalmente un catéter de presión intrauterino el cual brinda lecturas más precisas de las contracciones uterinas y de los latidos fetales.
- Control de signos vitales: tales como el pulso, la Presión arterial y la frecuencia respiratoria de la madre durante el trabajo de parto. Todos estos valores son registrados en un partograma que dura mientras dure el trabajo de parto.
- El tacto vaginal es el método más aceptado para valorar el progreso del parto. El número de tactos debe limitarse a los estrictamente necesarios. Éstos suelen ser experimentados por las mujeres como una fuente de ansiedad, ya que invaden su privacidad e intimidad. Siempre que sea posible deben ser realizados por la misma matrona, ya que se trata de una medida con un componente de subjetividad.”¹⁸

La vigilancia clínica de la evolución del trabajo de parto puede prevenir, detectar y manejar la aparición de complicaciones que pueden desencadenar daño, a veces irreversible o fatal para la madre y el recién nacido. El estudio de la frecuencia cardíaca fetal constituye el método más utilizado actualmente para conocer el estado de oxigenación del feto. El control de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) durante el parto puede realizarse de manera intermitente mediante el

estetoscopio de Pinard o utilizando ultrasonidos (Doppler) en las mujeres de bajo riesgo y con una evolución normal del parto.

2.8 Lesiones del canal blando del parto

En el momento del parto es frecuente que la zona perineal sufra daños que pueden ser más o menos importantes. Existen una serie de factores que pueden influir en su aparición: el masaje perineal prenatal, la paridad, la posición en el expulsivo, el profesional que asiste el parto, la práctica o no de episiotomía, la macrosomía fetal, el tiempo de duración del expulsivo y la analgesia epidural. También son más frecuentes las lesiones si se trata de un parto instrumental, particularmente si se usan fórceps. La posición en el expulsivo determina en gran medida el posible trauma perineal:

- En la posición lateral se consiguen más perinés intactos (66,6%).
- Se practican más episiotomías en la posición semisentada o en decúbito supino que en cualquier otra posición, sobre todo en mujeres nulíparas.
- En las posiciones verticales (de pie y cuclillas) se producen menos episiotomías, aunque esto se encuentra contrarrestado, en parte, por un aumento de los desgarros perineales de segundo grado, así como de laceraciones y desgarros labiales. Asimismo, se producen escasos desgarros de tercer grado, y de los que aparecen, existe una incidencia siete veces mayor en posiciones verticales sin apoyo (cuclillas, rodillas o de pie) que en las verticales con apoyo (taburete o silla de partos).
- Una mayor cantidad de traumatismos perineales (>53%) y la tasa más baja de perinés intactos (<42%) se dan en la posición de cuclillas para las nulíparas. También en nulíparas se produce la tasa más alta de desgarros de tercer grado (3,2 comparado con el 0,9% del total).

Por tanto, las posiciones menos lesivas para el periné en el expulsivo son la posición lateral o las posiciones verticales con apoyo. Sin embargo, puesto que en las revisiones efectuadas los resultados no son concluyentes, se debe dejar a la mujer elegir la postura en la que se encuentre más cómoda. La episiotomía Según la OMS (1996), el uso indiscriminado de episiotomías tiene efectos perjudiciales y, por tanto, se aconseja su uso restringido en el parto normal. Un porcentaje del 10% de episiotomías sin que se produzcan lesiones en la madre o el bebé sería un buen objetivo a alcanzar. Entre los beneficios de esta práctica se encuentra el

hecho de que previene el traumatismo perineal de la zona anterior y entre sus inconvenientes están:

- Mayor lesión perineal y sus secuelas.
- No previene la debilidad de la musculatura del suelo pélvico y sus secuelas.
- No protege al feto de la asfixia intraparto.
- Aumenta la pérdida sanguínea de la mujer.
- Incrementa la profundidad media de los desgarros perineales posteriores.
- Aumenta el riesgo de lesión al esfínter anal.
- Incrementa los problemas de cicatrización y el dolor en los primeros días posparto.

En función de los datos anteriores, se recomienda el uso restrictivo de la episiotomía únicamente en las indicaciones maternas o fetales siguientes: Riesgo de pérdida del bienestar fetal. Parto vaginal complicado. Cicatrices de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado anteriores mal curados

2.9 Apoyo y alivio del dolor en el parto

Todas las mujeres deben contar con apoyo durante el trabajo de parto y el parto. El apoyo proporcionado por la pareja, u otra persona elegida por la mujer, complementa el que prestan los profesionales. Todas las mujeres tendrían que poder elegir la persona que les proporcionará apoyo social durante el parto; ya sea la pareja, otro miembro de la familia o una amiga. Se debe respetar los deseos de las mujeres y proporcionarles apoyo físico y emocional. El apoyo continuo de la mujer durante el parto ha demostrado tener beneficios, como son una menor utilización de analgesia farmacológica y del número de partos vaginales instrumentales y cesáreas; asimismo, las mujeres se sienten más satisfechas con su experiencia del parto. En los programas de educación maternal se debe ofrecer a los gestantes instrumentos y estrategias para afrontar el dolor y el estrés en el trabajo de parto. El alivio del dolor durante el parto contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la gestante y debe de ocupar un lugar prioritario en los cuidados. Debe proporcionarse información a las mujeres en la gestación y el parto sobre los métodos farmacológicos y no farmacológicos disponibles. Algunas de las técnicas complementarias no farmacológicas de alivio del dolor en el parto que se utilizan son:

1. Deambulaci3n y cambios de posici3n durante la dilataci3n y el expulsivo.

Poder moverse libremente durante el proceso de parto ayuda a la mujer a afrontar la sensaci3n dolorosa. La evidencia disponible sugiere que si la mujer est3 en posici3n vertical en la primera fase del parto tiene menos dolor, menos necesidad de analgesia epidural, menos alteraciones en el patr3n de la FCF y se acorta el tiempo de la primera fase del parto. Adem3s, la verticalidad y el movimiento favorecen que el beb3 tenga el m3ximo espacio posible en la pelvis.

2. Apoyo continuo de la gestante.

“Los efectos del apoyo continuo de la mujer durante el parto ha sido objeto de una revisi3n Cochrane, en la que se ha concluido que las mujeres que contaron con apoyo continuo durante sus partos tuvieron menor necesidad de analg3sicos y estuvieron m3s satisfechas con la experiencia.”¹⁹

2.10 Papel de la pareja en el parto

“Cada vez es m3s evidente que la participaci3n de la pareja de la mujer durante el nacimiento conduce a mejores partos y tambi3n afectan de manera positiva los resultados postparto. Las investigaciones tambi3n muestran que las mujeres que tuvieron apoyo continuo durante el parto, como un miembro de la familia de la paciente, tienen resultados significativos en t3rminos de reducci3n en la tasa de ces3rea, partos instrumentalizados (como el uso de f3rceps), menos anestesia, episiotom3a, uso de oxit3cica y mayor tiempo de apego, as3 como una reducci3n de la duraci3n del trabajo de parto y el beb3 nace con una mayor puntuaci3n Apgar (Dellman 2004, Vernon 2006).”²⁰

La pareja puede proporcionar apoyo f3sico y emocional: ayudando a la mujer a que comprenda c3mo progresa el parto, apoyarla en las contracciones, las respiraciones adecuadas, etc.

“Un estudio espa3ol demostr3 cierto alejamiento de los hombres con respecto al proceso de embarazo, parto y posparto y que la vivencia del padre en el proceso de nacimiento es corporalmente mediado, que los desplaza a un segundo plano e imposibilita participar en ciertas actividades y vivencias. Por lo general, el padre no muestra tanto una actitud proactiva, sino que

19

20

más bien quedan a la espera, finalmente frustrada en muchos casos, de que los servicios sanitarios les asignen un espacio y un papel que desempeñar.”²¹

2.11 Modelo de enfermería

Dorothea Orem

Modelo de Suplencia o ayuda

Teoría de las necesidades humanas de Maslow

Para Dorothea Orem el ser humano es un organismo biológico, psicológico, y en interacción con su medio, al que está sometido. Tiene la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás.

La salud es un estado que significa integridad estructural y funcional que se consigue por medio de acciones universales llamadas autocuidados.

El autocuidado es una necesidad humana que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores, creencias, etc. con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje. Cuando la persona no puede por sí misma llevar a cabo estas acciones bien por limitación o por incapacidad se produce una situación de dependencia de los autocuidados.

Hay tres tipos de autocuidados:

- Los derivados de las necesidades fundamentales que tiene cada individuo: comer, beber, respirar,...
- Los derivados de las necesidades específicas que se plantea en determinados momentos del desarrollo vital: niñez, adolescencia.
- Los derivados de desviaciones del estado de salud.

21

Funciones de enfermería

En el modelo de Orem consiste en actuar de modo complementario con las personas, familias y comunidades en la realización de los autocuidados, cuando está alterado el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado. Los motivos del desequilibrio serán una enfermedad o lesión que requieran necesidades adicionales de autocuidado (debidos a la desviación de salud).

Objetivo

El objetivo de este modelo es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

Cuidados de enfermería

Constituyen la forma de ayudar a las personas cuando presentan limitaciones y/o incapacidades en la realización de las actividades de los autocuidados.

2.12 Normas de atención

2.12.1 ACCIONES PREVENTIVAS EN EL PARTO

a. Ambiente limpio y seguro

Asegure disponibilidad de equipo estéril y un lugar limpio para la atención del parto. Mantenga a la mujer con ropa limpia así como sábanas y colchón limpios.

b. Atención calificada del parto

“De oportunidad a que exponga sus dudas sobre lo que va a experimentar durante el parto, para que emocionalmente esté preparada para enfrentar ese momento de manera natural, y fortalecida con la información previa. Motívela para que enfrente positivamente el momento del parto.

Haga énfasis en que el nacimiento de su hija o hijo, es una oportunidad para autorizarse como mujer y madre.

Deje que la mujer camine si así lo quiere respetando criterios obstétricos.

Deje y/o apoye a que tome líquidos, culturalmente permitidos y que no afecten negativamente a la madre y al feto, y que estén científicamente comprobados.

Parto atendido por proveedor o proveedora a nivel institucional (obstetra, medico/a, enfermeras, auxiliar de enfermería y comadronas calificadas), con las habilidades y destrezas para²²:

- Utilizar el partograma adecuadamente. El registro gráfico del parto, debe iniciarse en la fase activa, cuando el cuello uterino tiene 4 cm de dilatación.
- Garantice prácticas beneficiosas para un parto limpio y seguro, en la posición que la mujer elija.
- No rasure.
- No haga enema evacuador.
- Episiotomía restringida
- Pinzar el cordón umbilical, cuando deje latir y este aplanado (después del nacimiento), y en caso de sufrimiento fetal, rotura o desgarro del cordón pince y corte de inmediato (pinzamiento tardío del cordón 2 a 3 minutos).
- Coloque a la o el recién nacido piel a piel sobre el abdomen de la madre.
- Maneje activamente el tercer periodo del parto (alumbramiento).

La madre puede elegir dónde y cómo dar a luz, así como la o el proveedor que este en el servicio para su atención y la persona que la acompañara durante el proceso del parto, esto incluye el derecho a la posición más cómoda de acuerdo a su cultura.

c. Manejo activo del Tercer periodo del parto:

1. “Ponga al bebe sobre el abdomen de la madre, séquelo y evalúe si respira, si es necesario haga reanimación. Ponga al bebe piel a piel en contacto con la madre.
2. Administre uterotónico (oxitócina 10 UI IM) en el minuto del nacimiento y después de descartar la presencia de otro bebe.
3. Pince y corte el cordón después que deje de latir y este aplanado después del nacimiento.

4. Ponga al bebe sobre el pecho de la madre en contacto directo piel a piel. Cubra a la o él bebe por encima con un paño seco para evitar enfriamiento.
5. Realice tracción controlada del Cordón, aplicando al mismo tiempo presión externa sobre el útero en dirección ascendente hacia la cabeza de la mujer.
6. Efectue masaje uterino inmediatamente después de la salida de la placenta hasta asegurar que este contraído y cada 15 minutos durante 2 horas siguientes al parto”²³.

2.13 Protocolos de atención

a. ATENCIÓN CALIFICADA DEL PARTO

Se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su hijo/a, reciben cuidados adecuados durante el trabajo de parto, atención del parto, atención del recién nacido y en el periodo del post parto.

“La atención del parto conlleva la satisfacción de las necesidades físicas, emocionales y culturales de la mujer, durante el proceso del parto.

El parto comprende una serie de procesos mediante los cuales la madre expulsa los productos de la concepción (Recién nacido+ placenta completa más membranas ovulares)”²⁴

b. LOS TRES PERIODOS DEL PARTO

- ✓ **I Período de dilatación cervical:** comienza con la primera contracción uterina del verdadero trabajo de parto (4 cms. de dilatación) y termina con la dilatación completa.
- ✓ **II Periodo de descenso y expulsión:** comienza con la dilatación completa y termina con el nacimiento del neonato.
- ✓ **III Periodo de alumbramiento:** Es la expulsión de la placenta, la cual puede ser inmediata o tomar hasta 30 minutos.

23

24

c. PERSONAL INSTITUCIONAL CALIFICADO

Se refiere al proveedor o proveedora institucional (Comadrona Técnica, enfermera profesional, enfermero/a, medico/a general, medico/a ginecoobstetra), para lo cual tiene que contar con las habilidades y destrezas para las siguientes actividades del proceso de atención:

1. Utilizar el partograma.
2. Atender el parto normal, manejar activamente el tercer período del parto.
3. Atención normal del recién nacido, Además de reconocer la aparición de complicaciones maternas y neonatales, así como y realizar las intervenciones esenciales oportunas y/o referir a otro centro de mayor complejidad y resolución.
4. “Estimular la presencia de un acompañante que brinde apoyo emocional.
5. La adolescente no ha llegado a la plenitud de su madurez física y emocional por lo que requiere que la guíen y acompañen durante todo el trabajo de parto.
6. El uso obligatorio del partograma en forma adecuada durante el trabajo del parto.
7. Garantizar prácticas beneficiosas para un parto higiénico y normal en la posición que la mujer elija.
8. Solicitar tamizaje para VIH y sífilis y dar tratamiento acorde a la normativa pertinente.
9. El manejo activo del tercer periodo del parto (alumbramiento).
10. Pinzar el cordón umbilical, cuando el mismo deje de latir (2 a 3 minutos después del nacimiento, excepto en madres con VIH).
11. Identificación de la complicación, estabilización y referencia inmediata en caso de complicaciones maternas y del recién nacido.
12. Tener destrezas, habilidades, y entorno habilitante para el tratamiento de las emergencias obstétricas y del recién nacido”²⁵.

2.13.1 USO DEL PARTOGRAMA

El uso del partograma es obligatorio para el personal de salud institucional en todo trabajo de parto independientemente de la posición que la usuaria elija.

El registro gráfico en el partograma, empieza en la fase activa cuando el cuello uterino tiene 4 cm de dilatación.

2.14 Prácticas desaconsejadas por la OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica una serie de prácticas que deben evitarse en la atención del parto para evitar riesgo de daños, entre ellas:

- Obligar a la mujer a parir acostada.
- inducir los partos por conveniencia;
- romper prematuramente la bolsa amniótica;
- administrar oxitócica sintética para acelerar el parto;
- cortar prematuramente el cordón umbilical;
- afeitar el pubis y poner enemas de forma rutinaria;
- separar a la madre y el Recién Nacido después del nacimiento.
- Practicar la episiotomía de forma rutinaria.
- aceptar ciegamente el uso de la tecnología.

"Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo la participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada".²⁶

El respeto a la autonomía y protagonismo de la mujer es pues un índice básico a la hora de juzgar la calidad de la atención.

2.15 LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE

En Guatemala los legisladores aprobaron la ley de Maternidad Saludable debido a la problemática que se vive en cuestión de Mortalidad Materna, dentro de la ley se da a conocer los servicios que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social está obligado a proporcionar a la mujer antes, durante y después del embarazo y parto y para ello el Ministerio de Salud

26

contrata personal calificado para brindar la atención de calidad, calidez y con igualdad de derechos.

Artículo No. 1. Objeto de la ley. La presente Ley tiene por objeto la creación de un marco jurídico que permita implementar los mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido y promover el desarrollo humano a través de asegurar la maternidad de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información oportuna, veraz y completa y servicios de calidad antes y durante el embarazo, parto o posparto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna-neonatal²⁷.

III. OBJETIVOS

3.1 General:

- Describir las competencias que el personal Auxiliar de Enfermería posee en la atención del parto durante los meses de julio a agosto del año 2013 en que labora en el Hospital Distrital de Fray Bartolomé de las Casas, del departamento de Alta Verapaz,

3.2 Específicos:

Determinar el conocimiento que el personal Auxiliar de Enfermería tiene sobre la atención del parto.

Identificar las habilidades y destrezas que el personal auxiliar de enfermería posee en la atención del parto del servicio de labor y parto del hospital de Fray Bartolomé.

Identificar las actitudes que el personal de enfermería demuestra en la atención del parto.

IV.MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo y Diseño de estudio

Es una investigación de carácter descriptivo porque describe las competencias que el personal Auxiliar de enfermería tiene en la atención del parto, tiene un corte transversal porque se realizó en un tiempo estipulado, a través de una entrevista que se le realizó al personal Auxiliar de Enfermería, para obtener la información que dio a conocer la situación real, brindando una respuesta al planteamiento del problema y objetivos establecidos. La investigación tuvo un tiempo estipulado, de dos meses para aplicar la entrevista al personal de enfermería que se encontró de turno en Labor y Partos, los resultados obtenidos se tabularon manualmente para su presentación y análisis.

A. UNIDAD DE ANÁLISIS

Personal auxiliar de enfermería que labora en el servicio de Labor y Partos del Hospital Distrital de Fray Bartolomé de las Casas, A.V. en un total de 10 personas.

4.2. Población

10 Auxiliares de enfermería y 1 Enfermera Profesional que laboran en el servicio de Labor del Hospital Distrital de Fray Bartolomé de las Casas, A.V.

4.3. Sujeto de estudio

Lo constituyeron los Auxiliares de Enfermería que laboran en Labor y Partos del Hospital de Fray Bartolomé de las Casas, A.V. Se trabajó con el 100% de la población.

4.4. Calculo de la muestra

Se tomó a la población total, no se calculó muestra.

4.5. Criterios de inclusión: Auxiliares de Enfermería que se encontraron de turno según rol de enfermería los días que se realizó la investigación.

4.6. Criterios de exclusión: Los Auxiliares de Enfermería que se encontraron de vacaciones, ausentes o suspendidos durante se realizó la investigación, el cual no faltó ninguno.

4.7. Descripción de Técnicas y Procedimientos.

La fuente directa en el presente estudio fue el personal auxiliar de enfermería que labora en el servicio de labor y partos, la información se obtuvo a través de un cuestionario de 13 preguntas mixtas, dando respuesta a la variable planteada en la operacionalización. Como soporte a la investigación se realizó un estudio piloto, aplicando un cuestionario al personal auxiliar de enfermería del Hospital Distrital de Fray Bartolomé de las Casas, A.V. donde se obtuvo la información sobre Competencias que el personal Auxiliar de Enfermería posee en la atención del parto, posteriormente se tabularon los datos, realizando cuadros con su respectivo análisis, se formularon conclusiones y recomendaciones necesarias, para el mejoramiento en la calidad de la atención que se brinda en el servicio de labor y partos.

4.8. Definición y Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	ITEMS
Competencias que el personal Auxiliar de Enfermería posee en la atención del parto.	<p>Competencias: son los conocimientos, habilidades, y destrezas que desarrolla una persona para comprender, transformar y practicar en el mundo en el que se desenvuelve.</p> <p>Atención del parto: Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, alumbramiento y puerperio inmediato.</p>	Competencias Conocimientos sobre normas, protocolos y guías.	<ol style="list-style-type: none"> 1. En qué momento inicia el Registro Clínico del Partograma? <ol style="list-style-type: none"> a. A los 2 cm de dilatación b. A los 3 cm de dilatación c. A los 4 cm de dilatación d. A las 5 cm de dilatación 2. Indique en qué consiste el MATEP 3. Cuáles son los Signos de Alarma que evalúa para detectar Sufrimiento Materno o Fetal en el registro del Partograma? <ol style="list-style-type: none"> a) Taquicardia, Bradicardia b) Deshidratación c) Hipertensión arterial

		Habilidades y Destrezas	<p>d) Trabajo de parto prolongado</p> <p>4. De los siguientes factores de riesgo en Asfixia Perinatal, Cuál corresponde a un Riesgo Materno?</p> <p>a) Presentación Podálica b) Preeclampsia c) Anomalías Congénitas d) Tumores Intratorácicos en el Recién Nacido</p> <p>5. Antes de iniciar la atención de un Recién Nacido, Qué cuidado inicial debemos tener?</p> <p>a) Correcto Lavado de Manos b) Verificar que la enfermera nos apoye en el procedimiento c) Limpiar vías aéreas d) Valorar APGAR</p> <p>6. Qué condiciones se necesitan para un parto normal</p> <p>a) un canal de parto adecuado, b) una contracción uterina y abdominal normal c) una colocación adecuada del feto dentro del útero</p>
--	--	-------------------------	---

		<p>Conocimientos legales.</p> <p>Conocimientos educativos</p>	<p>7. El cordón umbilical puede ser campeado inmediatamente luego del parto o más tardíamente.</p> <p>8. Cuáles son las fases del trabajo de parto.</p> <p>9. Brinda apoyo emocional a la paciente parturienta.</p> <p>10. A los cuantos centímetros de dilatación rompe membranas.</p> <p>11. Conoce algunos aspectos legales relacionados al trabajo que realiza en el servicio.</p> <p>12. Conoce la Ley de Maternidad Saludable.</p> <p>13. Ha recibido algún tipo de capacitación en temas relacionados a la atención materna neonatal.</p>
--	--	---	--

4.9. ANALISIS DE DATOS

Los datos obtenidos se organizaron y tabularon de manera individual pregunta por pregunta, de acuerdo a la estructura de la encuesta, utilizando la estadística descriptiva, donde se elaboraron los cuadros, analizándose cada una de las interrogantes, dándole respuesta al planteamiento del problema y objetivos de la investigación.

4.10. Aspectos éticos

Principio de Confidencialidad: La información obtenida se utilizó únicamente para el estudio, teniendo en reserva de identidad a la persona que respondió. **Principio de No-Maleficencia:** Durante la realización del estudio no se faltó el respeto de las personas ni se dañó de ninguna forma la integridad tanto de las personas que decidieron participar como de las que no lo desearon. **Principio de Beneficencia:** El estudio no pone en riesgo la vida de ninguna persona y es de beneficio por que contribuye a la reducción de la mortalidad materna neonatal. **Principio de Respeto:** Se le dio valor a las opiniones y elecciones de los entrevistados.

V. RESULTADOS

CUADRO No 1

EN QUÉ MOMENTO INICIA EL REGISTRO CLÍNICO DEL PARTOGRAMA

DESCRIPCION	CANTIDAD	PORCENTAJE
A los 2 cm de dilatación	0	0
A los 3 cm de dilatación	0	0
A los 4 cm de dilatación	10	100
A las 5 cm de dilatación	0	0
TOTAL	10	100

CUADRO No 2

INDIQUE EN QUÉ CONSISTE EL MATEP

DESCRIPCION	CANTIDAD	PORCENTAJE
Uso de oxitócica	2	20
Control de signos vitales cada 15 minutos en 1 hora, masaje uterino,	4	40
Control de signos vitales y masaje uterino por 2 horas después del parto	2	20
No contesto	2	20
TOTAL	10	100

CUADRO No 3

**CUÁLES SON LOS SIGNOS DE ALARMA QUE EVALÚA PARA DETECTAR
SUFRIMIENTO FETAL EN EL REGISTRO DEL PARTOGRAMA**

DESCRIPCION	CANTIDAD	PORCENTAJE
Taquicardia, Bradicardia	10	100
Deshidratación	0	0
Hipertensión arterial	0	0
Trabajo de parto prolongado	0	0
TOTAL	10	100

CUADRO No 4

**DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO EN ASFIXIA PERINATAL, CUÁL
CORRESPONDE A UN RIESGO MATERNO**

DESCRIPCION	CANTIDAD	PORCENTAJE
Presentación Podálica	2	20
Preeclampsia	8	80
Anomalías Congénitas	0	0
Tumores Intratorácicos en el Recién Nacido	0	0
TOTAL	10	100

CUADRO No 5

ANTES DE INICIAR LA ATENCIÓN DE UN RECIÉN NACIDO, QUÉ CUIDADO INICIAL DEBEMOS TENER

DESCRIPCION	CANTIDAD	PORCENTAJE
Correcto Lavado de Manos	10	100
Verificar que la enfermera nos apoye en el procedimiento	0	0
Limpiar vías aéreas	0	0
Valorar APGAR	0	0
TOTAL	10	100

CUADRO No 6

QUÉ CONDICIONES SE NECESITAN PARA UN PARTO NORMAL

DESCRIPCION	CANTIDAD	PORCENTAJE
un canal de parto adecuado	6	60
una contracción uterina y abdominal normal	0	0
una colocación adecuada del feto dentro del útero	0	0
Todas son correctas	4	40
TOTAL	10	100

CUADRO No 7

**EL CORDÓN UMBILICAL PUEDE SER CLAMPEADO INMEDIATAMENTE
LUEGO DEL PARTO O MÁS TARDÍAMENTE**

DESCRIPCION	CANTIDAD	PORCENTAJE
A los 3 minutos	8	80
No respondió	2	20
TOTAL	10	100

CUADRO No 8

CUÁLES SON LAS FASES DEL TRABAJO DE PARTO

DESCRIPCION	CANTIDAD	PORCENTAJE
Fase latente y activa	6	60
Fase Activa	2	20
Fase inicial, latente y activa	2	20
TOTAL	10	100

CUADRO No 9

BRINDA APOYO EMOCIONAL A LA PACIENTE PARTURIENTA

DESCRIPCION	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	8	80
Siempre y en su idioma materno.	2	20
TOTAL	10	100

CUADRO No 10

A LOS CUANTOS CENTÍMETROS DE DILATACIÓN ROMPE MEMBRANAS.

DESCRIPCION	CANTIDAD	PORCENTAJE
No es correcto romperlas solas deben romperse	4	40
A los 4 centímetros de dilatación	4	40
A los 8 centímetros de dilatación	2	20
TOTAL	10	100

CUADRO No 11

**CONOCE ALGUNOS ASPECTOS LEGALES RELACIONADOS AL TRABAJO
QUE REALIZA EN EL SERVICIO**

DESCRIPCION	CANTIDAD	PORCENTAJE
No	6	60
Si	2	20
No respondió	2	20
TOTAL	10	100

CUADRO No 12

CONOCE LA LEY DE MATERNIDAD SALUDABLE

DESCRIPCION	CANTIDAD	PORCENTAJE
No	4	40
Si	6	60
TOTAL	10	100

CUADRO No 13

**HA RECIBIDO ALGÚN TIPO DE CAPACITACIÓN EN TEMAS RELACIONADOS
A LA ATENCIÓN MATERNA NEONATAL**

DESCRIPCION	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	8	80
No respondió	2	20
TOTAL	10	100

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Con base a los resultados obtenidos el 100% de Auxiliares de enfermería sabe que el registro clínico del partograma se inicia cuando la mujer en trabajo de parto inicia la fase activa a los 4 centímetros de dilatación, lo que permitirá brindar atención libre de riesgo para disminuir los altos índices de muertes maternas, asegurando una atención de calidad, evitando el parto prolongado de esta forma poder diagnosticar oportunamente las complicaciones maternas.

El 20% de las trabajadoras entrevistadas conocen en qué consiste el MATEP. Es importante que todo el personal conozca lo que es el MATEP, ya que es una serie de intervenciones orientadas a acelerar la expulsión de la placenta y prevenir la hemorragia post parto durante las primeras dos horas del post parto.

El 100% del personal Auxiliar de enfermería conoce cuales son los signos de alarma en el sufrimiento fetal lo que favorece poder detectar oportunamente señales de peligro y como consecuencia evitar muertes neonatales.

El personal respondió cuales son los factores de riesgo de asfixia perinatal el 80% por preeclampsia y el 20% podálico, es importante que identifiquen cuales son los factores de riesgo y no todas respondieron correctamente ya que podálico y preeclampsia los dos son factores de riesgo para asfixia perinatal. Y es importante que sepan para poder tomar acciones y evitar muertes perinatales.

El personal de salud respondió que antes de iniciar la atención de un recién nacidos es el correcto lavado de manos, esto es importante ya que ayuda a prevenir infecciones en el neonato, y de esta forma brindar una atención de calidad.

“Cuidados antes de iniciar la atención: Realice el correcto lavado de sus manos con agua y jabón, si es posible con antisépticos. Utilice guantes de examen exclusivos para atender a cada recién nacida(o). Involucre en la medida de lo posible al padre o algún familiar en el proceso del nacimiento y cuidados de la o el recién nacido. Intervenciones inmediatamente después del nacimiento”²⁸.

28

Podemos identificar que el 40% respondió correctamente ya que todas las descripciones son correctas, con una que en el momento del parto no se dé, hay problemas y el parto no podrá ser normal, siendo necesario realizar en determinado momento una intervención quirúrgica como Cesárea. El personal auxiliar de enfermería debe saber que “A medida que la dilatación cervical progresa, la intensidad y la frecuencia de las contracciones uterinas aumentan gradualmente”²⁹. Pero si la presentación fetal no es cefálica, aunque las contracciones se den, se debe intervenir inmediatamente. La Enfermera Jefe de Servicio debe de mantener capacitado mensualmente a su personal, para garantizar las competencias técnicas sobre la atención de parto de forma integral, para identificar signos de alarma y tomar decisiones oportunamente.

“El momento óptimo para ligar o pinzar el cordón, es cuando la circulación del cordón umbilical ha cesado, está aplanado y sin pulso, el retraso en el pinzamiento del cordón umbilical tiene un rol importante en la reducción de los niveles de anemia durante la infancia. Se recomienda pinzar el cordón a 3 centímetros de la base del mismo”³⁰.

El 80% de los auxiliares que participaron en la investigación brindaron una respuesta correcta, pero el 20% no respondió, lo cual preocupa grandemente, si se hace revisa cuidadosamente el registro de atención de parto, para identificar cuantos partos atiende esta persona que no sabe en qué momento hay que pinzar el cordón, y la jefe de servicio debe de brindar las herramientas educativas y formativas, para mantener a su personal al 100% actualizado y cumpliendo con los lineamientos, normas y guías de atención sobre la atención del parto, cuidados inmediatos del recién nacido y cuidados post-parto.

El 60% del personal describen las fases de la atención de parto en latente y activa. El 20% identifica solo como la fase activa y el 20% la identifica como fase inicial, latente y activa. “La primera etapa se divide en Fase latente: Se inicia cuando comienza el trabajo de parto verdadero y termina cuando comienza el trabajo de parto activo. Fase

29

30

activa: Se inicia cuando comienza el trabajo de parto activo y termina cuando la dilatación es completa”³¹.

La enfermera jefe del servicio debe de elaborar un programa educativo enfocado en lineamientos, normas de atención y guías sobre la atención del parto, logrando mantener competencias técnicas en su personal, y mejorar la calidad de atención.

El 80% indicó que brindan apoyo emocional a las pacientes, y el 20% lo brinda en su idioma materno transmitiendo mayor confianza a las pacientes, que le ayuda a que el trabajo de parto sea menos traumático y facilite el alumbramiento. Siendo importante que el 100% del personal brinde apoyo emocional en el idioma de la región, para garantizar que el mensaje llegue y haya una buena comunicación y haya una respuesta positiva de parte del paciente creando un clima de confianza.

El 40% del personal participante en el estudio reconocen que las membranas ya no se rompen, solas deben de romperse. Pero el 60% del personal creen que se deben romper a los 4 u 8 centímetros de dilatación, siendo esto incorrecto porque. “Si la bolsa de las aguas aún permanecen integra, actúa sobre las partes bajas de la cabeza ejerciendo una contrapresión que minimiza la deformación del cráneo. Si las membranas se rompen, se eleva la presión sobre la cabeza fetal, en particular a nivel del ecuador cefálico, donde alcanza valores 2 a 3 veces superiores que el resto del cuerpo, la deformación cefálica es entonces máxima y se producen o se incrementan la bolsa serosanguínea y el desalineamiento entre los huesos del cráneo”³².

El 60% del personal desconocen sobre los aspectos legales relacionados a la práctica de enfermería en relación a la atención del parto. El 20% no respondió y el otro 20% refiere que si conoce sobre el tema. Es preocupante esta situación, porque el personal auxiliar de enfermería debe de conocer las leyes que amparan en la práctica sobre la atención de parto, los derechos del paciente y la misma constitución política de la república en su artículo: “93, derecho a la salud, el goce a la salud es derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna. Artículo 94, el Estado velara por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, prevención, recuperación, rehabilitación,

31

32

coordinación y la complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social”³³.

Estando el personal obligado a conocer y aplicar las leyes que nos obligan a brindar una atención de calidad al usuario, más aun a la mujer durante el periodo de gestación, parto y puerperio, debido a que es una prioridad de nuestro Ministerio de Salud, por la situación de mortalidad materna-neonatal que se vive en nuestro país.

El 40% del personal desconoce sobre la ley de maternidad saludable solo el 60% respondieron que sí, esta ley fue creada en el año 2010, por el legislativo, debido a los altos índices de mortalidad materna que hay en el país, con el fin que en cada servicio se preste la atención al paciente con calidad y calidez, la ley en su “Artículo 1, la presente ley tiene por objeto la creación de un marco jurídico que permite implementar los mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, y promover el desarrollo humano a través de asegurar la maternidad de las mujeres, mediante el acceso universal oportuno y gratuito a información oportuna, veras y completa y servicios de calidad antes y durante el embarazo, parto y postparto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna neonatal”³⁴.

El 80% del personal nos dice que si han recibido capacitaciones de temas relacionados a la atención materna y el otro 20% no respondió. Pero haciendo un análisis global se identifica que hay debilidades en el manejo de trabajo de parto, tanto como en normas de atención, protocolos y leyes, que nos guían y nos dan la fundamentación científica para brindar una atención de parto de calidad y nos amparan en lo jurídico. Es evidente que se debe elaborar un proyecto educativo, enfocado en temas relacionados con la atención del parto, atención y cuidados del recién nacido, según normas de atención, lineamientos protocolos y sobre todo la aplicación de modelos y teorías de enfermería. De esta forma tendremos el personal auxiliar de enfermería actualizado y con competencias técnicas que garanticen la calidad de atención que brindaran de forma integral, sin descuidar ningún aspecto relacionado a la atención de parto y el trato humanizada a la madre y al recién nacido. La atención calificada del parto, incluye: Estimular la presencia de un acompañante que brinde apoyo emocional, la adolescente no ha llegado a la plenitud de su madurez física y emocional por lo que requiere que la

33

34

guíen y acompañen durante todo el trabajo de parto, el uso obligatorio del partograma en forma educada durante el trabajo del parto.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 El 40% del personal auxiliar de enfermería no posee los conocimientos necesarios para brindar una atención de parto integral y altamente calificada, limitándose a realizar sus actividades sin la aplicación de las normas de atención.
- 6.1.2 El 100% del personal auxiliar de enfermería posee las habilidades y destrezas en la atención del parto, las cuales las han adquirido a través de los años de experiencia laboral, pero hay un 40% del personal que no cuenta con las competencias técnicas debido a que no cuenta con las competencias técnicas las cuales se adquieren a través de la fundamentación científica, habilidades y destrezas.
- 6.1.3 El 60% del personal aplica las normas de atención, guías y protocolos existentes sobre la atención del parto, pero el 40% no las aplica, limitándose a realizar lo que cree que es lo correcto pero sin la fundamentación científica necesaria.
- 6.1.4 El 60% del personal auxiliar de enfermería demuestra actitudes positivas las cuales se identifican a través del cumplimiento de las normas de atención, lineamientos y protocolos que establece el Ministerio de Salud que deben de aplicarse para la atención del parto, pero existe un 40% que no lo aplica demostrando una actitud negativa al no tener iniciativa propia en actualizarse según lo establecido por Ministerio de Salud y de esta forma garantizar una atención del parto calificada.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Elaborar un proyecto social enfocado en educación permanente en salud, donde se plasmen temas sobre la atención de parto de forma integral y calificada, basada en la aplicación de normas de atención, protocolos, lineamientos y guías, con el objetivo de crear competencias técnicas que ayudaran las habilidades y destrezas que el personal auxiliar de enfermería posee.

- 6.2.2 La enfermera profesional jefe del servicio, ejecute, evalúe y de seguimiento al proyecto de desarrollo social, que el estudiante de la maestría quien realizo la investigación dejara perfilado.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sistema Informativo gerencial de Salud, SIGSA WEB noviembre 2013 (1,3)
2. Mía McDonald con Ann Starrs, Atención del Parto Calificado. (2)
3. SCHWARCZ-SALA-DUVERGES, Parto Normal, Obstetricia, Editorial El Ateneo 6ta edición. (4,32,35)
4. Unidad de Epidemiología, Área de Salud de Alta Verapaz 2013. (5)
5. Víctor M. Espinosa de los Reyes Sánchez; Sergio Azcárate Sánchez Santos Programa de Actualización Continua para Ginecología y Obstetricialibro 1 «Cambios fisiológicos durante el embarazo». (1997-1998). (6)
6. University of Maryland Medical Center (2007). Trabajo de Parto y Parto. Último acceso 20 de febrero de 2008. (7,11,16,18)
7. Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer (julio de 2007). Parto. Citado por National Institutes of Health. Último acceso 20 de febrero de 2008. (8,9)
8. Yale Medical Group. El embarazo y el nacimiento. Último acceso 20 de febrero de 2008. (10)
9. Instituto Químico Biológico. Signos - letra A. Diccionario Ilustrado de Términos Médicos. Último acceso 21 de febrero de 2008. (12)
10. Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Alumbramiento Patológico. Último acceso 21 de febrero de 2008. (13)
11. Parto libre: derecho a conquistar. Entrevista en saludymedicinas.com.mx con la educadora perinatal Guadalupe Landerreche Gómez Mor. (14)
12. Las tres etapas de la labor de parto University of Maryland Medical Center. (15)
13. Norwitz ER, Robinson JN, et al. "Control del Parto.". The New England Journal of Medicine 341(9):660-666, 1999. Último acceso, 28 de febrero de 2008. (17)
14. David Vernon, Having a Great Birth in Australia, Australian College of Midwives, 2005. (19)
15. Soto L, Carmen et. al. Educación prenatal y relación con el tipo de parto, una vía hacia el Parto natural. Rec. Chil. Obstet. Ginecol. Vol. 71. 2006. (20)
16. Moroto Navarro, Gracia et al. Paternidad y servicios de salud, Esp. Salud pública, 2009, Vol. 83. (21)
17. MSPAS Normas de atención en salud integral para el primer y segundo nivel (Guatemala, octubre 2010). (22,23,29)

18. Guía para la implementación de la atención integral Materna Neonatal, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2011. (24,25,28,30,31,33)
19. Organización Mundial de la Salud. (26)
20. Ley para la Maternidad Saludable, DECRETO NÚMERO 32-2010. (27,37)
21. Sharon J. Reeder RN, Phd, Faan, Leonide L. Martin RN, Deborah Koniak RN, Enfermería Materno-Infantil. Decimoséptima Edición. (34)
22. Constitución política de la República de Guatemala, 1985. (36)
23. Ann Marriner tomey, Martha RaileSalligood, Modelos y Teorías en Enfermería, sexta edición.
24. University of Maryland Medical Center (2007). Trabajo de Parto y Parto. Último acceso 20 de febrero de 2008.
25. University of Maryland Medical Center (2007). Trabajo de Parto y Parto.
26. MSPAS Guía de Atención del Embarazo Parto, Puerperio y Emergencias Obstétricas (Guatemala: S. E. 2006).
27. Una estrategia de apoyo a la reducción de la mortalidad materna y neonatal en Guatemala, USAID, calidad en salud en Guatemala. Guatemala Septiembre 2009.



Anexo No.1

VIII. ANEXOS



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INVESTIGACION DE GRADO: MAESTRIA MATERNO NEONATAL.

INVESTIGADOR: Lic. Aquelio Isaías Orellana San José

ASESORA: Licda. Ma. Juana Marta Hernández de Vaidez.

ENCUESTA

INSTRUCCIONES: La presente encuesta tienen por Objetivo: determinar las competencias que el personal Auxiliar de Enfermería posee en la atención del parto en el Hospital Distrital de Fray Bartolomé de las Casas, del departamento de Alta Verapaz, durante los meses de julio a agosto del año 2013. Por lo que se solicita su colaboración dando respuesta a las siguientes preguntas.

Le tomara aproximadamente 15 minutos, sus respuestas son anónimas y la información será manejada con la más estricta confidencialidad.

1. En qué momento inicia el Registro Clínico del Partograma?
 - A. los 2 cm de dilatación
 - B. los 3 cm de dilatación
 - C. 4 cm de dilatación
 - D. A las 5 cm de dilatación
2. Indique en qué consiste el MATEP
3. Cuáles son los Signos de Alarma que evalúa para detectar Sufrimiento Fetal en el registro del Partograma?
 - A. Taquicardia, Bradicardia
 - B. Deshidratación
 - C. Hipertensión arterial
 - D. Trabajo de parto prolongado
4. De los siguientes factores de riesgo en Asfixia Perinatal, Cuál corresponde a un Riesgo Materno?

- A. Presentación Podálica
 - B. Preeclamsia
 - C. Anomalías Congénitas
 - D. Tumores Intratorácicos en el Recién Nacido
5. Antes de iniciar la atención de un Recién Nacido, Qué cuidado inicial debemos tener?
- A. Correcto Lavado de Manos
 - B. Verificar que la enfermera nos apoye en el procedimiento
 - C. Limpiar vías aéreas
 - D. Valorar APGAR
6. Qué condiciones se necesitan para un parto normal
- A. un canal de parto adecuado,
 - B. una contracción uterina y abdominal normal
 - C. una colocación adecuada del feto dentro del útero
 - D. Todas son correctas
7. El cordón umbilical puede ser campeado inmediatamente luego del parto o más tardíamente.
8. Cuáles son las fases del trabajo de parto.
9. Brinda apoyo emocional a la paciente parturienta.
10. A los cuantos centímetros de dilatación rompe membranas.
11. Conoce algunos aspectos legales relacionados al trabajo que realiza en el servicio.
12. Conoce la Ley de Maternidad Saludable.
13. Ha recibido algún tipo de capacitación en temas relacionados a la atención materna neonatal.

Gracias por su participación

Anexo No.2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DE GRADO: MAESTRIA EN ENFERMERÍA MATERNO NEONATAL.

INVESTIGADOR: Lic. Aquelio Isaías Orellana San José
ASESORA: Licda. Ma. Juana Marta Hernández de Vaidez.

Título del protocolo: **“Competencias que el personal Auxiliar de Enfermería posee en la atención del parto, en el Hospital Distrital de Fray Bartolomé de las Casas, del departamento de Alta Verapaz, durante los meses de julio a agosto del año 2013.”**

El presente estudio se realizara con el objetivo de, determinar las competencias que el personal Auxiliar de Enfermería posee en la atención del parto en el Hospital Distrital de Fray Bartolomé de las Casas, del departamento de Alta Verapaz, durante los meses de julio a agosto del año 2013.

Por lo que se le invita a participar en este estudio de investigación de la Maestría Materno Neonatal. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Considérese una persona sumamente importante en el presente estudio pues contribuirá para que los servicios de salud enfoquen acciones específicas para los Auxiliares de enfermería como usted y tiene toda la libertad y el derecho de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas respecto al estudio.

Luego de conocer los objetivos del estudio si usted desea participar, firme esta hoja de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

Estoy de acuerdo a participar en el presente estudio de investigación por lo que firmo el presente.

(f) _____

Muchas gracias por su participación.

Lic. Aquelio Isaías Orellana San José
Estudiante de la maestría 200321384

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente así como debe hacerse referencia correspondiente cuando se cite de forma parcial o total los contenidos en ésta tesis; sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la Ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala, lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.