UNIVERSIDAD ESTATAL DEL SUR DE MANABÍ

UNIDAD ACADEMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERIA

TEMA

"ROL DE LA ENFERMERA EN PACIENTES CON TRABAJOS DE PARTO QUE PRESENTAN COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE JIPIJAPA

AUTORA:

EGDA. GINA MARIBEL PINCAY CASTRO

DIRECTORA DE TESIS:

LIC. VICCIA SORNOZA PIN Mg. Gs.

Jipijapa – Manabí - Ecuador
2012

DEDICATORIA.

A Dios.

Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarte cada día más. Además de su infinita bondad y amor.

A mi madre María.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación

Constante, por cultivar e inculcar ese sabio don de la responsabilidad. Pero más que nada, por su amor.

¡Gracias por darme la vida! ¡Te quiero mucho!

A mis hijos

Gonzalo, Ramón, Jasir y Afif Safadi Pincay por mi ausencia en esos momentos que más me necesitaba a su lado, perdón queridos hijos.

A mis maestras.

Gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en

el desarrollo de mi formación profesional, en especial: a las Lcdas. Margoth Villegas Chiriboga, Tania Alcázar Pichucho, J

AGRADECIMIENTO

La presente tesis es un esfuerzo en el cual, directamente participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo teniéndome paciencia dando ánimo, acompañándome en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

Gracias a mis amigas y queridas compañeras.

Que me apoyaron y me permitieron entrar en su vida durante estos cincos años de convivir dentro y fuera del salón de clase Sonia, Enma, Rosa, Verónica, Roxana, Ariana.

Mi querida amiga.

Ing. Betsy Pincay quien es una amiga incondicional, donde ha estado en estos momentos, muy difíciles, brindándome siempre su apoyo.

A mi tutora.

Lcda. Viccia Sornoza Pin por haber guiado en el desarrollo de este trabajo de investigación y llegar a la culminación del mismo.

También me complace agradecer la acogida, y la apertura del Hospital general jipijapa y a todos el grupo de salud que lo conforma, donde he desarrollado mi investigación para culminación de mi tesis.

Gracias a todos.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

La suscrita Lcda., Viccia Sornoza Pin Directora de Tesis, certifica haber asesorado minuciosamente el proceso de desarrollo de la investigación, titulada: "**ROL DE LA ENFERMERA EN PACIENTES CON TRABAJOS DE PARTO QUE PRESENTAN COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE JIPIJAPA DURANTE EL PERIODO JUNIO – DICIEMBRE DEL 2011.**" cuya autora es Gina Maribel Pincay Castro Egresada de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal del Sur de Manabí, Tesis elaborada de acuerdo a las normas técnicas de investigación y en base a las normativas vigentes de la Universidad Estatal del Sur de Manabí, por lo que se autoriza su presentación ante las instancias Universitarias correspondientes.

Es cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Lcda. Viccia Sornoza Pin Mg.Gs.

Directora de Tesis

TESIS DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

Sometida a consideración del comité de profesionalización de la Unidad académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Estatal del Sur de Manabí como requisito parcial para obtener el título de Licenciada en Enfermería.

APROBADA POR EL COMITÉ DE PROFESIONALIZACION

DR. Byron González Vásquez Mg.Ge

Miembro principal

Lcda. Solange Quijije Segovia Mg.Gs

.Miembro Principal

Lcda. Margoth Villegas Chiriboga Mg. Gs

Miembro Principal

Dr. Antonio Gonzales Vásquez

Secretario General -Procurador

CERTIFICACIÓN DE DERECHO DE AUTORÍA A AUTORÍA

Los conceptos, ideas y planteamientos que se exponen en el presente trabajo de investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autores. El patrimonio de la misma es de propiedad de la Universidad Estatal del Sur de Manabí.

Egda. Gina Maribel Pincay Castro

INDICE

Preliminar:

Tema……..i
Dedicatoria…….ii

Agradecimiento…….iii

Certificación de la directora detesis…….iv

Tesis de Licenciada en enfermería ……v

Autoria ……vi

Indice……... vii

RESUMEN……. .x

SUMMARY…… xi

1. Introducción…… 1

2. Antecedentes y justificación……...3

3. Planteamiento del problema.....7

3.1 Problema general.....8

3.2 Problemas específicos 8

3.3 Delimitacion del problema.....9

4. Objetivos 10

4.1.Objetivo general. 10

4.2. Objetivos específicos. 10

5. Marco teórico 11

5.1.Enfermera.....11

5.1.1 Responsabilidades 11

5.1.2. Rol de la enfermera en trabajos de parto……12

5.2. Riesgos en pacientes con trabajos de parto……...20

5.2.1. Embarazo de lato riesgo……21

5.2.2. Control prenatal.....21

5.2.3. Trastornos hipertensivos gestacionales……23

5.2.3.1. Preeclampsia…… ….24

5.2.3.2. Eclampsia ……25

5.2.3.3.Hipertencion cronica……28

5.2.4.- Manejo de complicaciones de los trastornos hipeertensivos y sindrome de hellp hematomas subcapcasular hepatica……32

5.2.5. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo placenta previa……..33

5.2.5.1 Diagnóstico diferencial……..36

5.2.6. Hemorragia de la tercera etapa de parto….....36

5.2.7. Trabajo de parto pre termino…….....45
5.2.7.1. Diagnóstico de la amenaza de parto pretermino…….45
5.3. La enfermera ante las situaciones de riesgos obstétricos en pacientes con trabajo de
parto……
47

5.3.1.-Tarea—de—la—
enfermera……48

5.4. Factores motivacionales en el personal de enfermería que influyen en la asistencia a capacitaciones de educación continua……..50
5.4.1. Importancia de la capacitación en enfermería……...51

6.1. Hipótesis General…….....54

6.2. Hipótesis Específicas…… 54

7. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES……. 55

7.1. Variable Independiente…… 55

7.2. Variable dependiente…….....…….55

7.2. Operacionalización de las variables…….....56

8. DISEÑO METODOLOGICO……... 57

8.1. Poblacion y Muestra…….....58

8.2.Recurso…… 58

8.2.1.Humano…… 59

8.2.2.Materiales……
…60

8.3. Tipo de
estudio……60

8.4 Técnicas e instrumentos 61

8.4.1. Técnicas 61

8.4.2. Instrumentos……...62

8.5. Proceso metodológico de la investigación…….62

9.-resultados de la investigacion……63

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....81

10.1. Conclusiones 81

10.2. Recomendaciones.....82

13. PROPUESTA…….85

13.1 Titulo de la Propuesta…… 85

13.2. Introducción……. 85

13.3. Problematización……86

13.4. JUSTIFICACIÓN……. 87

13.5. OBJETIVOS……89

13.6 ESTRATEGIAS……...90

13.7. PROCEDIMIENTO OPERATIVO…….90

13.8. CRONOGRAMA DE

TRABAJO……...93

13.9. ORGANIZACIÓN

ADMINISTRATIVA……...94

13.10.
PARTICIPACION…….95

13.11.
IMPACTOS……...95

13.12. SUSTENTABILIDAD……
96

13.14. MARCO

LOGICO……97

13.15.

PRESUPUESTO……98

14.

BIBLIOGRAFIA……....99

ANEXOS

1. INTRODUCCION

La enfermera es considerada como una profesional que ayuda a las personas a recobrar el bienestar completo biopsicosocial, mejorando su calidad de vida y cuidando de esta. El rol profesional de la enfermera es el conjunto de comportamientos, habilidades, actitudes y valores que la sociedad espera de estas profesionales, centrándose en el cuidado de la vida humana, a través de todas las etapas de vida del individuo, sin dejar de lado la atención a la comunidad y familia.[1]

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a través de la Dirección Nacional de Normatización, en el marco del cumplimiento de los Objetivos del Milenio, la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, el Plan de Reducción Acelerada de Reducción de la Muerte Materna y Neonataly las prioridades gubernamentales definidas en el Plan Nacional de Desarrollo, implementa desde hace tres años un proceso Colaborativo de Mejora Continua de la Calidad de la atención obstétrica y neonatal esencial, con el apoyo técnico del Proyecto de Mejora de la Atención en Salud.

A través de este proceso, entre 65 y 70 unidades de salud, en su mayoría hospitales cantonales de once provincias del País, han establecido equipos de MCC que miden y mejoran la atención a madres y recién nacidos. El MSP ha logrado avances importantes en estas unidades, tales como la implementación del uso regular del partograma, la introducción del manejo activo de la tercera etapa del parto, la mejora de la atención prenatal y del puerperio inmediato, la atención inmediata del recién

[1] REVISTA ENFERMERIA, COLEGIO DE ENFERMERAS DE CHILE. DICIEMBRE 2004

nacido bajo criterios de calidad, un currículo y experiencias en capacitación clínica en CONE, entre muchos otros.

Mejorar atención en complicaciones obstétricas por parte del personal del Hospital General Jipijapa ayudará a optimizar la calidad de la vigilancia al incorporar como dos puntos esenciales el respeto a los valores de los pacientes y lograr los mayores beneficios con los menores riesgos.

La calidad de la atención cubrirá dos dimensiones la primera es la calidad interpersonal, la cual se traduce en las acciones plasmadas en las competencias de carácter profesional definidas en el perfil profesional. La segunda es la calidad técnica, la cual se evidencia cuando se describen las competencias para la cuales se requiere del conocimiento teórico y de las aptitudes para utilizar el juicio crítico en la aplicación de técnicas que garanticen un alto nivel de seguridad para el binomio madre -.hijo.[2]

[2]Servicios de Enfermería para Contribuir al Logro de la Equidad, el Acceso, la Calidad y laSostenibilidad de los Servicios de Salud. Plan de Mediano Plazo. 2001-2003. Washington: OPS; 2001.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

2.1. ANTECEDENTES

El rol de la enfermera que ayuda en los trabajos de partos con problemas obstétricos implica un cuidado que emerge durante el proceso de parto. Es una forma particular de relación intersubjetiva, considerando el cuidado de la paciente como foco central de la enfermería, no se restringe apenas a una acción técnica en el sentido de hacer o ejecutar un procedimiento, sino que también en el sentido de ser, expresado por la actitud, y las relaciones.

Las acciones, integrantes del cuidado de enfermería, en la atención de complicaciones obstétricas permiten compartir conocimientos, que puede ser realizado de forma individual o colectiva. La enfermería debe tener sensibilidad para crear una relación de confianza que posibilite que la mujer embarazada y familia expresen sus reales necesidades.[3]

El Departamento de enfermería del Hospital General Jipijapa cuenta con 44 de enfermeras (os) distribuidas en las siguientes manera, 23 enfermeras de planta, 4 enfermeras rurales, 16 auxiliares de enfermería en las diferentes áreas del hospital con turnos rotativos, como son en la área de emergencia se encuentran 6 enfermeras profesionales y 1 auxiliar de enfermería , en la área de centro quirúrgico se encuentran 5 enfermeras (o) profesionales y 4 auxiliares de enfermería, en la área

[3]**Belizán J et al. Diagnosis of intrauterine growth retardation by a simple clinical method: measurement of uterine height. American Journal of obstetrics and Gynecology, 2004 131:643 –46.**

de gineco-obstetricia y pediatría se encuentran 8 enfermeras (o) profesionales y 2 auxiliares de enfermería, en el área de clínica y cirugía hay 5 enfermeras profesionales y 2 auxiliares de enfermería , en las áreas de post-consulta se distribuyen 2 enfermeras profesionales, y 6 auxiliares de enfermería.

Una enfermera profesional que es la líder de enfermería la que es encargada de gestionar, coordinar y ejecutar conjunto al equipo de salud, las cuales tratan de satisfacer las necesidades del paciente, familia y comunidad cumpliendo con sus asignaciones y programas que existe: Programa como maternidad gratuita y atención a la infancia, cuidados obstétricos neonatales esenciales (CONE), Programa .de medicamentos genéricos, y otros programas que constan el Hospital General de Jipijapa.

2.2. JUSTIFICACIÓN

El mejoramiento de la calidad de los servicios de salud se ha estado desarrollando de manera continua e interrumpida desde los años 60 y ha creado un conjunto de conocimientos, experiencias y prácticas específicas.

El control de la calidad de la atención de enfermería utiliza como abordaje un proceso de análisis sistematizado de los cuidados de enfermería prestados, el alcance de las metas establecidas para asegurar e implementar la excelencia de la atención y cuidados legalmente asumida por los servicios de salud. En el ámbito de la enfermería, la calidad involucra los conocimientos de las habilidades, las creencias y

valores individuales, profesionales e institucionales, lo que define el ámbito de las estructuras, procesos y resultados que se desea evaluar.

Los conocimientos que fundamentan las acciones de enfermería constituyen un conjunto teórico, identificado como ciencia de la enfermería y se expresan operacionalmente por el proceso de enfermería, que busca por medio de la sistematización de las acciones y por la identificación de los diagnósticos de enfermería, la atención de las necesidades de la embarazada con problemas obstétricos de parto, de su familia y de la comunidad con los recursos disponibles.

Las complicaciones en el embarazo, el parto y postparto representan el 28.5% de las admisiones y el 39.84% de los partos.

El índice global de cesárea es mayor del 15% en los hospitales generales, 66.7% en el Militar, 43.4% en el José Carrasco, 42.5% en la Clínica Pablo Jaramillo, y 22.5% en el Vicente Corral, y entre 2 a 10% en los hospitales cantonales. De las percepciones comunitarias e institucionales acerca de los factores relacionados con las emergencias obstétricas y la mortalidad materna se desprende que existe confluencia de factores socio-económicos, culturales, educativos, comunicativos, valorativos y administrativos que integran la compleja causalidad de la baja calidad en la atención a las mujeres con emergencia obstétrica.[4]

En el hospital general de Jipijapa constantemente se presentan complicaciones obstétricas, durante el trabajo de parto como: preclampsia , eclampsia, amenazas de

[4]**Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR). Encuesta demográfica y de saludmaterna e infantil. Informe preliminar. Quito - Ecuador 2005.**

partos prematuro y hemorragias. Por esta razón la presente investigación procurará establecer de una manera científica el rol que deben de cumplir las enfermeras ante las complicaciones obstétricas en las pacientes con trabajo de parto.

La importancia de este estudio es de ayudar a las enfermeras que estén más capacitadas, mediante sus conocimientos para que puedan realizar sus actividades de enfermerías seguras, para que brinde sus atenciones a la usuaria gestante cuando se presentan estas complicaciones. Mediante esta investigación la más grandes aspiraciones es que la enfermera del Hospital General Jipijapa se encuentren más prepararas ante estas situaciones que se presentan como son las complicaciones obstétricas en pacientes con trabajo de parto.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención de las mujeres en trabajo de parto con complicaciones obstétricas incluye intervenciones costo-efectivas, toda mujer embarazada tiene el derecho a recibir atención prenatal básica durante el embarazo, aun cuando no manifieste alguna condición que la ponga en riesgo de una complicación obstétrica. Los y las proveedores de atención prenatal básica e integral deben ser calificados. Además de médicos y obstétricas debe incluir a enfermeras que trabajan en forma independiente o como parte de equipos interdisciplinarios en una variedad de entornos de salud, tales como hospitales, centros de salud, centros de maternidad u otros servicios comunitarios.[5]

Numerosas investigaciones en adolescentes embarazadas demuestran que una de las complicaciones obstétricas más frecuentes es el desarrollo de síndrome hipertensivo del embarazo, siendo las frecuencias reportadas de 22,4% a cerca de 29% . Sin embargo, una serie de recientes estudios han demostrado que la incidencia de preeclampsia es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas.

En el hospital General de Jipijapa el rol de la enfermera con pacientes con trabajos de parto en especial con complicaciones obstétricas donde tratan de cumplir con todas las expectativas que debería una enfermera como profesional, por motivos de que el personal de enfermera de este hospital es muy escaso, por esta razones hay momentos que no se puede satisfacer al usuario, pero a pesar de estas necesidades, el

[5] **REVISTA ENFERMERIA, COLEGIO DE ENFERMERAS DE CHILE. DICIEMBRE 2004**

personal de enfermería trata de realizar un trabajo de excelencia de la atención y cuidados y sobretodo una calidad y calidez de atención ya que el usuario, en esos momentos necesitan más a la enfermera de cabecera ya que, esta prepara psicológicamente y emocionalmente para crear una relación de confianza entre la enfermera y el usuario.

Problema General

¿Cómo establecer el rol de la enfermera antes complicaciones obstétricas en pacientes con trabajo de parto en el Hospital General de Jipijapa?

Problemas Específicos

¿Cómo identificar el nivel de conocimiento de la enfermera para actuar en situaciones de riesgo en pacientes con trabajo de parto en el hospital General de Jipijapa?

¿Cómo determinar la planificación de las acciones de enfermería, según el diagnóstico de la paciente de parto con complicaciones obstétricas.

¿Cómo definir si existe formación académica de las enfermeras en esa área de gineco-obtetricia?

Delimitación del Problema

CAMPO	UNESUM
AREA	CIENCIAS DE LA SALUD
ASPECTO	COMPLICACIONES OBSTETRICAS
PROBLEMAS	¿COMO CARACTERIZAR EL ROL DE LA ENFERMERA ANTE COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN PACIENTES CON TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL GENERAL DE JIPIJAPA?
TEMA	ROL DE LA ENFERMERA EN PACIENTES CON TRABAJO DE PARTO QUE PRESENTAN COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE JIPIJAPA
DELIMITACION ESPACIAL	HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA
DELIMITACION TEMPORAL	JULIO 2011 – FEBRERO 2012

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer el rol de la enfermera en pacientes con trabajo de parto que presentan complicaciones obstétricas en el hospital General Jipijapa

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de los conocimientos de la enfermera para actuar en situaciones de riesgo en pacientes con trabajo de parto en el hospital General de Jipijapa.

- Determinar la planificación de las acciones de enfermería, según el diagnóstico de la paciente de parto con complicaciones obstétricas.

- Definir si existe formación académica de las enfermeras en esa área de gineco-obstetricia.

- Propuesta de un programa de capacitación para las enfermeras de cómo actuar en caso de las complicaciones obstétricas en pacientes con trabajos de parto en el hospital General de Jipijapa.

5. MARCO TEORICO

5.1. ENFERMERA

Enfermera es aquella mujer que se dedica al cuidado personal e intensivo de un paciente, ya sea en el centro **hospitalario** o de salud como en su domicilio particular. La enfermera o enfermero son personas que han seguido la **carrera** de **enfermería**, dictada dentro de las facultades de medicina y considerada una carrera universitaria a pesar de ser más corta e implicar menores conocimientos que la de medicina.[6]

5.1.1. RESPONSABILIDADES

Estas deben existir dentro de los miembros de una profesión para fortalecerlas y cumplir de mejor manera el servicio a la comunidad. El significado original de responsabilidad es obligación, aunque se le ha agregado una nueva dimensión, que es capacidad de responder, necesidad de ofrecer respuesta y explicaciones a otras personas; estas capacidad de responder puede referirse tanto al público como a otro miembro de la profesión o a la institución en que se trabaja.

Las responsabilidades son las siguientes:

–Son bastantes las responsabilidades por que la enfermera está mal vista ya que como somos el jamón del sándwich, porque primero está el médico que te exige y luego los auxiliares que están a tu mando, que a veces pasan sobre ti y van al médico. Entonces

[6] **Definicionabc.com/salud/enfermera.2005**

a veces se mezclan los objetivos‖ la responsabilidad de una enfermera es de llevar a cabo la gestión del cuidado.

También otra de sus responsabilidades es prepararse, actualizarse permanentemente, buscar oportunidades de perfeccionamiento ya que es ella responsable de mantenerse al día en sus conocimientos y destrezas y no realizar aquellos procedimientos para los cuales no ha sido preparada. Las enfermeras tienen grandes dificultades para escribir sus experiencias y muchos de estos criterios no son publicados, quedando solo como un registro de acceso restringido o prácticamente fuera del acceso de otras enfermeras.[7]

5.1.2. EL ROL DE LA ENFERMERA EN LOS TRABAJOS DE PARTO.

"El parto es un proceso mediante el cual el útero expulsa o intenta expulsar el feto, la placenta y el saco amniótico y se lleva a cabo mediante contracciones rítmicas. La presión contra el cuello uterino originada por el feto y el saco amniótico producen dilatación y borramiento, lo que facilita el paso del feto desde el útero atreves del cuello y el canal de parto hasta el medio extrauterino"

Al ingresar la embarazada a la sala de dilatación debe realizarse todas las actividades relacionadas con el momento del trabajo de parto para garantizar una buena calidad de atención, reduciendo los factores de morbilidad perinatal.

La enfermera a cargo de la parturienta seguirá la evolución y registrara cada procedimiento en la historia clínica.

---

[7] **Wharley y Wong. Enfermería pediátrica. Edición cuarta.2004**

Objetivos de enfermería en esta etapa

- Identificar los signos y síntomas que determinan el trabajo de parto normal.
- Detectar los signos y síntomas que pueden alterar el trabajo de parto normal.
- Establecer prioridades en la asistencia a la parturienta durante el trabajo de parto.
- Limitar y evitar las intervenciones innecesarias.
- Conducir a enseñar la respiración adecuada
- Procurar la presencia de la pareja o un acompañante de la parturienta

ACCIONES

a) Ingresar a la parturienta al servicio de maternidad

b) Recabar los datos para comenzar a realizar historia clínica

c) Trasladar a la gestante y a su pareja hasta el servicio de dilatación

d) Ayudar en la colocación de vestimenta adecuada

e) Colocar a la parturienta en una posición cómoda y segura, preferentemente en decúbito lateral izquierdo.

Mientras la bolsa de las aguas este integra, la parturienta puede deambular y adoptar un decúbito diferente. Cuando esta acostada se recomienda el decúbito lateral izquierdo por las razones ya enunciadas.

f) controlarlos signos vitales Y el patrón actual de las contracciones

Los fenómenos comprendidos en el trabajo de parto tienden a"la adaptación de los diámetros fetales", sobre todo de aquellos de la presentación, a los de la pelvis ósea y blanda materna, por intermedio de las contracciones uterinas.

Estos **fenómenos** se dividen en activos y pasivos

Los **fenómenos activos** son las **contracciones y los pujos**. La **onda contráctil normal** se caracteriza por **un triple gradiente descendiente.**

Las contracciones del útero se originan en zonas determinadas .La onda invade totalmente el útero en el término de 10 a 20 segundos, siguiendo una dirección **descendente.**

La dinámica de la distinta parte del útero en el momento de las contracciones:

- **El sentido descendente o propagación** de la onda permite que las partes altas del útero, acorten y traccionen a las que están por debajo, levantándolas. Este proceso se repite de arriba abajo hasta llegar al cuello, sobre el que ejerce la máxima tracción.
- **La duración** de la contracción disminuye progresivamente a medida que se aleja, logrando que todas las partes del útero alcancen el acné de la contracción y sumen sus efectos, ejerciendo sobre el útero una fuerte tracción longitudinal y una presión excéntrica.
- **La intensidad** la contracción también disminuye de arriba hacia abajo; en consecuencia la contracción del cuerpo uterino que es la mas intensa, distiende el segmento inferior y dilata el cuello

Esta coordinación entre las distintas partes del útero se denomina dinámica normal.

Las contracciones en el trabajo de parto son periódicas y regulares, con frecuencia de 2-5 en 10 minutos, con una intensidad y duración equivalentes y las caracteriza el dolor.

Fenómenos pasivos

Son las modificaciones consecutivas a la actividad contráctil del útero. Estos fenómenos son los siguientes:

- Ampliación del segmento inferior: el segmento uterino inferior se puede definir como la porción del miometrio que se encuentra en la parte inferior del útero en que se encuentra el anillo fisiológico de retracción el cual se modifica durante el embarazo y trabajo de parto, y que sufre un adelgazamiento por acción de las contracciones y la presión que ejerce la presentación. Tiene una longitud de 7 a 8 cm. Pero al comenzar el periodo expulsivo puede alcanzar entre 11 a 12 cm.
- Borramiento y dilatación del cuello. Son los fenómenos mas característicos del trabajo de parto, siendo el primero más significativo que el segundo.
- Expulsión del tapón mucoso: perdida de sustancia mucosa espesa de aspecto herrumbroso que durante el embarazo ocupaba el cérvix y que se desprende con la iniciación de la dilatación.
- Formación de las bolsas de agua: estas ayudan de protección al feto contra gérmenes y contra la acción de las contracciones uterinas. Estas despegan y deslizan la bolsa hacia abajo, ayudando a la dilatación del cuello.

- Ampliación del canal de parto: corresponde a la distinción progresiva de los órganos genitales como consecuencia del descenso del feto.

Recuerde que para confirmar el comienzo del trabajo de parto la embarazada debe tener una dilatación de 3 a 4 cm. Y que al finalizar esta etapa llegara a 10 cm que es la dilatación máxima.

- Fenómenos plásticos del feto: son las deformaciones que sufre el feto para ubicarse en la pelvis materna

Actitudes fetales la relación de todos los segmentos fetales (cabeza, tronco y extremidades) entre sí. Normalmente la actitud del feto es de flexión:

- Cabeza flexionada sobre el tronco
- Miembros superiores cruzados delante del tórax
- Muslos flexionados sobre el abdomen
- Piernas flexionadas sobre los mulos

Situación: es la relación del eje longitudinal entre la madre y el producto.

Presentación. Es la parte del feto que se entra y se presenta en la pelvis materna. Las modalidades de presentación dependen de la actitud fetal.

- La más común **cefálica de vértice(flexión)**
- Pélvica o de nalgas. Esta puede ser **franca**(flexión de muslos y rodillas) **pelviana completa**(flexión de muslos y extensión de rodillas) o **pelviana incompleta** (extensión de rodillas y muslos)

- Posición: es la relación que existe entre el punto de referencia fetal y el lado derecho o izquierdo de la pelvis materna.

g) Controlar la frecuencia cardiaca y la tensión arterial materna. La tensión arterial y la frecuencia cardiaca en la embarazada serán un referente durante las horas sucesivas. Reconocer las variaciones de la tensión arterial permite detectar precozmente valores de alarma en esta etapa, como también alteraciones de la frecuencia cardiaca durante la administración de oxitócica.

h) Controlar los latidos cardiacos fetales. Estos se deben mantener entre 120 – 160 latidos por minuto. El control de los latidos cardiacos fetales con estetoscopio de Pinard o por medio de un monitor captador de LCF y dinámica uterina en forma continua permite evaluar la respuesta del feto a las contracciones (monitoreo fetal)[8]

5.1.3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PARTO.

Una vez completado el proceso de dilatación cervical y el descenso de la presentación, la parturienta será trasladada a la sala de partos. La asistencia comienza con la dilatación completa o completable.

Objetivos de enfermería en esta etapa:

- Estimular a la parturienta durante los pujos para que se relaje y ventile adecuadamente entre las contracciones.
- Favorecer la relajación entre las contracciones

[8] **Jaime Botero, Alfonso Jubis, Guillermo Hengo .Obstetricia y ginecología 6ª edición. 2000.-**

- Promover la participación activa de la gestante y de un miembro del grupo familiar que la acompañe durante la expulsión del feto.
- Establecer el contacto precoz madre e hijo y favorecer la lactancia.

ACCIONES

- a) Colocar a la parturienta en la camilla o sillón de parto, en una posición cómoda. Se recomienda la posición sentada o semi sentada, ya que fisiológicamente es la que permite que la parturienta realice los pujos con eficacia favoreciendo el descenso y la expulsión del feto. Desde el punto de vista anatómico, permite que la expansión torácica y el descenso del diafragma sobre los órganos abdominales. Desde esta posición también se puede ver en nacimiento del bebé
- b) Control de los latidos cardiacos fetales. Se considera normal el descenso de la frecuencia cardiaca hasta 100 latidos por minuto por compresión, durante la expulsión del polo cefálico.
- c) Ayudar y guiar los pujos según la dinámica uterina. Durante las contracciones los pujos deben ser originados por la parte del diafragma sobre los órganos abdominales. Si la parturienta realiza la fuerza a nivel de la cara y cuello, no favorece el descenso del feto atreves del canal de parto y conduce al agotamiento de la mujer.

El pujo materno espontaneo suele ser suficiente para la expulsión fetal lo que se constata por el progreso, descenso y la rotación de la presentación.

El mecanismo del parto tiene cuatro tiempos, en los que en cada etapa el feto cambia de actitud y realiza movimientos de rotación para acomodarse a los distintos diámetros y ejes de la pelvis. Esta acomodación es resultante de las fuerzas de la contracción y de los obstáculos opuestos por el canal de parto.

Descenso: desplazamiento sostenido del feto hacia abajo, producido por la presión de las contracciones uterinas

Flexión: actitud natural que se ajusta a la forma de la cavidad uterina Y LA resistencia del suelo pélvico durante el trabajo de parto.

Rotación interna: cuando la cabeza fetal llega a la parte media de la pelvis, debe girar hacia posición occipital para adaptarse al diámetro transverso.

Extensión: la presión sostenida de las contracciones uterinas hacia abajo y la resistencia del suelo pélvico, producen extensión de la cabeza fetal, esta se mantiene extendida hasta el coronamiento mientras se distiende el perineo.

Restitución: movimiento automático que ocurre cuando la cabeza sale por el perineo, y consiste en un ajuste del cuello del feto hasta que la cabeza guarde relación normal con los hombros.

Rotación externa y expulsión: esta etapa puede ocurrir junto con la restitución. Consiste en rotación de los hombros del feto y la salida del hombro anterior por debajo de la sínfisis del pubis, a la vez el hombro posterior se desliza por el perineo.[9]

---

[9] **Manual para atención de la madre y el niño. Serie Paltex OPS/ ONS.-2000**

5.2. RIESGO EN PACIENTES CON TRABAJO DE PARTO.

Datos de la Organización Mundial de la Salud muestran que la hemorragia obstétrica es la causa del 25% de las muertes maternas que ocurren en todo el mundo. Aproximadamente el 80% de las muertes maternas son por causas obstétricas directas; es decir, por complicaciones del embarazo, trabajo de parto, puerperio así como por diagnósticos y tratamientos erróneos de enfermedades que se presentan durante la gestación.

Las actividades de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las complicaciones durante el embarazo, son uno de los problemas prioritarios en Salud Pública por lo que su adecuada aplicación permite evitar la muerte materna, disminuir el número de embarazos que se resuelven por vía de la operación cesárea y reducir la morbilidad y mortalidad perinatal.

–Las complicaciones mal atendidas o no atendidas, se convierten en las principales causas de muerte asociadas a la maternidad las cuales son: Hipertensión arterial durante el embarazo; la amenaza de aborto y del parto prematuro así como las complicaciones asociadas en cualquiera de las etapas del trabajo de parto, especialmente la hemorragia obstétrica‖, comenta el Dr. Juan Salvador Canales Gómez, Director Médico de Laboratorios Ferring.

Para lograr una buena salud materna se necesita, además de contar con servicios de salud de alta calidad, que los profesionales de la salud se mantengan actualizados en información científica y en las técnicas y procedimientos más avanzados para el control, tratamiento y seguimiento del binomio madre-hijo, durante el período

gestacional y perinatal. El no hacerlo es causa potencial de muertes innecesarias que ocurren año tras año.[10]

5.2.1. EMBARAZO DE ALTO RIESGO.

Todo aquel embarazo que provoquen riegos a la salud del producto o la madre. Factores. Socioeconómicos. Propios de la madre. Propios del producto. Desde bajo riego hasta alto riesgo.

5.2.2 CONTROL PRENATAL

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.[11]

- **¿QUÉ ES UN EMBARAZO BAJO RIESGO?**

Es el embarazo habitual, que tiende a ser normal, en una mujer que no tiene factores de riesgo que hagan peligrar la salud de ella, ni de su bebé.

---

[10] **medicable.com.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=537%3A8-de-cada-10-mujeres-en-el-mundo-mueren-por-problemas**

[10] **MangesiL,HofmeyrGJ, EstimacióndelmovimientofetalparalaevaluacióndelbienestarfetalBibliotecaCochranePlus,2007,Número4**

[11] **escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/.../control_prenatal.(2005)**

- **¿QUÉ ES UN EMBARAZO DE ALTO RIESGO?**

Es aquel en que el riesgo de enfermedad o muerte, antes ó después del parto es mayor que lo habitual, tanto para la madre como para el producto de la gestación.

El diagnóstico de un embarazo de alto riesgo lo determinará su médico de acuerdo a las conclusiones de los antecedentes y examen físico realizados.

Aquí hay algunos ejemplos de alto riesgo: gestante adolescente, gestante mayor de 35 años, antecedente de abortos a repetición, uso de drogas, enfermedad hipertensiva del embarazo, antecedentes de diabetes, amenaza de aborto o de parto pretermino, pelvis estrecha, etc.

- **¿QUÉ SÍNTOMAS O SIGNOS DE ALARMA DEBE CONOCER UNA EMBARAZADA?**

Conociendo los síntomas ó signos de alarma, una gestante podrá acudir de inmediato a su médico o al hospital si los tuviera, ya que estos **anuncian una complicación**.

Los siguientes son los síntomas y signos de alarma:

- Pérdida de sangre vía vaginal.
- Contracciones uterinas, antes de la fecha probable de parto.
- Disminución de los movimientos fetales o su ausencia.
- Pérdida de otros líquidos vía vaginal.
- Aumento de volumen de sus miembros inferiores y resto del cuerpo.
- Dolor de cabeza intenso y permanente

- Fiebre.
- Nauseas y vómitos intensos y repetidos
- Orina escasa o molestias al orinar
- Dolor en el epigastrio.
- Otros síntomas, de acuerdo a factor de riesgo asociado.[12]

5.2.3. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES

Se trata de una HTA inducida por la gestación y se define como la detección de una PAS = 140 mmHg o PAD = 90 mmHg que aparece después de las 20 semanas de embarazo en una mujer previamente normotensa. Generalmente cursa sin proteinuria y para algunos autores representa una fase preproteinuria de la preeclampsia o la recurrencia de una hipertensión arterial crónica. Puede evolucionar a la preeclampsia. En su forma severa puede ser causa importante de prematuridad y retardo del crecimiento.

Cuando se presenta una HTA aislada o transitoria en el último trimestre del embarazo, y particularmente en las primeras horas del posparto, sin elementos de preeclampsia con normalización de la PA antes de las 12 semanas de posparto hablamos de HTA transitoria. En este caso, el diagnóstico es retrospectivo y lo mismo puede ocurrir en embarazos subsecuentes, por lo cual se le considera como predictiva de futura HTA crónica y de hecho se señala que la persistencia de la elevación de la PA pasadas las 12 semanas del posparto, pudieran categorizarla como crónica.

[12] www.geocities.com/amirhali/_fpclass/CPN.(2004)

5.2.3.3.Preeclampsia

Es definida como el incremento de la presión arterial acompañada de edema, proteinuria ó ambos que ocurre después de la 20 a. semana de gestación.

Cualquiera de los siguientes criterios son suficientes para el diagnóstico de Hipertensión:

a) Aumento de la Presión sistólica 30 mm. Hg ó mayor

b) Aumento de la Presión diastólica 15 mm. Hg ó mayor

Ambos valores comparados con respecto a los previos a las 20a. semanas. Si éstos valores previos no se conocieran, un registro > a 140/90 son suficientes para considerar el criterio de presión para definir la Preeclampsia. Debe tenerse en cuenta que embarazadas muy jóvenes pueden no llegar a requerir tener presiones > de 140/90 para el diagnóstico de Preeclampsia.

La otra determinación necesaria para el diagnóstico de Preeclampsia es la Proteinuria. Esta se define como la excreción de 300 mgrs. ó más de Proteína en una examen aislado de orina de 24 hrs.

La proteinuria es en general un signo de aparición tardío en el curso de la Preeclampsia y aunque no es específica, su aparición refuerza el diagnóstico. El edema se hace evidente clinicamente ó por el rápido incremento de peso aún sin evidencia de edema.

Los factores que predisponen a pacientes a la preeclampsia son los siguientes:

- PRIMIGESTA
- HERENCIA
- EMBARAZO GEMELAR
- DIABETES
- ENFERMEDAD RENAL
- INHIBIDOR LUPICO
- EDAD < 21 ó > 35 años
- HERENCIA
- OBESIDAD
- HIPERTENSION CRONICA
- ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA

Las Primigrávidas son 6 a 8 veces más susceptibles que las multíparas.

- El embarazo gemelar incrementa el riesgo 5 veces. Las mujeres que han tenido preeclampsia ó eclampsia como multíparas usualmente tienen algún factor predisponente, a menudo hipertensión crónica
- Las mujeres con mayor predisposición a desarrollar Preeclampsia son aquellas que : tienen una historia de Hipertensión Arterial crónica en los 4 años previos; han tenido Preeclampsia durante un embarazo anterior ó han tenido Presiones Diastólicas mayores a 100-110 mm. Hg. desde el comienzo del embarazo.En éstas pacientes la recurrencia de preeclampsia sobreimpuesta es muy alta ;>del70 %.
- Antecedentes familiares de Preeclampsia.
- La existencia de una mola hidatiforme incrementa el riesgo 10 veces.

- La presencia de Diabetes Mellitus en un potente factor de riesgo.
- La existencia de " Hidrops fetal " incrementa el riesgo 10 veces.
- Contrariamente a la creencia popular, la clase socio-económica no predispone a la preeclampsia.
- La presencia de Inhibidor Lúpico aumenta la incidencia de abortos en el primer trimestre y de preeclampsia - eclampsia al final de la gestación.

El cuadro de la preeclampsia presenta un amplio espectro que va desde formas leves a

extremadamente severas con elevada morbimortalidad materno fetal.
En muchos casos la progresión del cuadro es lenta y nunca pasa de una forma leve. En otros, la minoría, la enfermedad progresa rápidamente a formas graves en el trascurso de días ó semanas. En algunos la progresión a formas severas y Eclampsia se hacen en horas.
Por ésta razón ,desde el punto de vista del manejo clínico, la Preeclampsia debería ser " Sobre diagnosticada" ya que muchas veces un manejo preventivo y agresivo evita las erráticas evoluciones a formas graves y la Eclampsia.

5.2.3.4.Eclampsia

La Eclampsia se define como: el desarrollo de convulsiones, debidas a encefalopatía hipertensiva en una paciente preeclámptica, no atribuídas a otras causas.
Su incidencia es cercana a 1 cada 2000 partos.
Las convulsiones, que son el signo de la eclampsia, son precedidas por las manifestaciones de la Preeclampsia, aunque en un 20 % las convulsiones pueden producirse hasta 6 días después del parto.

En algunas pacientes el cuadro eclámptico puede estar constituído por "auras", dolor epigástrico, hiperirritabilidad e hiperreflexia.

La hipertensión arterial puede ser severa, aunque está bien definido que: las convulsiones pueden ocurrir aún con mínimas elevaciones de la presión arterial. La Proteinuria y los edemas son significativos y se presentan en conjunto con variadas formas de Insuficiencia cardíaca y/o renal.[13]

- **Fisiopatología**

A pesar de múltiples estudios realizados, la causa precisa del origen de la preeclampsia aún no está esclarecida. Existe, sin embargo, una serie de hechos que se encuentran presentes en la enfermedad entre los que se destacan como agentes patogénicos una falla en la migración del trofoblasto y un defecto en la placentación que origina diferentes alteraciones inmunogenéticas e isquemia uteroplacentaria. Todo esto en el contexto de determinados factores genéticos, étnicos, nutricionales, sobrepeso, dislipidemia e incremento de la homocisteína, establece un cuadro de hipoperfusión placentaria con liberación de elementos tóxicos circulantes, aumento del estrés oxidativo y aparición de disfunción endotelial, lo que precipita un cuadro de vaso espasmo generalizado, que a su vez genera lesión glomerular con proteinuria, hipertensión arterial, isquemia hepática (alteración de las transaminasas), trombocitopenia y hemólisis e isquemia del sistema nervioso central con convulsiones (eclampsia).[14]

---

[13] *www.geosalud.com/hipertension/hipertensionembarazo.(2005)*
[14] **Robert JM, Cooper DV. Pathogenesis and genetic of preeclampsia. Lancet. 2004;357:53-6 .**

5.2.3.5.Hipertensión Crónica

Se define como la hipertensión Arterial (Igual ó Mayor a 140/90) que está presente y es observable previa al embarazo ó que se diagnostica antes de la 20a. semana de gestación.

La hipertensión que se diagnóstica desde el comienzo del embarazo y que persiste más allá del día 42 posterior al parto también debe clasificarse como Hipertensión crónica.

Dada la disminución de los niveles tensionales que ocurren en las hipertensas durante el primer trimestre del embarazo es importante no confundir como Preeclámptica

- **Síndrome HELLP**

Es un grupo de síntomas que se presentan en las mujeres embarazadas que padecen:[15]

- (H de "hemolysis" en inglés): hemólisis (la descomposición de glóbulos rojos)
- (EL de "elevated liver enzymes" en inglés): enzimas hepáticas elevadas
- (LP de "low platelet count" en inglés): conteo de plaquetas bajo.

- **Causas, incidencia y factores de riesgo**

No se ha encontrado una causa para el síndrome HELLP.

Este síndrome se presenta en aproximadamente 1 a 2 de cada 1,000 embarazos y en el 10-20% de las mujeres embarazadas con preeclampsia o eclampsia severa.

[15] **www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000890.(2005)**

Casi siempre, el síndrome se presenta antes de que el embarazo esté cerca de las 37 semanas. Algunas veces, se puede manifestar en la semana posterior al nacimiento del bebé.

Muchas mujeres presentan presión arterial alta y se les diagnostica preeclampsia antes de que presenten el síndrome HELLP. Sin embargo, en algunos casos, los síntomas de HELLP son la primera advertencia de preeclampsia y la afección se diagnostica erróneamente como:

- Gripe u otra enfermedad viral
- Colecistopatía
- Hepatitis
- Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI)
- Reagudización del lupus
- Púrpura trombocitopénica trombótica

Síntomas

- Fatiga o no sentirse bien
- Retención de líquidos y aumento de peso en exceso
- Dolor de cabeza
- Náuseas y vómitos que siguen empeorando
- Dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen
- Visión borrosa
- Sangrado nasal u otro sangrado que no para fácilmente (raro)
- Crisis epiléptica o convulsiones (raro)

Signos y exámenes

Durante el examen físico, el médico puede descubrir:

- Sensibilidad abdominal, especialmente en el cuadrante superior derecho
- Agrandamiento del hígado
- Hipertensión arterial
- Hinchazón en las piernas

Las pruebas de la función hepática (enzimas hepáticas) pueden estar altas y los conteos de plaquetas pueden estar bajos. Una tomografía computarizada puede mostrar sangrado dentro del hígado.

Se realizarán exámenes sobre la salud del bebé.

Tratamiento

El tratamiento principal es dar a luz al bebé lo más pronto posible, incluso si éste es prematuro. Los problemas con el hígado y otras complicaciones del síndrome HELLP pueden empeorar rápidamente y ser dañinos tanto para la madre como para el bebé.

El médico puede inducir el parto administrando fármacos para iniciar el trabajo de parto o puede llevar a cabo una cesárea.

Usted también puede recibir:

- Una transfusión de sangre si los problemas de sangrado se tornan graves
- Cortico esteroides para ayudar a que los pulmones del bebé se desarrollen más rápido

- Medicamentos para tratar la hipertensión arterial

Expectativas (pronóstico)

Cuando la enfermedad no se trata oportunamente, hasta 1 de cada 4 mujeres afectadas presenta complicaciones serias. Sin tratamiento, un pequeño número de mujeres muere.

La tasa de mortalidad entre bebés nacidos de madres con síndrome HELLP depende del peso al nacer y del desarrollo de los órganos del bebé, especialmente de los pulmones. (Ver también: prematuridad).

El síndrome HELLP puede retornar hasta en 1 de cada 4 embarazos futuros.

Complicaciones

Puede haber complicaciones antes y después de dar a luz al bebé, incluyendo:

- Coagulación intravascular diseminada (CID), un trastorno de coagulación que lleva a sangrado excesivo (hemorragia)
- Líquido en los pulmones (edema pulmonar)
- Insuficiencia renal
- Insuficiencia y hemorragia del hígado
- Separación de la placenta de la pared uterina (desprendimiento prematuro de placenta)

Después de que el bebé nazca y el síndrome HELLP tenga tiempo para mejorar, la mayoría de las complicaciones desaparecerán.

Situaciones que requieren asistencia médica

Si se presentan síntomas del síndrome HELLP durante el embarazo:

- Consulte con el obstetra de inmediato
- Llame al número local de emergencias (como el 911 en los Estados Unidos)
- Acuda al servicio de urgencias

Aunque no existe una forma conocida de prevenir el síndrome HELLP, es importante que todas las mujeres embarazadas comiencen los cuidados prenatales de manera temprana y los continúen a través del embarazo. Esto le permite al médico encontrar y tratar oportunamente afecciones como este síndrome.

5.2.4. MANEJO DE COMPLICACIONES DE LOS TRASTORNOS HIPEERTENSIVOS Y SINDROME DE HELLP HEMATOMAS SUBCAPCASULAR HEPATICO.

Hematomas subcappular hepático presencia de sangre libre entre el parénquima hepático y la capsula de Glisson, debido a la confluencia de micro hemorragias provocadas por la a necrosis hemorrágica periportal. La ruptura del hematoma produce alta morbilidad y mortalidad por el shock hipovolemico subsiguiente.

DIAGNOSTICO DE HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPATICO.

DIAGNOSTICO.

ANAMNESIS- EXAMEN FISICO

- Diagnostico o sospechas diagnostica de preeclamsia – eclampsia complicada con síndrome de HELLP.

- Presencia del dolor epigástrico o en abdomen superior a pesar del tratamiento con sulfato de magnesio y antihipertensivo.

- Signos de hipovolemia o anemia aguda, pulso rápido y débil (110 por minuto o más).

- Presión arterial baja (sistólica <90mmHg).

- Además incluyen palidez a conjuntivas, palmas de las manos y peri bucal, sudoración piel fría y húmeda de 30 0 más por minuto, ansiedad, confusión o inconsciencia, oliguria menos de 30 ml por hora, cifras tensiónales persistentemente alta, signos de peritonismo por hemoperitoneo, visualización transquirurgica de hematoma.

EXAMEN DE LABORATORIO.

- Visualización del hematoma por imagen, ecografía, TACM, RM.

- Caída del hematocrito – hemoglobina.

- Pruebas de función hepática elevadas.

5.2.5. HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO PLACENTA PREVIA.

Las hemorragias de la segunda mitad del embarazo, se acompañan de mal pronóstico perinatal. La mortalidad perinatal es cinco veces mayor en estos casos.

PLACENTA PREVIA:

Es una de las causas más frecuentes de hemorragia en la segunda mitad del embarazo.

La hemorragia provocada por esta patología puede ser en ocasiones graves, llevando a la paciente al shock hipovolémico; otras veces, la pérdida puede ser insidiosa y escasa, con mínima repercusión sobre la salud materno-fetal.

Definición: se entiende por placenta previa, la implantación de la placenta en el segmento inferior del útero, pudiendo interponerse totalmente a la presentación fetal. Existen varias formas de clasificar el proceso, la más aceptada relaciona la situación placentaria con el orificio cervical.

Se diferencian 4 tipos básicos de placentas previas:

- Tipo I. Placenta previa oclusiva total (centro por centro). La placenta cubre el OCI totalmente, habitualmente se la llama Placenta central.
- Tipo II. Placenta previa parcial. Cubre parte del OCI.
- Tipo III. Placenta previa marginal. El borde placentario llega justo al OCI.
- Tipo IV. Placenta previa lateral. El borde placentario se implanta en el segmento inferior uterino, pero no llega al OCI.

Aunque se asume que cuanto más cubra la placenta el OCI, mayor será la hemorragia, cualquier tipo será de cuidado, ya que, una placenta marginal o lateral, puede cursar el embarazo sin clínica, y desencadenar una hemorragia importante durante el trabajo de Parto.

Diagnóstico era radiológico, hoy en día el diagnóstico de certeza lo da la ecografía; su rapidez, inocuidad y seguridad, la definen como técnica complementaria diagnóstica de elección. Hay que establecer el diagnóstico diferencial con el

abruptio placentae. Se debe tener en cuenta: la forma de inicio de los síntomas, metrorragia, dolor, consistencia del útero, palpación de partes fetales, percepción vaginal de la placenta (por tacto= almohadillado placentario), signos de afectación materna y fetal.

En cuanto al tratamiento, los hechos han mejorado el pronóstico y contribuido a reducir la mortalidad perinatal; por un lado el tratamiento conservador en casos de hemorragias leves, y por otro, la intervención de la cesárea abdominal, frente al parto vaginal. Con esto, la mortalidad materna que oscilaba en alrededor del 25-30%, ha disminuido en los últimos 5 años por debajo del 1%, y con respecto de la mortalidad perinatal, del 60-70% ha disminuido a menos del 15%.

El manejo de la placenta previa debe seguir el algoritmo que se describe abajo, se debe tener presente que el ingreso hospitalario de la paciente debe ser inmediato.

Se debe controlar al principio:

1) Signos vitales maternos.

2) Signos vitales fetales: LCF, NST (CASA).

3) Colocar PHP alternando solución fisiológica y solución de dextrosa al 5%.

4) Control de dinámica uterina.

5) Administración de profilaxis anti D si la madre es Rh (-)

6) Laboratorio de control: hemograma, coagulograma, VDRL.

7) Solicitar sangre por lo menos 4 Unidades para reserva.

Posteriormente se debe controlar (cuando ya no haya sangrado o sea escaso):

• Control de signos vitales por turno.

• Control de la pérdida hemática.

• Coagulograma seriado si la pérdida es abundante.[16]

5.2.5.1. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

CAUSAS	DPPNI	PLACENTA PREVIA	ROTURA UTERINA
CARACTERISTICAS			
HEMORRAGIA	Oculta o Externa	Externa	Oculta o Externa
SANGRADO-INICIO	Brusco	Insidioso	Brusco
SANGRADO-COLOR	Rojo oscuro	Rojo rutilante	Rojo
HIPERTENSION	Frecuente	No	No
SHOCK	Frecuente GII-III	Ocasional	Frecuente
DOLOR	Si	No	Si
UTERO	Hipertónico GII-III	Relajado	No se palpa
COMPROMISOFETAL	Frecuente Obito en GIII	Infrecuente	Frecuente

5.2.6. HEMORRAGIA DE LA TERCERA ETAPA DEL PARTO

SANGRADO DE LA TERCERA ETAPA DE LABOR DE PARTO.

Hemorragia que sucede luego del nacimiento del producto.

[16] www.med.unne.edu.ar/posgrado/cursomedgral/clases/251106ec.pdf.(2005)

HEMORRAGIA POSPARTO INMEDIATO

.E s la perdida sanguínea mayor a 500ml en las primeras 24 horas, o la presencia de signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica o necesidad de transfusión sanguínea.

HEMORRAGIA POS PARTO TARDIA.

Es el sangrado que se presenta después de las 24 horas hasta seis semanas después del parto.

DIAGNOSTICO.

- Puerpeio inmediato o mediato.
- Alumbramiento completo o incompleto.
- Sangrado genital abundante >500cc.

SHOCK HIPOVOLEMICO.

- Pulso rápido y débil (110 por minuto o mas)
- Presión arterial baja(sistólica menor de 90mmHg) además incluyen.
- Palidez conjuntivas, palmas de la mano y peri bucal.
- Sudoración o piel fría y húmeda.
- Respiración rápida de 30 o más por minuto.

EXAMEN FISICO.

ATONIA-HIPOTONIA UTERINA.

- Hemorragia postparto inmediata.
- Útero blando y no contraído posparto.

DESGARROS DEL CUELLO UTERINO, LA VAGINA O EL PERINEO.

- Hemorragia posparto inmediata.
- Útero contraído

REETENCION DE PLACENTA.

- No se expulsa la placenta dentro del los 30 minutos después de parto.
- Hemorragia posparto inmediata.
- Útero contraído

RETENCION DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS.

- Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas vascularizadas.
- Hemorragia posparto inmediata.
- Útero contraído

SHOCK HIPOVOLEMICO.- Incapacidad del aparato circulatorio para mantener el riesgo sanguíneo a los órganos vitales.

ATONIA HIPOTONIA UTERINA.- Disminución o pérdida de la tonicidad del útero luego del periodo expulsivo que determina hemorragia.

DESGARROS DEL CANAL DEL PARTO: CUELLO, VAGINA O PERINE.

Hemorragia que se presenta luego del parto en presencia de útero bien contraído, el sangrado suele ser de menor cuantía, pero constante, de sangre más roja, puede comenzar después del expulsivo y ante eso después del alumbramiento.

RETENCION DE PLACENTA.

Alumbramiento placentario que no ocurre luego de 30 minutos posparto con abundante sangrado, pese a realizar manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto.

RETENCIÓN DE FRAGMENTOS PLACENTEROS.

Alumbramiento placentario incompleto que provoca, sangrado uterino persistente, la inspección de la placenta con ausencia de porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas vascularizadas es diagnóstica.

Puede provocar sangrados tardíos del posparto.

INVERSION UTERINA.

Eversión uterina que se caracteriza por la presencia, junto a la hemorragia de una masa violácea haciendo protrusiones introito, vagina en cérvix, junto a dolor y signos o síntomas de shock excesivo para la cantidad de sangrado.

ROTURA UTERINA.

Presencia de una solución de continuidad en la pared del útero gestante, puede ser espontánea o traumática, completa o incompleta.

Ver hemorragia de la segunda mitad del embarazo

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

La rotura prematura de membranas ovulares (RPM) se define como la solución de continuidad espontánea de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto. La RPM puede ocurrir en cualquier momento de la gestación, pero se asocia a mayor morbilidad cuando ocurre en el embarazo de pretérmino. Ella representa la condición asociada a aproximadamente un tercio de los partos prematuros. [17]

RUPTURA PREMATURA PRETERMINO DE MENBRANAS.

Se presenta antes de las 37 semanas de gestación.

RUPTURA PREMATURA A TÉRMINO DE MEMBRANAS.

Ruptura prematura prematura a término de membranas (mayor de 37 semanas).

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA PROLONGADA

Hidrorrea que se prolonga por 24 horas antes del parto.

CORIO AMNIONNITIS.

Infección de las membranas naso vascular y líquido amniótico. Cursa con fiebre elevada, hidrorrea de mal olor o purulenta y leucocitosis.

[17] escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/RPM.(2005)

HIDRORREA.

Salida de líquido amniótico a través del cérvix

DIAGNOSTICO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

El diagnóstico es realizado la mayoría de las veces por la propia madre y certificado por el médico al observar el escurrimiento de una cantidad variable de LA por la vagina. En ocasiones es necesario recurrir a procedimientos complementarios. El primero de ellos es la especuloscopía, que permite apreciar salida de LA a través del orificio externo del cuello uterino en forma espontánea o a través de la compresión manual del abdomen materno que moviliza el polo fetal pelviano de modo de facilitar la salida de líquido. Cuando el diagnóstico es evidente, la altura uterina es menor que en los controles previos y las partes fetales se palpan con facilidad.

En un número menor de casos deben agregarse a los procedimientos mencionados (anamnesis, examen físico y especuloscopía).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	FRECUENCIA	CARACTERISTICA
Leucorrea	Frecuente	Flujo genital blanco amarillento, infeccioso, asociado a prurito.
Incontinencia urinaria	Frecuente	Frecuente en segunda mitad del embarazo, especialmente en multíparas (por relajación perineal y rectocistocele). Descartar ITU.

Eliminación tapón mucoso	Frecuente	Fluido mucoso, a veces algo sanguinolento.
Rotura de quiste vaginal	Infrecuente	Pérdida brusca de líquido cristalino por vagina. Al examen se observa cavidad pequeña en paredes vaginales (raro).
Hidrorrea decidual	Infrecuente	Primera mitad del embarazo. Líquido claro con tinte amarillo, a veces sanguinolento. Desde espacio entre decidua parietal y refleja, que se fusiona entre las 16 y 18 semanas.
Rotura de bolsa amniocorial	Infrecuente	Raro; de espacio virtual entre corion y amnios; se produce por delaminación de este último.

MANEJO ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

1. *Casos en que el diagnóstico es dudoso*

- Hospitalización
- Reposo relativo
- Apósito genital estéril
- Laboratorio: Recuento de leucocitos maternos y examen ultra- sonográfico.
- Reevaluación en 24-48 hrs para decidir alta o manejo como RPM

2. RPM en embarazos de 34 o más semanas

La conducta en este grupo es la interrupción del embarazo. Ella se justifica considerando que sobre esta edad gestacional normalmente existe madurez pulmonar fetal; además, la infección es la causa más frecuente de mortalidad perinatal y, por otra parte, existe una relación directa entre período de latencia e infección ovular.

Respecto a la vía de parto, se practica cesárea en casos de presentación distócica, sufrimiento fetal, prolapso de cordón, cesárea anterior en ausencia de modificaciones cervicales u otras indicaciones obstétricas. En las demás instancias se ofrece a la paciente la vía de parto vaginal. A este respecto, la información disponible en la literatura señala que el manejo expectante se relaciona con aumento significativo de la morbilidad infecciosa neonatal.

Una vez decidida la posibilidad de parto vaginal debe practicarse un examen obstétrico para definir las condiciones del cuello uterino. Realizada la evaluación obstétrica inicial, iniciamos la inducción ocitócica. Pensamos que hay razonable evidencia de que ella no debe iniciarse más allá de 6 horas después de la rotura de las membranas en presencia de cuello inmaduro.

3. RPM en embarazos de menos de 34 semanas.

La conducta más frecuentemente utilizada en este grupo ha sido expectante, basada en la observación de la unidad feto-placentaria, procurando alcanzar madurez

pulmonar fetal, y haciendo énfasis en la detección precoz de signos de infección ovular.

Recomendaciones al ingreso de la paciente

Se practica especuloscopía, la que permite verificar el diagnóstico, obtener cultivos cervicales y de fondo de saco vaginal, aproximar las condiciones cervicales y obtener muestra de LA para detección de fosfatidilglicerol. Se omite el tacto vaginal y se procede a aseptizar el canal.

5.2.7. TRABAJO DE PARTO PRETERMINO.

PARTO PRETERMINO.

Nacimiento de un infante antes de las 37 semanas cumplidas de gestación. Ocurren en 5-10% de embarazo.

El trabajo de parto de pre término es definido como la presencia de contracciones regulares y modificaciones cervicales antes de las 37 semanas de gestación. El trabajo de parto de pretérmino espontáneo es responsable del 40 al 50 % de los partos de pretérmino aproximadamente, mientras que el resto de estos nacimientos resultan de la Rotura Prematura de Membranas (RPM) (25 a 40 %) y de indicaciones de interrupción del embarazo antes del término (20 a 25 %).[18]

[18] www.geosalud.com/embarazo/embarazopretermino.(2005)

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO.

Contracciones uterinas (por lo menos 3 en 30 minutos), sin cambios cervicales mayores con dilatación menor 3cm antes de las 37 semanas (259 dias desde la FUM).

5.2.7.1. DIAGNOSTICO DE LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO.

Frente a una paciente que nos consulta por sintomatología compatible con dinámica uterina y en la que se objetiva dinámica uterina regular, se deben realizar sistemáticamente y de manera ordenada:

− Anamnesis dirigida

− Exploración física (descartar otro posible foco que dé origen al dolor, fiebre, peritonismo, puño percusión)

− Exploración obstétrica:

1. Comprobar frecuencia cardiaca fetal positiva.
2. Valoración del abdomen (altura uterina, estática fetal, irritabilidad uterina...).
3. Especulum: visualización del cérvix (descartar amniorrexis, metrorragias...).
4. Tomar muestras para cultivo: Previo al tacto vaginal.

- Frotis rectal y vaginal (1/3 externo de vagina) para SGB.
- Frotis endocervical.
- Extensión de frotis vaginal en porta para Gram (sin fijar).

- Sedimento y urinocultivo

5. Ecografía transvaginal: medición de la longitud cervical (con vejiga vacía, sin presionar excesivamente con el transductor, con contracción o presión fúndica y escoger la menor de 3 mediciones).

6. RCTG: confirmar la presencia de dinámica uterina y descartar signos de pérdida del bienestar fetal.

7. Analítica (Hemograma, bioquímica básica, coagulación y PCR).

8. Amniocentesis (aplicar según como se indica en el apartado de –manejo‖): se informará a la paciente de la conveniencia de la prueba para descartar la infección/inflamación intraamniótica y de los riesgos de la prueba (< 1% de RPM). Previo consentimiento informado y evaluando el estado serológico materno, se realizará con aguja de 22G una amniocentesis de la que se extraerán 20cc para determinar:

- Glucosa
- FLM (valorar según la edad gestacional)
- Leucocitos
- Tinción de Gram
- Cultivo de líquido amniótico aerobios y anaerobios
- Cultivo de micoplasmas
- Cariotipo (valorar según edad gestacional) [19]

[19] www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_y_obstetrica/Amenaza_parto_pretermino.pdf. (2004)

5.3. LA ENFERMERA ANTE LAS SITUACIONES DE RIESGOS OBSTÉTRICOS EN PACIENTES CON TRABAJO DE PARTO.

A la enfermera desde su origen se le ha atribuido el cuidado y la atención de niños, mujeres embarazadas y ancianos, por lo que conforme la profesión ha avanzado en los niveles educativos ha logrado que el cuidado que otorga sea especializado de acuerdo con cada etapa de la vida.

A partir de la creación de la figura de la enfermera partera y la incorporación de los conocimientos científicos, técnicos, y los valores éticos derivados de la filosofía de la enfermería, su práctica se constituye en un ejercicio profesional independiente y responsable, que contribuye a garantizar una atención perinatal de calidad, proporcionando los cuidados personalizados e integrales a través de instrumentar las etapas del ‒Proceso de Atención de Enfermería‖ (valoración, planeación, ejecución, y evaluación).

La enfermera obstetra cuenta con una formación profesional que le permite comprender los factores que condicionan la calidad de vida, analizar la realidad nacional y los problemas de salud reproductiva para definir su participación en el desarrollo de estrategias y acciones que requieren estos problemas de salud. Así mismo, está preparada para diseñar o implementar los métodos para lograr una comunicación efectiva, con los usuarios de sus servicios y con los grupos de trabajo multiprofesional e interprofesionales.[20]

---

[20]**Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Plan de estudios de la licenciatura en enfermeríay obstetricia, México D. F. 2000.**

La enfermera obstetra es el profesional de enfermería que tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo y ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista técnico, de relación interpersonal y de respeto a la interculturalidad de tal forma que se asegure el nacimiento del nuevo integrante de la familia en las mejores condiciones posibles.

Para cumplir efectivamente con su misión la enfermera obstetra cuenta con conocimientos y aptitudes que se traducen en competencias y acciones derivadas de ellas.

Estas competencias se dividen en **específicas y generales;** las primeras están dirigidas a la atención prenatal, del trabajo de parto y parto, del puerperio y del recién nacido; así mismo, se incluyen las competencias para la atención de urgencias obstétricas y neonatales. Dentro de las competencias generales se encuentran las de comunicación, interculturalidad y administrativa.[21]

5.3.1. TAREA DE LA ENFERMERA

Qué debe hacerse en una emergencia, dondequiera que ésta ocurra, es parte importante del papel de la enfermera. La experiencia obstétrica no se incluye en la instrucción básica de enfermería, pero una regla no escrita es que en una situación de urgencia la enfermera debe saber qué hacer.Se supone que la enfermera en una situación de emergencia y de desastre debe asumir papeles que van más alla de sus actividades profesionales diarias, y a menudo más allá de la preparación que recibió

[21] **Donabedian A. La calidad de la atención médica, La Prensa Médica Mexicana, México D. F. 1991.**

en su programa básico de enseñanza. En caso de no contar con la dirección del médico, se espera también que asuma las responsabilidades de atender a diversas víctimas, así como el mando de la situación y que dirija las actividades de los auxiliares menos preparados.

La enfermera que algún día tiene que afrontar un desastre debe estar preparada para salir avante en tal eventualidad, es decir, hacer una revisión de los recursos personales con los que cuenta. Debe prepararse para atender partos de urgencia, revisar periódicamente los mecanismos del trabajo de parto, las fases del mismo, y los signos de comportamiento del nacimiento inminente. Algunos autores han publicado textos muy útiles que muestran paso a paso las maniobras por seguir durante un nacimiento, los cuales pueden obtenerse fácilmente en librerías, junto con una colección de obras referentes a los cuidados de la salud, o pedirse prestadas en alguna biblioteca. Las enfermeras también deben conocer en detalle los recursos con que cuenta la comunidad y su programa contra desastres.

Por supuesto, siempre será responsable de las acciones que se esperan de una persona razonable y prudente con sus conocimientos y experiencia. Es necesario hacer todos los esfuerzos para buscar la consulta y la asistencia médica, tan pronto sea posible. Hay que llevar un registro de las observaciones y actividades realizadas. La información mínima concerniente a un nacimiento debe incluir fecha, hora, sexo, nombre de los padres, complicaciones y la persona que atendió el parto.

La enfermera ante un nacimiento de urgencia, debe recordar que el bebe por lo general nace sin ayuda. Si existen dudas respecto a lo que debe hacerse es mejor no hacer nada. La frase "en primer término no dañar" siempre será una guía adecuada.

Las medidas orientadas a proporcionarle comodidad y el auxilio corporal ayudan a la madre a superar la experiencia del parto, pero las principales contribuciones son la tranquilidad y el apoyo moral que le brinde la enfermera.[22]

5.4. Factores motivacionales en el personal de enfermería que influyen en la asistencia a capacitaciones de educación continua.

El acelerado avance en innovaciones tecnológicas y científicas médicas, han ocasionado que el conocimiento y las habilidades profesionales en un corto plazo se tornen obsoletas, estableciendo con ello la importancia que tiene el mantener capacitado y actualizado al personal de enfermería, por lo que la educación continua es una opción que se ha convertido cada vez más en algo esencial para garantizar la práctica de enfermería de calidad.

La Asociación Americana de Enfermeras, define a la educación continua como actividades educativas planeadas para construir la base educativa y de experiencia para las enfermeras profesionales, para fortalecer la práctica, en educación, administración, investigación o desarrollo de la teoría para mejorar la salud de los usuarios. También se describe a la capacitación como un proceso activo y permanente que consiste en adquirir, mantener renovar, reforzar, actualizar e incrementar los conocimientos, las destrezas y las actitudes que le permitan al personal de salud enfrentar y resolver o en su caso contribuir a la mejora de los problemas, a fin de preservar y mejorar la competencia y actitudes del personal que ha terminado su instrucción formal.

[22] **helid.digicollection.org/en/d/Jph29/19.(2005)**

Se ha demostrado que existe una relación directa entre la asistencia a los programas de educación continua y la mejora de la práctica de enfermería.

Además, los resultados de una alta productividad de los empleados entrenados apropiadamente, hace que disminuyan los accidentes o errores de trabajo, mejora el clima organizacional, la satisfacción en el trabajo y se obtienen mejores resultados en los pacientes.[23]

La transformación en la educación de enfermería requiere de nuevos procesos para enfocar la formación desde una perspectiva más integral, esto demanda cambios en la estructura organizativa de los programas de formación así como la orientación del currículum hacia las competencias que deben desarrollar estos profesionales para dar solución a los problemas más relevantes. Las competencias se desarrollan en el marco del trabajo en equipo por lo que el aprendizaje debe darse desde la formación del profesional en este ámbito, esto facilita interrelacionar las competencias propias con las competencias que son comunes al equipo. Esta forma de elaboración del programa también da cabida a la incorporación del cursista al proceso de investigación como vía en la producción de nuevos conocimientos que contribuyan a la transformación de la práctica en los servicios de salud.

El avance que se produce constantemente en las biociencias y en el campo de la salud pública requiere de un personal de enfermería cada vez más capacitado tanto en la esfera del conocimiento como de las habilidades para poder abordar los roles propios de la profesión, por lo que el desarrollo de los programas a partir de la

[23]**Bartels JE. Education nurses for the 21st century. NursHealthSci 2005; 7(4): 221-5.**

identificación de las nuevas competencias necesarias, es una opción de gran valor que debe ser tomada en consideración, por lo que este trabajo persigue el propósito de mostrar la importancia de abordar las competencias para la planificación de los programas de capacitación en enfermería. [24]

5.4.1. IMPORTANCIA DE LA CAPACITACIÓN EN ENFERMERÍA

El recurso humano se considera factor básico en el éxito de cualquier organización y elemento crucial para la competitividad de las instituciones. Autores como Chiavenato (1995) y Hampton, Lummer y Webber (1990) afirman que el factor humano constituye la parte dinámica de la organización; es el que tiene capacidad para obtener nuevos conocimientos, para desarrollar habilidades y modificar actitudes y comportamientos. Es más, el ser humano es el único elemento dentro de la organización, que está dotado de potencial para adquirir destrezas y cualidades esenciales, que coadyuven a llenar los vacíos que en un momento dado pueda presentar la organización.

Dentro de este contexto, Chiavenato (1995) define la capacitación como "La educación tendiente a ampliar, desarrollar y perfeccionar a las personas para su crecimiento profesional en determinada carrera en la empresa, o para que se vuelva más eficiente y productivo en su cargo... busca proporcionar a las personas aquellos conocimientos que trasciende lo que se exige en el cargo actual, preparándolo para que asuma funciones más complejas y numerosas".

---

[24]Alvarez Zayas C. Fundamentos Teóricos de la dirección del proceso docente educativo en la Educación Superior Cubana. La Habana: MES;2005.

Lo anterior lleva a asociar la importancia de la capacitación con conceptos administrativos, tales como desarrollo profesional, productividad, eficiencia y su relación con el desarrollo organizacional, que se ocupa de mejor a largo plazo la eficiencia de las organizaciones.

De igual manera, las instituciones y los seres humanos debemos conceptuar la capacitación, como una inversión necesaria, debido al carácter compensatorio que tiene para la organización y su devenir en incentivos personales.

Desde el punto de vista administrativo, la formación es una responsabilidad de línea y una función de staff, implícita en la tarea general de todos los niveles, y a la vez, tienen un alto componente político[25].

[25] **www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v24n1/art2.**

6. HIPÓTESIS

6.1. Hipótesis General

El rol de la enfermera influyo en pacientes en trabajo de parto que presentan complicaciones obstétricas.

6.2. Hipótesis Específica

El nivel conocimientos de la enfermera incidió en situaciones de riesgos en pacientes con trabajo de parto incidirá en el hospital General de Jipijapa.

La determinación de la planificación de las acciones de enfermería, según el diagnóstico de la paciente de parto influyo en las complicaciones obstétricas.

La formación académica de la enfermera ayudo en el área de gineco - obstétrica

7. OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

7.1. Variable Dependiente:

Rol de la enfermera en pacientes con trabajo de parto

7.2. Variable Independiente:

Complicaciones obstétricas

Indicadores

- Enfermera (o)
- La enfermera situaciones de riesgo obstétricos.
- Factores motivacionales en el personal.
- Riesgo en pacientes con trabajo de parto.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Hipótesis No. 1: Rol de la enfermera

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITENS	INSTRUMENTOS
Rol de la enfermera	La enfermería tiene la responsabilidad de cuidar la salud de las personas y tiene que poner a las personas en la mejor forma posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ella	Enfermera(0S) Profesional	Enfermera(os)	¿Diga usted que tiempo tiene laborando en el servicio actual y cuál es su función? Se presenta a menudo situaciones de riesgo de paciente con trabajo de parto Cuáles son las complicaciones obstétricas que más se presenta	Cuestionario de Preguntas Observación directa del área de investigación.

Hipótesis No. 2 Complicaciones obstétricas

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTOS
Complicaciones obstétricas	Refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial.	Embarazo - parto	La enfermera antes situaciones de riesgos obstétricos con pacientes de trabajo de parto Factores motivacionales en el personal de enfermería que influyen en la asistencia a capacitaciones de educación continua.	Conoce usted en que consiste la prueba de coagulación junto a la cama Ante una complicación obstétrica se encuentra capacitada usted, para actuar inmediatamente con la paciente Han recibido algún tipo de capacitación sobre el rol de la enfermera al momento que la paciente de parto presenta complicaciones obstétricas Le gusta que le capaciten en temas relacionados con las complicaciones obstétricas Sabe usted, lo que significa las siglas CONE	Cuestionario de Preguntas Observación directa del área de investigación.

Hipótesis No.3: Pacientes en trabajo de parto

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTOS
pacientes en trabajo de parto	El Trabajo de parto se define como una serie de procesos activos (contracciones y pasivos (dilatación cervical) que una vez iniciados culminan con el nacimiento.	Riesgos de parto	Riesgos en pacientes con trabajo de parto	Cuál es su intervención antes la presencia de unas complicaciones obstétricas Enumere según su prioridad los cuidados de emergencia le brindaría a la paciente que presenta complicaciones obstétricas	Cuestionario de Preguntas Observación directa del área de investigación.

8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1. Población y Muestra.

El presente trabajo de investigación se lo realizó a las 44 enfermeras, divididas en 23 enfermeras profesionales, 4 enfermeras rurales y 16 auxiliares de enfermería que laboran en el Hospital General Jipijapa.

8.2. Recursos.

Para el presente trabajo de investigación, se contó con los recursos humanos, materiales y financieros que fueron factores muy importantes para el desarrollo de la misma.

8.2.1. Humanos.

- Investigadora
- Directora de tesis.
- Comisión de profesionalización.
- Profesionales en formación.
- Enfermeras del Hospital General Jipijapa
- Embarazadas

8.2.2. Materiales.

- Textos, libros, bibliografía, folletos
- Computador, internet, impresiones, pendrive
- Tesis de investigaciones realizadas
- Papelería y material de escritorio
- Transporte

8.3. Tipo de estudio

Para llevar a efecto el desarrollo de esta investigación se realizó a través del método inductivo que procede a la clasificación sistemática de los datos obtenidos durante la observación con el fin de determinar las regularidades que presentan. Este método permitió analizar una serie de hechos y acontecimientos de carácter particular para llegar a conocer generalidades que sirven como referentes de la investigación.

8.4. Técnicas e instrumentos

8.4.1. Técnicas

Las técnicas que se utilizaron en esta investigación fueron:

- Reconocimiento del área
- Observación
- Cuestionario de encuestas
- Entrevista
- Toma de datos

8.4.2. Instrumentos

- Cámara fotográfica.
- Cuaderno, lápiz, pluma

8.5. Proceso metodológico de la investigación.

Identificar el nivel de los conocimientos de la enfermera para actuar en situaciones de riesgo en pacientes con trabajo de parto en el hospital General de Jipijapa.

Este objetivo se lo desarrolló mediante un cuestionario de preguntas aplicadas a las enfermeras del Hospital General Jipijapa, según anexos No. 1

Determinar la planificación de las acciones de enfermería, según el diagnóstico de la paciente de parto con complicaciones obstétricas.

Este objetivo se lo realizo mediante registros de pacientes que acuden a la consulta con la gineco-obstetra la cual llevan un control de los problemas que presentan; también se tomará en consideración las que llegan de emergencia en proceso de parto, así como las acciones de planificaciones que se realizan según el caso y diagnóstico que presenten en una entrevista realizada al personal de enfermería del hospital General Jipijapa.(anexos 2)

Determinar si existe formación académica de las enfermeras en esa área de gineco-obstetricia.

Para este objetivo al igual que el primero se realizará una encuesta al personal de enfermería del hospital General Jipijapa.

9. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo Específico No. 1:

Identificar el nivel de los conocimientos de la enfermera para actuar en situaciones de riesgo en pacientes con trabajo de parto en el hospital General de Jipijapa.

Para la realización de éste objetivo se aplicó encuestas al personal de enfermería del Hospital General Jipijapa.

1. **¿Diga usted que tiempo tiene laborando en el servicio actual y cuál es su función?**

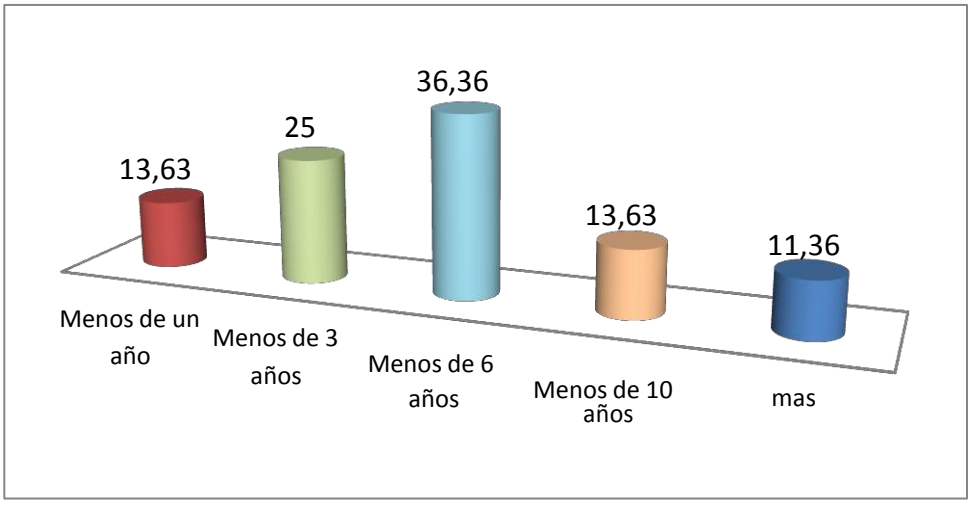
Tabla No.1

Opciones	Frecuencia	Porcentajes
Menos de un año	6	13,63%
Menos de 3 años	11	25%
Menos de 6 años	16	36,36%
Menos de 10 años	6	13,63%
Más	5	11,36%
Total	**44**	100%

Fuente: Enfermeras del hospital General Jipijapa

Elaborado por: Gina Pincay Castro

Gráfico No. 1



Interpretación de resultados

Se observa en el cuadro y gráfico No. 1 que de las 44 enfermeras encuestadas 16 de ellas tienen laborando menos de 6 años correspondiendo así al 36,36%; sin embargo 11 respondieron que tienen menos de 3 años con un 25%; el 13,63% de ellas tienen menos de un año un total de 6 al igual que menos de 10 años 6 de ellas; y más de diez años encontramos sólo 5 con un 11,36%.

2. Se presenta a menudo situaciones de riesgo de paciente con trabajo de parto

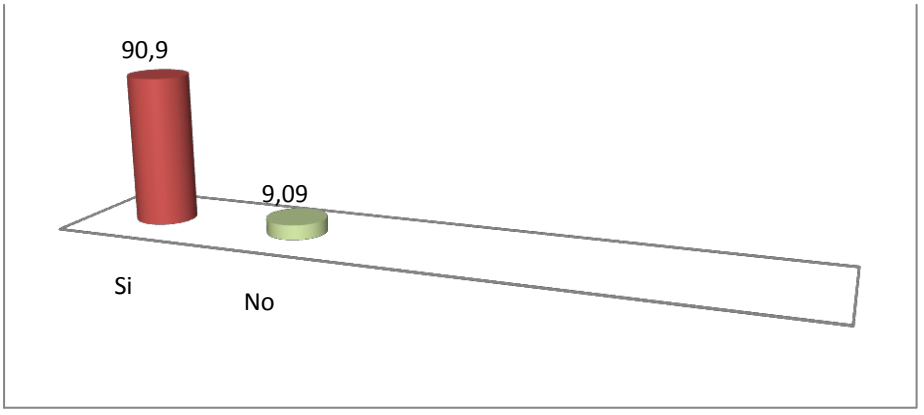
Tabla No. 2

Opciones	Frecuencia	Porcentajes
SI	40	90,90%
NO	4	9,09%
Total	**44**	100%

Fuente: Enfermeras del hospital General Jipijapa

Elaborado por: Gina Pincay Castro

Gráfico No. 2



Interpretación de resultados

De las 44 enfermeras encuestadas 40 dijeron que si se presenta a menudo situaciones de riesgo de paciente con trabajo de parto en un total de 90,90%; y sólo 4 respondieron que no se presentan a menudo en esto es en un total del 9,09%.

3. Cuáles son las complicaciones obstétricas que más se presenta

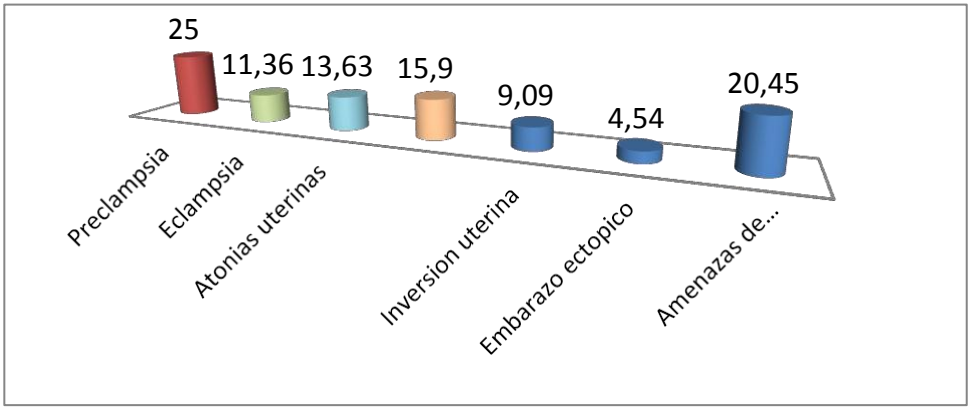
Tabla No.3

Opciones	Frecuencia	Porcentajes
preclampsia	**11**	25
Eclampsia	**5**	11,36
Atonias uterinas	**6**	13,63
Hemorragias parto-posparto	**7**	15,90
Inversión uterina	**4**	9,09
Embarazo ectópico	**2**	4,54
Amenazas de partos prematuros	**9**	20,45
Total	**44**	100%

Fuente: Enfermeras del hospital General Jipijapa

Elaborado por: Gina Pincay Castro

Gráfico No. 3



Interpretación de resultados

11 enfermeras respondieron que las complicaciones obstétricas que más se presenta son preclampsia en un 25%; luego tenemos amenazas de parto prematuro en un 20,45%; 7 respondieron que se presenta hemorragias parto-posparto con una frecuencia del 15,90%; 6 contestaron que atonías uterinas en un 13,63%; 5 dijeron

que eclampsia con un 11,36%; 4 inversión uterina con un 9,09%; 2 respondieron que era un embarazo ectópico en un 4,54%

4. Cuál es su intervención antes la presencia de unas complicaciones obstétricas

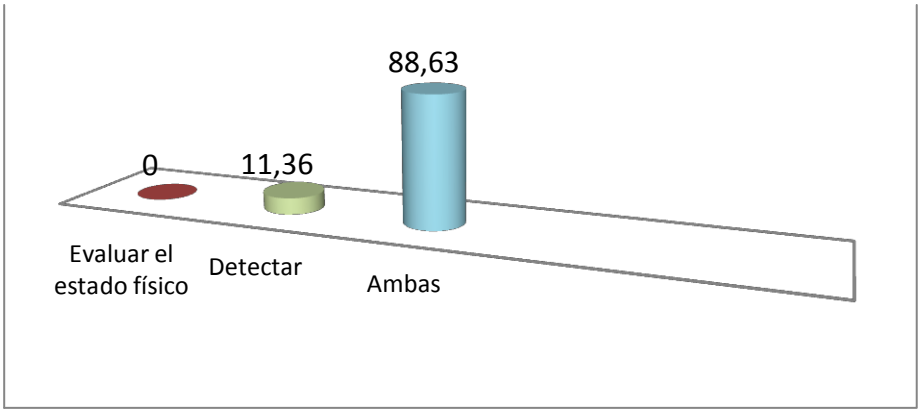
Tabla No. 4

Opciones	Frecuencia	Porcentajes
Evaluar el estado físico, mental y emocional	0	0
Detectar signos y síntomas que presenta la paciente	5	11,36
Ambas	39	88,63
Total	**44**	100%

Fuente: Enfermeras del hospital General Jipijapa

Elaborado por: Gina Pincay Castro

Gráfico No. 4



Interpretación de resultados

De las 44 enfermeras 39 dijeron que su intervención antes la presencia de unas complicaciones obstétricas es evaluar el estado físico, mental y emocional – detectar signos y síntomas que presenta la paciente en un total de 88,63%; y 5 respondieron

que es solamente detectar signos y síntomas que presenta la paciente que es un total de 11,36%

5. Enumere según su prioridad los cuidados de emergencia le brindaría a la paciente que presenta complicaciones obstétricas

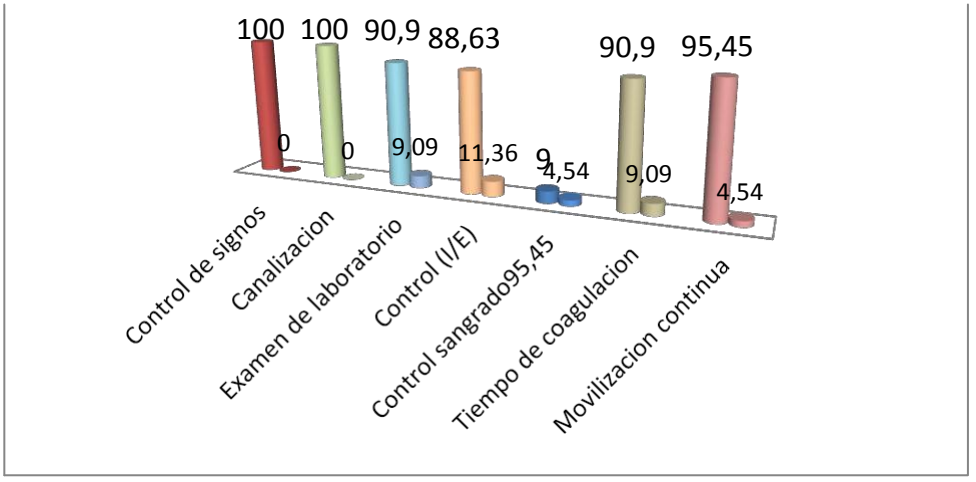
Tabla No.5

Opciones	Frecuencia		Porcentajes	
	Si	No	Si	No
Control de signos vitales	44	0	100%	0%
Canalizar	44	0	100%	0%
Examen de laboratorio	40	4	90,90%	9,09%
Control (I/E)	39	5	88,63%	11,36%
Control sangrado	42	2	95,45%	4,54%
Tiempo de coagulación	40	4	90,90%	9,09%
Movilización continua	42	2	95,45%	4,54%
Total	**44**		100%	100%

Fuente: Enfermeras del hospital General Jipijapa

Elaborado por: Gina Pincay Castro

Gráfico No. 5



Interpretación de resultados

- **Control de signos vitales:**

Las 44 enfermeras encuestadas dijeron que si realizan control de signos vitales en las pacientes con complicaciones obstétricas.

- **Canalizar**

Las 44 enfermeras dijeron realizar en las pacientes con complicaciones obstétricas.

- **Control de sangrado**

42 enfermeras dijeron realizarlo en un 95,45%; y 2 dijeron que no realizan en un 4,54%.

- **Movilización continua**

42 enfermeras dijeron realizarlo en un 95,45%; y 2 dijeron que no realizan en un 4,54%.

- **Exámen de laboratorio**

40 de ellas lo realizan esto equivale a un 90,90%; sin embargo 4 de ellas dijeron no realizarlo en un 9,09%

- **Tiempo de coagulación**

40 de ellas lo realizan esto equivale a un 90,90%; sin embargo 4 de ellas dijeron no realizarlo en un 9,09%

- **Control (I/E)**

Sólo 39 enfermeras dijeron realizarlo en un 88,63% y 5 no lo realizan con un total de 11,36%

6. Conoce usted en que consiste la prueba de coagulación junto a la cama

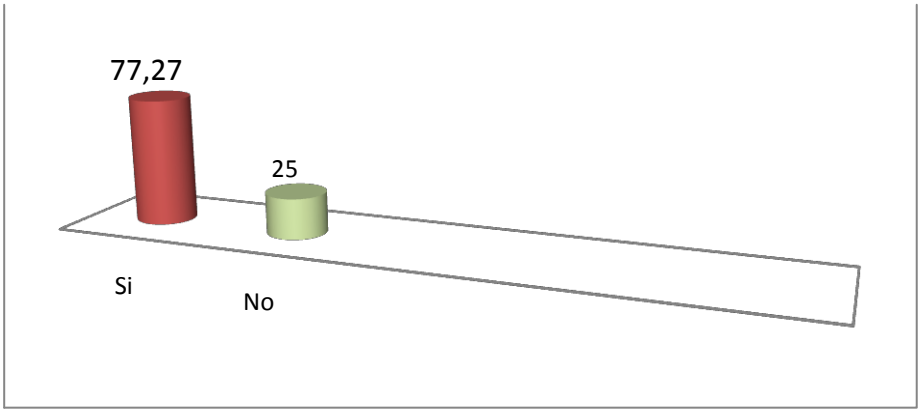
Tabla No. 6

Opciones	Frecuencia	Porcentajes
SI	34	77,27%
NO	11	25%
Total	**44**	100%

Fuente: Enfermeras del hospital General Jipijapa

Elaborado por: Gina Pincay Castro

Gráfico No. 6



Interpretación de resultados

Según cuadro y gráfico No. 6 34 de las enfermeras encuestadas dijeron si conocer en que consiste la prueba de coagulación junto a la cama con un total del 77,27%; y 11 de ellas respondieron que no con un 25%.

7. Ante una complicación obstétrica se encuentra capacitada usted, para actuar inmediatamente con la paciente

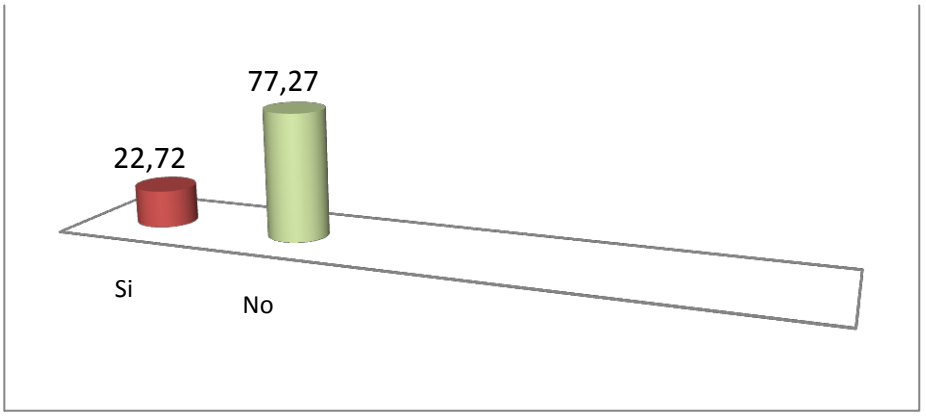
Tabla No. 7

Opciones	Frecuencia	Porcentajes
SI	10	22,72%
NO	34	77,27%
Total	**44**	100%

Fuente: Enfermeras del hospital General Jipijapa

Elaborado por: Gina Pincay Castro

Gráfico No. 7



Interpretación de resultados

34 de las 44 enfermeras encuestadas dijeron que no se encuentran en su totalidad capacitadas para atender como es debido a la paciente ante una complicación obstétrica para actuar inmediatamente.

8. Han recibido algún tipo de capacitación sobre el rol de la enfermera al momento que la paciente de parto presenta complicaciones obstétricas

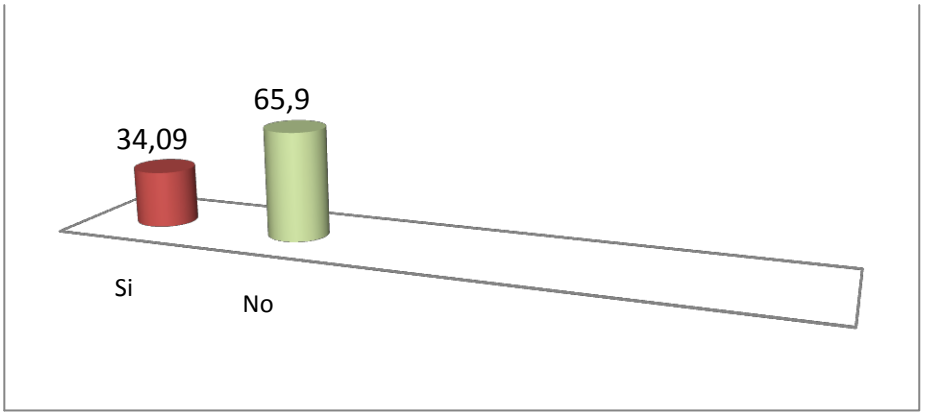
Tabla No. 8

Opciones	Frecuencia	Porcentajes
SI	15	34,09%
NO	29	65,90%
Total	**44**	100%

Fuente: Enfermeras del hospital General Jipijapa

Elaborado por: Gina Pincay Castro

Gráfico No. 8



Interpretación de resultados

La mayoría de las enfermeras no han recibido capacitación sobre el rol de la enfermera al momento que la paciente de parto que presenta complicaciones obstétricas en un 65,90% un total de 29 de ellas y 15 de ellas dijeron haber recibido capacitación en un 34,09

9. Les gusta que le capaciten en temas relacionados con las complicaciones obstétricas

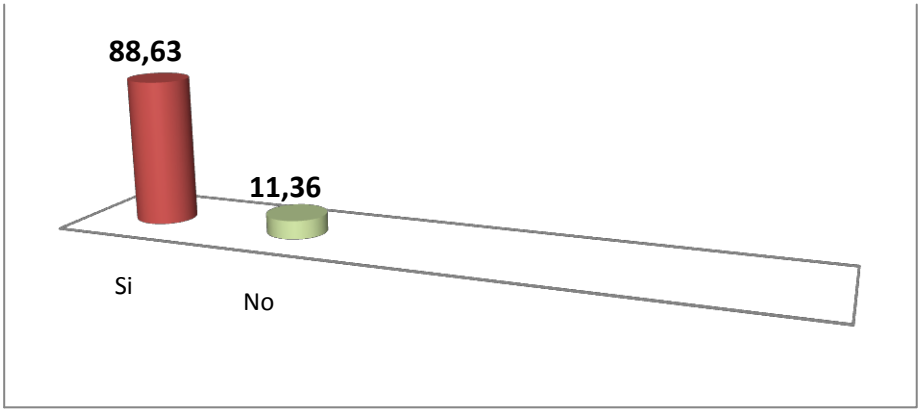
Tabla No. 9

Opciones	Frecuencia	Porcentajes
SI	39	88,63%
NO	5	11,36%
Total	**44**	100%

Fuente: Enfermeras del hospital General Jipijapa

Elaborado por: Gina Pincay Castro

Gráfico No. 9



Interpretación de resultados

39 enfermeras dijeron que si les gustaría que le capaciten en temas relacionados con complicaciones obstétricas en un 88,63%; y dijeron que no 5 de ellas con una frecuencia del 11,36%.

10) Sabe usted, lo que significa las siglas CONE

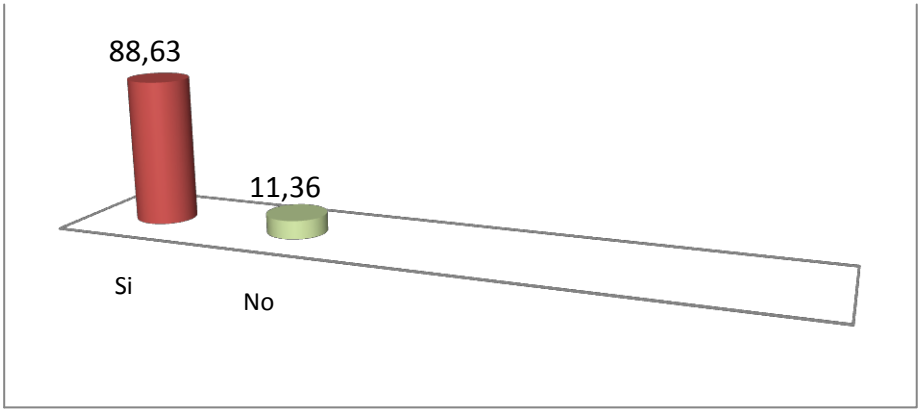
Tabla No. 10

Opciones	Frecuencia	Porcentajes
SI	29	65,90%
NO	15	34,09%
Total	**44**	100%

Fuente: Enfermeras del hospital General Jipijapa

Elaborado por: Gina Pincay Castro

Gráfico No. 10



Interpretación de resultados

29 enfermeras de las 44 encuestadas dijeron saber que es el CONE en un 88,63%; sin embargo 15 dijeron no saber exactamente en un 11,36%.

Objetivo Especifico No. 2:

Determinar la planificación de las acciones de enfermería, según el diagnóstico de la paciente de parto con complicaciones obstétricas.

Para el desarrollo del presente objetivo se realizó:

ENTREVISTA AL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL GENERAL DE JIPIJAPA.

PLANIFICACION DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA SEGÚN EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE CON TRABAJO DE PARTO CON COMPLICACIONES OBSTETRICAS.

Según la entrevista que pude realizar al personal de enfermería, en el hospital general jipijapa, realizan la planificación de acción de enfermería, según el diagnóstico del paciente, y prescripción médica.

Las enfermeras realizan:

- Control de los signos vitales.
- Monitoreo continuo.
- Se le realiza prueba de tiempo de coagulación junto a la cama.
- Canalización de vía con catéter N° 18, o 20, por la emergencia que presenta la paciente con la solución de lactato de ringer a chorro si esta con hemorragia transvaginal.
- Se aplica según prescripción médica ocitocina y misoprostol o cytotec
- Control del sangrado transvaginal.

- Control de ingesta y eliminación
- Si es necesario se transfusión de paquetes globulares si ha perdido mucha sangre.
- Si una paciente tiene un parto normal o cesaría.
- Los cuales le brinda los cuidados inmediatos como:
- Control de signos vitales
- Control de sangrado transvaginal
- La vía siempre permeable.
- Masaje uterino si es parto normal.
- Observar la retracción uterina.
- Administración de medicamento según prescripción medica
- Exámenes de control.
- Reportar novedades a médicos tratantes.

Conclusión de la entrevista

Mediante las respuestas obtenidas de la entrevista del personal de enfermería de este nosocomio, respondieron en su mayoría que las planificaciones las realizan mediante el diagnóstico de la usuaria, y prescripciones médicas eso en cuanto, el personal que labora en gineco-obstetricia , quirófano y emergencia porque son responsables en estas área, que se manejan más estas complicaciones obstétricas, cabe recalcar que en quirófano son responsable de estas pacientes especial porque dentro de quirófano se encuentra la sala de parto, y si las pacientes se complican durante el parto terminan en cesaría. En la emergencia es donde valoran a la paciente al momento de

llegar, donde da el diagnóstico el médico residente y el personal de enfermería actúa a las indicaciones del médico sobre la emergencia que presenta la paciente.

Como conclusión personal de lo observado: Es necesario resaltar los cuidados en las complicaciones obstétricas mediante su planificación de acciones de enfermería, que estén siempre orientas al tema, y estén seguras en las acciones y respuesta que realizan con la paciente según su complicación obstétrica.

La enfermera quien es definida por la OMS como el profesional más costo-eficiente para brindar cuidados a la mujer durante el embarazo, trabajo de parto y parto normal en las complicaciones obstétricas y el cuidado del recién nacido por lo que es necesario revalorizar su rol.

Para lograr la mejor calidad de la atención, los integrantes del Equipo de Salud deben complementar el conocimiento destrezas, donde se producen nacimientos sean capaces de resolver las emergencias que pueden producirse imprevistamente, tanto en los partos normales como patológicos, por lo que deben cumplirse obligadamente las condiciones obstétricas y neonatales esenciales (OMS).

Nuestra tarea es comprender tanto necesidades como posibilidades, para orientar al usuario sobre la mejor forma posible de dar solución a sus necesidades de salud.

CASOS CON COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA.

Paciente	No. H/C	Edad	Diagnóstico de ingreso	Acción de la enfermera	Plan de tratamiento medico	Resumen del cuadro clínico
Rodríguez Ana	112348	37	Embarazo de más o menos de 35 SGX FUM más APP	Canalización de vía. Control de signos vitales. Administración de medicamentos según prescripción medica	Control de signos vitales. Control de frecuencia cardiaca fetal. Monitoreo electrónico fetal. Exámenes de laboratorio	Pacientes de sexo femenino de 37 años de edad con embarazo de más o menos 35,1 semanas de gestación por FUM multípara que viene a la emergencia por presentar c.c más o menos 4 días de evolución caracterizado por dolor en hipogástrico de leve intensidad, no eliminación de tapón mucoso.
Pérez Ponce Nelly	91481	22	Embarazo de más o menos de 40,1 SGX FUM más hipertensión arterial gestacional	Canalización de vía. Control de signos vitales c/15minutos. Administración de medicamentos según prescripción medica	Valoración de gineco-obstetricia. Monitoreo materno fetal. Monitoreo electrónico fetal. Lactato de ringer 1000cca 28 gotas. NPO. Para quirófano	Paciente de sexo femenino de 22 años de edad con embarazo de 40,1 semanas de gestación, más dolor a nivel del hipogástrico con eliminación de tapón mucoso.
Miraba Pérez Carolina	116667	14	Embarazo de 40,5 SG XFUM mas hipertensión arterial gestacional	Canalización de via. Control de signos vitales c/15minutos. Administración de medicamentos según prescripción medica	Valoración de gineco-obstetricia. Monitoreo materno fetal. Monitoreo electrónico fetal. Lactato de ringer 1000cca 28 gotas. NPO. Para quirófano	Paciente de sexo femenino de 22 años de edad con embarazo de 40,5 semanas de gestación, por FUM presentando hipertensión arterial gestacional más dolor a nivel del hipogástrico con eliminación de tapón mucoso.

Objetivo Específico No. 3:

Definir si existe formación académica de las enfermeras en esa área de gineco-obstetricia.

Este objetivo se desarrolló en la encuesta al personal de enfermería al igual que el primer objetivo específico:

En la pregunta No. 7

Ante una complicación obstétrica se encuentra capacitada usted, para actuar inmediatamente con la paciente.

Resultados de la encuesta:

34 de las 44 enfermeras encuestadas dijeron que no se encuentran en su totalidad capacitadas para atender como es debido a la paciente ante una complicación obstétrica para actuar inmediatamente.

Pregunta No. 8

Han recibido algún tipo de capacitación sobre el rol de la enfermera al momento que la paciente de parto presenta complicaciones obstétricas

Resultados de la encuesta:

La mayoría de las enfermeras no han recibido capacitación sobre el rol de la enfermera al momento que la paciente de parto presenta complicaciones obstétricas en un 65,90% un total de 29 de ellas y 15 de ellas dijeron haber recibido capacitación en un 34,09

Pregunta No.9

Les gustaría que le capaciten en temas relacionados con las complicaciones obstétricas

Resultados de la encuesta:

39 enfermeras dijeron que si les gustaría que le capaciten en temas relacionados con complicaciones obstétricas en un 88,63%; y dijeron que no 5 de ellas con una frecuencia del 11,36%.

10. CONCLUSIONES

- Mediante la investigación realizada permitió profundizar cuales son los conocimientos de las enfermeras para actuar en situaciones de riesgo en pacientes con trabajo de parto donde se comprobó que no todas están aptas en 77,27% un total de 34 enfermeras ante estas situaciones de riesgo, también se pudo verificar que la mayor complicación obstétrica que se presenta es la preeclampsia en un 25%.

- En los niveles de desempeño profesionales de enfermería solo realizan la planificación de acción según los diagnósticos del paciente y prescripciones médicas provocando deficiencia en este tipo de complicaciones por parte del personal de enfermería que no cuentan con la práctica necesaria.

- La formación académica del personal de enfermería, no ha sido capacitada profundamente ante situaciones muy complicadas de pacientes con trabajos de parto a nivel académico universitario y lugar de trabajo que desempeña como profesionales de la salud.

.

11. RECOMENDACIONES

- Que el personal de salud, estén constantemente actualizando sus conocimientos prácticos para actuar con seguridad antes estas emergencias obstétricas.

- El personal de enfermería debe estar preparado en planificar dependiendo de la emergencia, el diagnóstico y prescripciones médicas para evitar la deficiencia en estos tipos de complicaciones obstétricas.

- Que el personal de enfermería , asistieran en su totalidad a las capacitaciones que le brinda el director de este nosocomio siempre en coordinación con la jefa de enfermería, ya que existen inconvenientes, en sus horarios de trabajo u otras razones que se presentan

- En la carrera de enfermería de la Universidad Estatal del Sur de Manabí se debería capacitar o en su debido caso dictar talleres prácticos a las estudiantes en base a planificaciones de complicaciones obstétricas

12. PRESUPUESTO

RUBROS	UNID.	P. UNIT.	CANT.	TOTAL S/.
MATERIAL DE ESCRITORIO				
- Libreta	Unid.	1.50	1	1.50
- Lapiceros	Unid.	0.25	6	1.50
- Borrador	Unid.	0.25	3	0.75
- Resaltador	Unid.	0.40	2	0.80
- Corrector Blanco	Unid.	1.25	1	1.25
- Grapas	Caja	1.30	2	2.60
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO E IMPRESIÓN				
- Internet e libros	Horas	0.60	100	60.00
- Tinta de color impresión	Cartucho	25.00	4	100.00
- Tinta negra de impresión	Tubo	25.00	4	100.00
- Papel Bond A-4	Millar	10	2	20.00
SERVICIOS				
-Costo de impresión	Unid	8	4	32.00
- Tipeo Computarizado	Unid.	30	1	30.00
- Registro de Tomas de Foto -	Unid.	1	15	15.00
- Anillado Informe -	Unid.	1.50	1	1.50
- Transporte	Pasaje	3.00	140	420.00
TOTAL				850.90

13. CRONOGRAMA

2011																																				
ACTIVIDADES	**Julio**				**Agosto**				**Septiembre**				**Octubre**				**Noviembre**				**Diciembre**				**Enero**				**Febrero**			
Presentación del tema y problema	x																															
Aprobación del tema y problema		x																														
Análisis bibliográfico			x		X	X	X	X																								
Elaboración del Marco Teórico									X	X																						
Elaboración de instrumentos de investigación											X	X																				
Recolección de muestras													X	X	X																	
Procesamiento de la información																X	X	X	X	X												
Elaboración de conclusiones y recomendaciones																					X	X										
Elaboración del Presupuesto																							X									
Diseño de bibliografía																								X								
Diseño y ejecución de la propuesta																																
Entrega del Informe																										X						
Corrección del borrador de Tesis																												X	X			
Entrega del Informe Final																							X									
Sustentación																								X								X

14. PROPUESTA

14.1 Titulo de la Propuesta

Programa de capacitación en el rol de la enfermera en caso de complicaciones obstétricas en pacientes con trabajo con trabajo de parto en el Hospital General jipijapa.

14.2. INTRODUCCION.

La Mortalidad Materna representa un serio problema alrededor del mundo. Más de 500,000 mujeres en países pobres mueren cada año por causas relacionadas al embarazo. La gran mayoría de estas muertes son previsibles si estas mujeres tuvieran acceso a servicios esenciales obstétricos. El aislamiento geográfico de las poblaciones rurales aunado a la falta de transporte determina en gran medida esta falta de acceso. Una alternativa en la solución de este problema es la organización con recursos locales en la comunidad de un sistema de evacuación comunitario para las mujeres embarazadas o parturientas y recién nacidos que se presentan con emergencias.

El 15 por ciento de las mujeres embarazadas a nivel mundial tienen complicaciones durante el embarazo o el parto y que necesiten atención obstétrica de emergencia. Por lo tanto, mientras que algunos actores humanitarios centran sus prioridades en que las poblaciones desplazadas tengan acceso a refugio, alimentación, agua y servicios sanitarios adecuados y en prevenir brotes de enfermedades infecciosas, se debe también atender las necesidades de las embarazadas y los bebés desde los primeros días de una emergencia nueva para prevenir la morbilidad y mortalidad materna y

perinatal. Los preparativos para una situación de emergencia en torno a garantizar una maternidad sana deben incluir la planificación de una distribución rápida de insumos para partos asépticos, medicamentos esenciales, y equipos para la atención obsté-trica en los establecimientos de salud como así también asegurar la presencia de personal calificado para ofrecer ayuda en establecimientos de salud existentes o temporales y nuevos.

14.3. PROBLEMATIZACIÓN

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a través de la Dirección Nacional de Normatización, en el marco del cumplimiento de los Objetivos del Milenio la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, el Plan de Reducción Acelerada de Reducción de la Muerte Materna y Neonatal y las prioridades gubernamentales definidas en el Plan Nacional de Desarrollo, implementa desde hace tres años un proceso Colaborativo de Mejora Continua de la Calidad de la atención obstétrica y neonatal esencial, con el apoyo técnico del Proyecto de Mejora de la Atención en Salud (HCI/USAID, ex-QAP), el UNFPA, la OPS y FCI.

Los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) son un conjunto de atenciones a las cuales deben tener acceso todas las mujeres embarazadas, puérperas y los recién nacidos, y que son fundamentales para salvar las vidas de madres y recién nacidos. La estrategia CONE consiste en asegurar que todas las madres y recién nacidos tengan acceso, las 24 horas del día, 365 días al año, a los cuidados obstétricos esenciales de calidad. Los CONE llegan a las madres y recién nacidos a

través de los servicios que ofrece una red de CONE, la misma que tiene una referencia geopoblacional, que en el caso del Ecuador podría asimilarse al espacio de una provincia de mediano tamaño (aproximadamente 500,000 habitantes).

La estrategia CONE está basada en la premisa de que una proporción de mujeres embarazadas, parturientas y recién nacidos desarrollarán complicaciones obstétricas y neonatales que en su mayoría no pueden ser prevenidas y por lo tanto necesitan cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE) rápidos y de calidad para salvar sus vidas y prevenir morbilidad a largo plazo. Un número de niños nacerá con problemas relacionados con asfixia, bajo peso, prematurez y otros que habiendo nacido sanos, en los primeros 28 días de vida desarrollarán procesos infecciosos o metabólicos que ponen en riesgo su vida y a los que habrá que brindarles cuidados neonatales esenciales en base a la mejor evidencia científica.

El modelo de capacitación clínica basado en el Centro de Capacitación CONE en el hospital general provincial fue otro elemento importante para elevar la calidad de la atención. Varias Direcciones Provinciales de Salud con sus hospitales generales (Tungurahua, Chimborazo, Manabí, Bolívar) organizaron estos Centros de Capacitación

CONE, en los cuales se aprovechó la capacidad docente de los especialistas ginecólogos, pediatras, neonatólogos, emergenciólogos del hospital general, quienes se capacitaron como capacitadores y actualizaron en conocimientos y habilidades prácticas en CONE al personal profesional que atiende partos en su provincia, así como al personal de reciente ingreso. En algunas provincias se capacitó también a los grupos de Internos Rotativos. La capacitación fue orientada a las competencias

claves para brindar CONE de alta calidad, y estuvo basada en Módulos de Capacitación CONE, los cuales fueron mejorados en base a la experiencia lograda en estas provincias iniciales.

Un elemento importante para desarrollar habilidades CONE en los Centros de Capacitación provinciales fue el uso de maniquíes para prácticas manuales, así como de estudios de caso en los cuales se reprodujeron situaciones frecuentes que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador MSP. QAP/USAID. Curso de Capacitación Clínica en Cuidado Obstétrico Esencial (COE)/Complicaciones Obstétricas y Neonatales. Guía del Capacitador/Guía del Profesional. Quito 200811 personal debe enfrentar y que son críticas a la hora de salvar la vida de una madre o un recién nacido.

14.4. JUSTIFICACIÓN.

El modelo de atención obstétrica en enfermería tiene como características principales la atención centralizada en la mujer gestante y su familia; los tres marcos que le sirven de sustento son: la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios, el marco disciplinar de enfermería y el enfoque de riesgo.

A la enfermera desde su origen se le ha atribuido el cuidado y la atención de niños, mujeres embarazadas y ancianos, por lo que conforme la profesión ha avanzado en los niveles educativos ha logrado que el cuidado que otorga sea especializado de acuerdo con cada etapa de la vida.

A partir de la creación de la figura de la enfermera partera y la incorporación de los conocimientos científicos, técnicos, y los valores éticos derivados de la filosofía de la enfermería, su práctica se constituye en un ejercicio profesional independiente y

responsable, que contribuye a garantizar una atención perinatal de calidad, proporcionando los cuidados personalizados e integrales a través de instrumentar las etapas del –Proceso de Atención de Enfermería‖ (valoración, planeación, ejecución, y evaluación).

La enfermera obstetra cuenta con una formación profesional que le permite comprender los factores que condicionan la calidad de vida, analizar la realidad nacional y los problemas de salud reproductiva para definir su participación en el desarrollo de estrategias y acciones que requieren estos problemas de salud. Así mismo, está preparada para diseñar o implementar los métodos para lograr una comunicación efectiva, con los usuarios de sus servicios y con los grupos de trabajo multiprofesional e interprofesionales.

La capacitación en la atención obstétrica se hace necesario un sistema de clasificación que permita distinguir a las mujeres con mayor o menor riesgo de presentar complicaciones que ocasionan tanto muertes maternas como fetales. Las enfermeras obstetras como parte del equipo del servicio de salud, conozcan y apliquen el sistema de evaluación de riesgo de un modo efectivo. Con los resultados que se obtienen de esta valoración, se establece un plan de cuidados ya sea para la vigilancia del estado de la salud y prevención de complicaciones o para la referencia a servicios especializados.

14.5. OBJETIVOS

13.5.1 Objetivo General

Diseñar un programa de capacitación para las enfermeras de cómo actuar en caso de las complicaciones obstétricas en pacientes con trabajos de parto en el hospital General de Jipijapa**.**

14.5.2. Objetivos Específicos

- Identificar y actuar ante las diferentes urgencias obstétricas durante todos los periodos de gestación.

- Conocer los fármacos indispensables para atender las urgencias obstétricas.

14.6 ESTRATEGIAS

Se realizarán talleres de capacitación aplicando una metodología participativa, reforzándolos con criterios técnicos y ejecución practica de lo aprendido.

14.7. PROCEDIMIENTO OPERATIVO

La operatividad de esta propuesta se la realizara de acuerdo a los objetivos específicos planteados y los requerimientos para su ejecución.

14.7.1 Actividades por Objetivos.

Para el objetivo específico 1

Identificar signos y síntomas de alarma vinculados a patologías del embarazo.

Reconocer los riesgos materno-fetales asociados al embarazo patológico y brindar sustento emocional a la mujer en este período.

Valorar el estado materno y fetal durante los cuidados obstétricos, contribuyendo el bienestar de ambos frente a las complicaciones del embarazo.

Planificar y proporcionar cuidados de enfermería a mujeres con enfermedades del embarazo.

Para el objetivo específico 2

- Charla técnica sobre el uso de medicamentos según el diagnóstico de la paciente con urgencias obstétricas.

14.8. METODOLOGÍA DEL TRABAJO.

Para la ejecución de la propuesta se utilizara la siguiente metodología

- Aprobación financiamiento de la capacitación
- Socialización de la propuesta
- Contratación de capacitadores
- Realización de la capacitación

14.9. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Componentes	**Detalle**	Mes 1				Mes 2				Mes 3			
Identificar y actuar ante las diferentes urgencias obstétricas durante todos los periodos de gestación.	• Identificar signos y síntomas de alarma vinculados a patologías del embarazo.												
	• Reconocer los riesgos materno-fetales asociados al embarazo patológico y brindar sustento emocional a la mujer en este período												
	• Valorar el estado materno y fetal durante los cuidados obstétricos, contribuyendo el bienestar de ambos frente a las complicaciones del embarazo												
	• Planificar y proporcionar cuidados de enfermería a mujeres con enfermedades del embarazo.												
Conocer los fármacos indispensables para atender las urgencias obstétricas.	• Charla técnica sobre el uso de medicamentos según el diagnóstico de la paciente con urgencias obstétricas.												

14.10. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

14.10.1. Organización.

Comité de gestión

Entidad ejecutora

Unidad de asistencia técnica

14.10.2. Dirección y control.

Comité de Gestión.- Estará integrada por las enfermeras de la Institución.

Entidad Ejecutora.- La entidad ejecutora será la carrera de Enfermería de la Universidad Estatal del Sur en Manabí, representada por el Coordinador de carrera.

Unidad de Asistencia técnica.- Estará conformada por un administrador que será una licenciada en Enfermería.

14.11. PARTICIPACION

En la implementación de la propuesta es importante considerar a los actores directos y los indirectos que participaran en este proceso, se pueden mencionar los siguientes.

Entidad ejecutora

Carrera de Enfermería

Hospital General Jipijapa

14.12. IMPACTOS

Se mejorará el servicio de atención de enfermedades

14.13. SUSTENTABILIDAD

Se busca mejorar el servicio de las enfermeras de cómo actuar en caso de las complicaciones obstétricas en pacientes con trabajos de parto en el hospital General de Jipijapa**.**

14.14. MARCO LOGICO

DESCRIPCIÓN NARRATIVA		INDICADORES VERIFICABLES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS IMPORTANTES
FIN				
Establecer un programa de capacitación para las enfermeras de cómo actuar en caso de las complicaciones obstétricas en pacientes con trabajos de parto en el hospital General de Jipijapa**.**		Para el año 2016 el 80 % de las enfermeras estarán capacitadas en complicaciones obstétricas	Registros	Registros de pacientes
PROPOSITO				
Capacitación de enfermeras en complicaciones obstétricas en pacientes con trabajos de parto		Para el añ0 2016 se reduce las complicaciones obstétricas en un 85%	Registros médicos	Mejor el control
COMPONENTES				
1	Identificar y actuar ante las diferentes urgencias obstétricas durante todos los periodos de gestación**.**	Las enfermeras controlan las complicaciones de parto.	Registro de participantes Fotos de los eventos de capacitación	Compromiso de capacitación de las participantes
2	Conocer los fármacos indispensables para atender las urgencias obstétricas.	Las enfermeras se guían por lo aprendido en la capacitación	Documentos otorgados en las capacitaciones (prácticas durante los talleres)	Disponibilidad de Documentación
DESCRIPCIÓN NARRATIVA		**INDICADORES VERIFICABLES**	**FUENTES DE VERIFICACIÓN**	**SUPUESTOS IMPORTANTES**
ACTIVIDADES				
1	**Identificar y actuar ante las diferentes urgencias obstétricas durante todos los periodos de gestación.**			

1.1	Identificar signos y síntomas de alarma vinculados a patologías del embarazo.	Presupuesto	Registro de asistencia Fotografías de eventos	Las enfermeras participan activamente
1.2	Reconocer los riesgos materno-fetales asociados al embarazo patológico y brindar sustento emocional a la mujer en este período	Presupuesto	Fotografías	Las enfermeras participan activamente
1.3	Valorar el estado materno y fetal durante los cuidados obstétricos, contribuyendo el bienestar de ambos frente a las complicaciones del embarazo	Presupuesto	Fotografías	Participación activa
1.4	Planificar y proporcionar cuidados de enfermería a mujeres con enfermedades del embarazo.	Presupuesto	Registro de asistencia Fotografías del evento	Que las personas involucradas en las capacitaciones participen activamente
2	**Conocer los fármacos indispensables para atender las urgencias obstétricas**			
2.1.	Charla técnica sobre el uso de medicamentos según el diagnóstico de la paciente con urgencias obstétricas.	Presupuesto	Fotografía del evento	Las enfermeras participan activamente

14.15. PRESUPUESTO

Componentes	Detalle	Unidad	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Identificar y actuar ante las diferentes urgencias obstétricas durante todos los periodos de gestación	Identificar signos y síntomas de alarma vinculados a patologías del embarazo.	Taller	2	600	1200
	Reconocer los riesgos materno-fetales asociados al embarazo patológico y brindar sustento emocional a la mujer en este período	Taller	1	600	600
	Valorar el estado materno y fetal durante los cuidados obstétricos, contribuyendo el bienestar de ambos frente a las complicaciones del embarazo	Taller	2	600	1200
	Planificar y proporcionar cuidados de enfermería a mujeres con enfermedades del embarazo.	Charla técnica	1	600	600
Conocer los fármacos indispensables para atender las urgencias obstétricas	Charla técnica sobre el uso de medicamentos según el diagnóstico de la paciente con urgencias obstétricas.	Charla técnica	1	600	600
Total					**4200**

15. BIBLIOGRAFIA

- Alvarez Zayas C. Fundamentos Teóricos de la dirección del proceso docente educativo en la Educación Superior Cubana. La Habana: MES; 1989.
- Bartels JE. Education nurses for the 21st century. NursHealthSci 2005; 7(4): 221-5.
- Belizán J et al. Diagnosis of intrauterine growth retardation by a simple clinical method: measurement of uterine height. American Journal of obstetrics and Gynecology, 1978 - 2004 131:643 –46.
- Brüggemann OM. A Enfermagem como Diálogo Vivo: umaproposta de cuidado humanizado durante o processo o nascimento. In: Oliveira ME; Brüggemann OM. (org). Cuidado Humanizado: possibilidades e desafios para a prática de enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2003, p. 37-80.
- Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR). Encuesta demográfica y de salud materna e infantil. Informe preliminar. Quito - Ecuador 2005.
- Definicionabc.com/salud/enfermera.2005
- Donabedian A. La calidad de la atención médica, La Prensa Médica Mexicana, México D. F. 1991.
- Enfermería. Escola Anna Nery. 2004; 2 (8): 181-188
- Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Plan de estudios de la licenciatura en enfermeríay obstetricia, México D. F. 2000.

- helid.digicollection.org/en/d/Jph29/19.html
- INEC. Principales causas de muerte materna. Ecuador 2007. Lista detallada de la cie-10. Disponible en: www.inec.gov.ec/
- Jaime Botero, Alfonso Jubis, Guillermo Hengo .Obstetricia y ginecología 6ª edición. 2000.
- Lóbrega da Silva MT, Pérez EM, Enfermería: Tendencias y Nuevos Desafíos. Rev. de
- MangesiL,HofmeyrGJ, Estimacióndelmovimientofetalparalaevaluacióndelbienestarfetal.BibliotecaCochranePlus,2007,Número4
- Manual para atención de la madre y el niño. Serie Paltex OPS/ ONS.-2000
- medicable.com.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=537%3A8-de-cada-10-mujeres-en-el-mundo-mueren-por-problemas-obstetricos&catid=3%3Anewsflash&Itemid=1
- OMS. Enfermería en acción. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 1993- 2005
- Revista enfermería, Colegio de enfermeras de Chile. Diciembre
- Servicios de Enfermería para Contribuir al Logro de la Equidad, el Acceso, la Calidad y la Sostenibilidad de los Servicios de Salud. Plan de Mediano Plazo. 2001-2003. Washington: OPS; 2001.
- Wharley y Wong. Enfermería pediátrica. Edición cuarta.2004
- www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v24n1/art2.htm
- escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/.../**control_prenatal**.html www.geocities.com/amirhali/_fpclass/CPN.htm

- www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000890.htm .
- www.med.unne.edu.ar/posgrado/cursomedgral/clases/251106ec.pdf
- escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/RPM.html
- www.geosalud.com/hipertension/hipertensionembarazo.htm
- www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_y_obstetrica/Amenaza_parto_pretermino.pdf

ANEXOS

MATRIZ DE COHERENCIA

Problemas	Objetivos	Hipótesis
Problema General ¿Cómo establecer el rol de la enfermera antes situaciones de urgencia en pacientes con trabajo de parto en el Hospital General de Jipijapa? **Problemas Específicos** ¿Cómo identificar el nivel de los conocimientos de la enfermera para actuar en situaciones de riesgo en pacientes con trabajo de parto en el hospital General de Jipijapa? ¿Cómo determinar la planificación de las acciones de enfermería, según el diagnóstico de la paciente de parto con complicaciones obstétricas. ¿Cómo definir si existe formación académica de las enfermeras en esa área de gineco-obtetricia?	**OBJETIVO GENERAL** Establecer el rol de la enfermera antes complicaciones obstétricas en pacientes con trabajo de parto en el Hospital General de Jipijapa **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** Identificar el nivel de los conocimientos de la enfermera para actuar en situaciones de riesgo en pacientes con trabajo de parto en el hospital General de Jipijapa. Determinar la planificación de las acciones de enfermería, según el diagnóstico de la paciente de parto con complicaciones obstétricas. Definir si existe formación académica de las enfermeras en esa área de gineco-obtetricia. Diseñar un programa de capacitación para las enfermeras de cómo actuar en caso de las complicaciones obstétricas en pacientes con trabajos de parto en el hospital General de Jipijapa.	**Hipótesis General** El establecimiento del rol de la enfermera influirá en pacientes en trabajo de parto que presentan complicaciones obstétricas. **Hipótesis Específica** La identificación de los conocimientos de la enfermera en situaciones de riesgos en pacientes con trabajo de parto incidirá en el hospital General de Jipijapa. La determinación de la planificación de las acciones de enfermería, según el diagnóstico de la paciente de parto influirá en las complicaciones obstétricas. La definición de la formación académica de la enfermera ayudará en el área de gineco - obstétrica

ANEXOS 1

Universidad Estatal del Sur de Manabí

Creada el 7 de Febrero del año 2001, según Registro Oficial 261

UNIDAD ACADEMICA CIENCIAS DE LA SALUD- CARRERA DE ENFERMERIA

DETERMINACION DE LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS

ENCUESTAS DIRIGIDA A ENFERMERAS DEL HOSPITAL GENERA JIPIJAPA

Fecha: ……

Servicios:……

Nota: Se les pide sinceridad al responder las diferentes preguntas planteadas en este texto, cuyo el mismo que es imprescindible para la recolección de datos y elaboración de la presente investigación.

1.- DIGA UD. QUE TIEMPO TIENE LABORANDO EN EL SERVICIO ACTUAL Y CUAL ES SU FUNCION

Menos de un año ☐

Menos de 3 años ☐

Menos de 6 años ☐

Menos de 10 años ☐

Mas ☐

ENFERMERA(O)…… AUXILIAR DE ENFERMERIA……..

2.- SE PRESENTAN ESCASAS SITUACIONES DE RIESGO DE PACIENTE CON TRABAJO DE PARTO

SI ☐ **NO** ☐

3.-CUALES SON LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS QUE MÁS SE PRESENTA:

Es la presencia de hipertensión arterial y proteína en la orina que se desarrolla después de la semana 20 del embarazo

Síndrome convulsivo que puede aparecer en mujeres embarazadas, generalmente del primer hijo y afectadas de hipertensión, albuminuria y edemas (toxemia gravídica).

Es un embarazo anormal que ocurre por fuera de la matriz (útero). El bebé (feto) no puede sobrevivir y, con frecuencia, no se desarrolla del todo**.**

Cuando la mamá acaba de dar a luz habiendo expulsado al bebé y la placenta, se produce en su interior una potente contracción uterina.

Es la pérdida excesiva de sangre de la madre. Se llama primaria cuando ocurre dentro de las primeras 24 horas.

Se produce por la tracción indebida del cordón, o una opresión continua y exagerada del fondo uterino cuando la placenta todavía no se ha expulsado.

4. CUÁL ES SU INTERVENCIÓN ANTES LA PRESENCIA DE UNA COMPLICACIÓN OBSTÉTRICAS.

- Evaluar el estado físico, mental y emocional

- Detectar signos y síntomas que presenta la paciente

- Ambas

5.- ENUMERE SEGÚN SU PRIORIDAD LOS CUIDADO DE EMERGENCIA LE BRINDARIA A LA PACIENTE QUE PRESENTA COMPLICACIONES OBSTETRICAS.

1…… 2……..

3…… 4……..

5…… 6…….

6.- CONOCE USTED EN QUE CONSISTE LA PRUEBA DE COAGULACION JUNTO A LA CAMA: DESCRIBALA.

……

……

……

…….

7.- ANTES UNA COMPLICACION OBSTETRICA SE ENCUENTRA CAPACITADA UD, PARA ACTUAR, INMEDIATAMENTE CON LA PACIENTE.

SI **NO**

8.- HAN RECIBIDO ALGUN TIPO DE CAPACITACION SOBRE EL ROL DE LA ENFERMERA AL MOMENTO QUE LA PACIENTE DE PARTO PRESENTA COMPLICACIONES OBSTETRICAS?

SI ☐ **NO**

9.- LE GUSTARIA QUE LE CAPACITEN EN TEMAS RELACIONADO CON LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS.

SI ☐ **NO** ☐

INDIQUE EL TEMA----------

ANEXOS 2

Universidad Estatal del Sur de Manabí

Creada el 7 de Febrero del año 2001, según Registro Oficial 261

UNIDAD ACADEMICA CIENCIAS DE LA SALUD- CARRERA DE ENFERMERIA

DETERMINACION DE LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS

ENTREVISTA DIRIGIDA A ENFERMERAS DEL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA

ENTREVISTA AL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL GENERAL DE JIPIJAPA.

1.- ¿Cómo realizan la planificación de acción de enfermería?

2.- ¿En qué departamento se valoran la paciente al momento de llegar con estas complicaciones obstétricas?

3.- ¿El personal de enfermería actúa según el diagnóstico de la paciente?

4.- ¿Cómo logran la mejor calidad de la atención?

5.- ¿De acuerdo a las emergencias de las pacientes cuales son las actividades de enfermería al realizar?

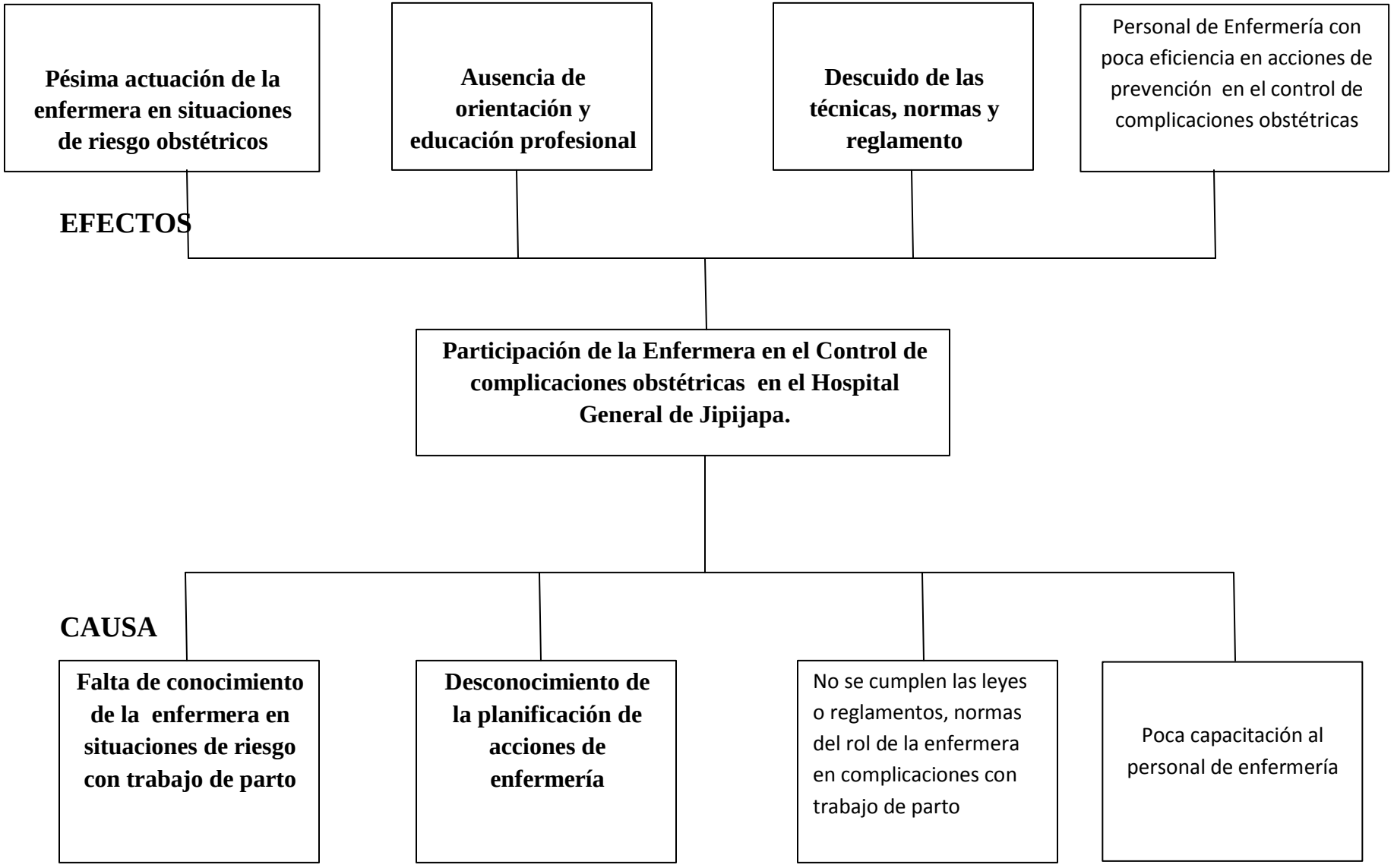
ANEXOS 3

Realizando las encuestas al personal de enfermería.

Cuidados de enfermería, que se les brinda a las pacientes con complicaciones.

Evaluando las carpetas de las pacientes que han tenido complicaciones obstétricas, con el programa cuidados obstétricos neonatales esenciales (CONE)

.

Observación de una cesaría, realizada por presentar la paciente hipertensión gestacional

ARBOL DEL PROBLEMA