



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE LA MUJER EN EL PERIODO PERINATAL

TESIS

QUE PARA OBTENER GRADO DE
MAESTRA EN ENFERMERÍA

PRESENTA

L.E. GRISELDA RODRÍGUEZ ABRAHAM

DIRECTORA DE TESIS

DRA. ABIGAIL FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

CUERNAVACA, MORELOS NOVIEMBRE 2019



"1919-2019: En memoria del General Emiliano Zapata Salazar"

Cuernavaca Mor., 29 de Octubre del 2019

DRA. CLARA IRENE HERNÁNDEZ MÁRQUEZ
JEFE DE POSGRADO
PRESENTE

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: **COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA ATENCION DE LA MUJER EN EL PERIODO PERINATAL**, trabajo que presenta la **L.E. GRISELDA RODRIGUEZ ABRAHAM** quien cursó el POSGRADO: **MAESTRÍA EN ENFERMERÍA** en la Facultad de Enfermería de la UAEM.

Lo anterior con la finalidad de continuar con los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

ATENTAMENTE

VOTOS APROBATORIOS			
	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME	<i>Edith Ruth Arizmendi</i>		
DRA. CLARA IRENE HERNANDEZ MARQUEZ	<i>Clara Irene Hernández Márquez</i>		
DRA. ABIGAIL FERNÁNDEZ SÁNCHEZ	<i>Abigail Fernández Sánchez</i>		
MTRA. BEATRIZ LIZBETH RODRIGUEZ BAHENA	<i>Beatriz Lizbeth Rodríguez Bahena</i>		
MTRA. ALMA ROSA MORALES PÉREZ	<i>Alma Rosa Morales Pérez</i>		

*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE LA MUJER EN EL PERIODO PERINATAL

TESIS

QUE PARA OBTENER GRADO DE
MAESTRA EN ENFERMERÍA

PRESENTA

L.E. GRISELDA RODRÍGUEZ ABRAHAM

DIRECTORA DE TESIS

DRA. ABIGAIL FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

CUERNAVACA, MORELOS NOVIEMBRE 2019

AGRADECIMIENTOS

Por la culminación de la tesis agradezco principalmente a la ***Dra. Abigail Fernández*** por toda la atención brindada a En este proceso de asesoramiento, por compartir sus conocimientos. Ya que sin ella no tendría los resultados obtenidos...Muchas gracias.

DEDICATORIAS

A Dios

Por darme la vida y sabiduría a lo largo del estudio de maestría.

A mi asesora Abigail

Por el tiempo, la paciencia, y esfuerzos que dedico a compartirme sus conocimientos adquiridos.

A mi esposo e hijas

Por su comprensión y apoyo, que me facilitan para poder seguir creciendo como profesionalista.

A mis suegros.

Por su cariño y amor que les brindan a mis hijas, cuando tengo que dejarlas a su cuidado.

A mi madre

Que vive en mi corazón y mis pensamientos y sé que comparte conmigo este logro.

Al hospital general Dr. Jorge Soberón Acevedo

Por el apoyo y las prestaciones brindadas durante este periodo para realizar este estudio de investigación

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	10
CAPITULO I GENERALIDADES.....	12
I.1 Antecedentes.....	12
I.2 Salud reproductiva –atención a la mujer en el proceso perinatal.....	14
I.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
I.4 OBJETIVOS.....	17
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	18
II. 1 Antecedentes históricos de la atención obstétrica en México	18
II. 2 Atención obstétrica en la actualidad	19
II.3 Componentes del modelo esencial para la atención de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio.....	21
II. 4 La norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacido.	22
II. 5 Acciones para mejorar los servicios de salud materna y perinatal.....	22
II. 5.1 Cuidados de enfermería durante el trabajo de parto	23
II. 5.2 Cuidados de enfermería durante el parto.....	24
II. 5.3 Cuidados de enfermería durante el puerperio.....	25
II. 6 Plan de alta.....	25
II. 7 Marco teórico conceptual.	26
II. 8 Marco normativo.	26
II. 9 Competencias en el profesional de enfermería.....	27
II. 10 Marco teórico referencial.....	28
II. 11 Aporte teórico Patricia Benner.....	33
CAPITULO III METODOLOGÍA.....	38
III.1 Diseño del estudio	38
III.2 Población.....	38
III.3 Criterios de selección.....	38
III. 4 Variables de estudio.....	38
III. 5 Instrumentos de medición	39
III.6 Análisis estadístico	40
III.7 Consideraciones éticas.....	40

CAPITULO IV RESULTADOS	41
Gráfico No 1. Grupos de Edad del personal de enfermería.	41
Tabla No 1. Sexo: Enfermeras (os) hospital Iguala, Guerrero.	42
Tabla No 2. Tipo de contratación, antigüedad y servicio.	42
Tabla No 3. Nivel académico y Puesto.	43
Gráfico No 2. Temas de capacitación recibidos por el personal de enfermería.....	44
Gráfico No 3. Capacitación recibida por el personal de enfermería.....	45
Gráfico No 4. Identificación de riesgos maternos.....	46
Gráfico No 5. Práctica de prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.	47
Gráfico No 6. Atención durante el Trabajo de parto.	48
Gráfico No 7. Atención durante el parto.....	49
Tabla No 4. Practicas recomendadas y no recomendadas en la atención durante el parto. ...	50
Gráfico No 8. Activación del equipo obstétrico en eventos.	51
Gráfico No 9. Cuidado en el puerperio inmediato.	52
Gráfico No 10. Medidas de seguridad en el área obstétrica.	52
Gráfico No 11 Orientación de cuidados en su domicilio.....	53
CAPITULO V DISCUSIÓN	54
CAPITULO VI CONCLUSIONES	58
CAPITULO VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	60
ANEXOS	62
Glosario	74

RESUMEN

Introducción La salud de la madre y el niño es una prioridad de orden mundial, la situación de salud y desarrollo son indicadores de las condiciones de vida de la población de un país. Por considerar en México a la atención del embarazo-parto-puerperio (periodo perinatal) como un proceso socio-histórico.

Objetivo Evaluar las competencias en el proceso obstétrico (perinatal) en personal de enfermería en relación al indicador del cuidado en admisión hospitalaria, sala de labor, expulsión y recuperación en una clínica hospital de Iguala, Guerrero.

Método El diseño del estudio fue descriptivo, transversal y analítico.

La investigación se evaluó mediante un cuestionario validado y registrado por el comité de ética de la facultad de enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, diseñado por indicadores del IMSS, guía de práctica clínica del manejo y vigilancia en el parto y lineamiento del Triage obstétrico. El instrumento contiene Preguntas de necesidades con 6 temas de capacitación, de acuerdo a sus tareas cotidianas en el servicio: Lactancia Materna. Riesgo Obstétrico, Métodos anticonceptivos, RCP Neonatal, Código Mater y ERIO y Datos sociodemográficos y laborales se utilizaron preguntas abiertas

Resultado en las capacitaciones recibidas por el personal de enfermería, se evalúa a las enfermeras en escala desde principiante novato con un porcentaje menor al 60 % en la identificación de riesgos maternos se evalúan competente con un 71%, en las prácticas de prevención de infecciones se evalúan en principiante avanzado con un 61%, en la atención durante el parto se evalúan principiante a novato con un 71%, en la activación del equipo obstétrico se evalúa competente con un 71%, en el cuidado al puerperio inmediato se evalúa competente con un 71%, en la orientación al cuidado en su domicilio se evalúa principiante a novato con un porcentaje menor al 60%

Palabras claves competencias, proceso obstétrico y enfermería

ABSTRACT

Introduction The health of the mother and the child is a global priority, the health and development situation are indicators of the living conditions of the population of a country. For considering in Mexico the care of pregnancy-childbirth-puerperium (perinatal period) as a socio-historical process.

Objective To evaluate the competencies in the obstetric (perinatal) process in nursing staff in relation to the indicator of hospital admission care, labor room, expulsion and recovery in a hospital clinic in Iguala, Guerrero.

Method The study design was descriptive, transversal and analytical.

The research was evaluated through a questionnaire validated and registered by the ethics committee of the nursing faculty of the Autonomous University of the State of Morelos, designed by IMSS indicators, clinical practice guide for management and monitoring in childbirth and Triage guidelines obstetric. The instrument contains Questions of needs with 6 training topics, according to their daily tasks in the service: Breastfeeding. Obstetric Risk, Contraceptive Methods, Neonatal CPR, Mater and ERIO Code and sociodemographic and labor data open questions were used

Result in the training received by the nursing staff, nurses are evaluated in scale from rookie beginner with a percentage less than 60% in the identification of maternal risks are evaluated competently with 71%, in infection prevention practices are evaluated in advanced beginner with 61%, in the care during childbirth are evaluated beginner to novice with 71%, in the activation of the obstetric equipment is evaluated competent with 71%, in the care of the immediate puerperium is evaluated competent with 71 %, in the orientation to home care, beginner to novice are evaluated with a percentage less than 60%

Keywords competencies, obstetric process and nursing.

INTRODUCCIÓN

La salud de la madre y el niño es una prioridad de orden mundial, la situación de salud y desarrollo son indicadores de las condiciones de vida de la población de un país. Por considerar en México a la atención del embarazo-parto-puerperio (periodo perinatal) como un proceso socio-histórico. La evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria se define como: segura, adecuada, efectiva, eficiente, sigue los principios de justicia y está centrada en la persona. Tomando en cuenta la teoría de Mercer en el cuidado materno y a manera de reflexión la mujer al convertirse en madre. «El proceso que requiere un extenso trabajo psicológico, social y físico, durante esta transición, una mujer es más vulnerable y se enfrenta a grandes retos».

Enfermería tiene una extraordinaria oportunidad de ayudar a las mujeres a aprender, ganar confianza y experiencia a medida que asumen su identidad como madres. En su trabajo profesional mantienen una interacción más prolongada e intensa con las mujeres en el ciclo de la maternidad. Son las responsables de promover la salud de familias y niños, y las pioneras desarrollando y compartiendo las estrategias de valoración para esas pacientes.

En dichas funciones la enfermería por ser una profesión dinámica que fomenta la salud y prevenir la enfermedad, proporcionar cuidados a quienes necesitan asistencia profesional para conseguir su nivel óptimo de salud y funcionamiento e investigar para mejorar la base del conocimiento para proporcionar un cuidado enfermero excelente.¹

Por medio de la individualización de la maternidad, una mujer puede aumentar su conciencia como persona; de este modo, extrapola su identidad a partir de la dualidad madre- niño. El núcleo propio evoluciona a partir de un contexto cultural y determina cómo las situaciones se definen y se conforman. Los conceptos de autoestima y confianza en sí mismo son importantes para la adopción del rol materno. La madre como persona se considera una entidad independiente.

El estado de salud como la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura, la resistencia-susceptibilidad a la enfermedad, la preocupación por la salud, la orientación de la enfermedad y el rechazo del rol de enfermo. Por lo tanto, la esencia del cuidado de enfermería en este proceso embarazo-parto y puerperio desde la perspectiva de ofrecer calidad de la atención.

Existen determinantes que afectan de manera negativa a las gestantes con menos recursos económicos, las adolescentes y aquellas que presentan embarazos de alto riesgo. Se parte del hecho de que idealmente el trabajo del parto y el parto deben ser “una vivencia satisfactoria” que incluye, además de brindar las mejores prácticas basadas en la evidencia científica, “respetar la fisiología del parto; intervenir solo lo necesario;

identificar, comprender y respetar los aspectos socioculturales de la gestante; brindarle apoyo emocional; darle poder de decisión, y garantizar su autonomía y privacidad”.¹

CAPITULO I GENERALIDADES

I.1 Antecedentes

Se contaba con casas de la salud y centros de salud para 1984, se mejoró e incrementó la atención de segundo nivel, mediante la rehabilitación de los hospitales de Acapulco, Iguala y Taxco, con un total de 150 camas, la ampliación a 66 camas del hospital de Chilpancingo y la construcción de un hospital de 60 camas, en Zihuatanejo; con capacidad de 60 camas, cada una, se iniciará la construcción este año, de las unidades hospitalarias de Coyuca de Catalán, Iguala y Ciudad Renacimiento y de 30 camas en Chilapa, faltándonos solamente los hospitales de Ometepec con 60 camas y de Teloloapan, con 30 camas, para complementar la cobertura de atención de segundo nivel²⁴.



Vista de la entrada principal del Hospital Dr. Jorge Soberón Acebedo, Iguala Gro.

Fue inaugurado en el mes de abril de 1993, el gobierno del estado de Guerrero con apoyo de las instituciones Federal concluyó la construcción y equipamiento del Hospital General de la zona norte ubicado en la ciudad de Iguala; con lo cual se atendería con mejor eficiencia a la población abierta, que fue impulsado por el gobierno los servicios de bienestar social con la creación de hospitales generales en cada región. Se impulsó con el nombre Dr. Jorge Soberón Acevedo, dependiente de la Secretaria de Salud de Iguala Guerrero, segundo nivel de atención, es un establecimiento sanitario donde se atiende a pacientes proporcionándoles diagnóstico y tratamiento. El hospital cuenta con; Consulta externa (15 consultorios), Sala de espera, farmacia, enseñanza, laboratorio, Imagenología, urgencias, cirugía, CEYE, tocología, admisión hospitalaria, hospitalización, UCIN, UCIA, dietología, almacén, oficinas de gobierno, cuarto de máquinas y mortuario.



Vista de la: Ampliación del Hospital Dr. Jorge Soberón Acevedo, Iguala Gro.

Se otorga atención principalmente al municipio de Iguala el cual cuenta con una población 140, 363 habitantes aproximadamente, según INEGI 2005, también se brinda atención a otros municipios tales como tierra Caliente. Médicos en contacto con paciente: 102, Médicos generales: 18, Médicos pediatras: 6, Médicos Gineco obstetas: 9, Médicos cirujanos: 8, Médicos internistas: 3, Médicos especialistas: 37, Odontólogos: 2, Enfermeras en contacto con paciente: 204, licenciadas en enfermería: 176, Enfermeras especialistas: 7, Enfermeras con maestría: 4

Rehabilitación de los hospitales de Acapulco, Iguala y Taxco, con un total de 150 camas, la ampliación Para 1984, se mejoró e incrementó la atención de segundo nivel, mediante la a 66 camas del hospital de Chilpancingo y la construcción de un hospital de 60 camas, en Zihuatanejo; con capacidad de 60 camas, cada una, se iniciará la construcción este año, de las unidades hospitalarias de Coyuca de Catalán, Iguala y Ciudad Renacimiento y de 30 camas en Chilapa, faltándonos solamente los hospitales de Ometepec con 60 camas y de Teloloapan, con 30 camas, para complementar la cobertura de atención de segundo nivel (Lasso, 2003).

Cuenta 60 camas censables, y servicios consulta externa con medicina preventiva, 4 especiales básicas, ginecología y obstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía general.

I.2 Salud reproductiva –atención a la mujer en el proceso perinatal

El tema a abordar es el cuidado de la mujer durante el embarazo que es un acontecimiento histórico el cual ha sido brindada la atención por diferentes personas y profesionales a lo largo de la historia: parteras o comadronas, enfermeras, médicos, etc., sin embargo en estos últimos años esta atención ha sido afectada por el gran aumento de intervenciones que ha dificultado que se preste suficiente atención a la mujer durante este proceso, mismo que puede tener afectaciones emocionales y adaptaciones a la maternidad.

Los cambios sociales, económicos y el avance de la ciencia han impulsado el desarrollo de un enfoque más tecnológico al proceso del nacimiento.

Por proyección histórica, para el 2015 se estimaron 2, 247,341 nacimientos, de los que 1, 568,892 son hijos de madres sin seguridad social por lo que solo pueden recibir atención en unidades de la Secretaría de Salud, el resto se atiende en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Petróleos Mexicanos, y las unidades y hospitales privados. Con el propósito es que todas las mujeres, niñas y niños, las y los adolescentes, cuenten con condiciones no sólo para sobrevivir, sino para prosperar y hacer efectivo su derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud.¹⁴

Los retos en salud en esta segunda década del siglo XXI son cada vez mayores y de mayor complejidad, y nos orientan a la necesidad del cuidado de la salud a través de la promoción, protección, prevención, incluida la atención, con intervenciones efectivas orientadas a la mujer, desde una perspectiva global, para el acceso universal, con calidad, seguridad fundamentada en los derechos humanos.¹⁴

Se destaca en la Cumbre del Milenio del año 2000 y para el 2009 se comprometen las instituciones de salud a dar atención ante emergencias obstétricas, así como garantizar la admisión y atención con base en la capacidad resolutive o bien la referencia oportuna. En 2013, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 (PRO-IGUALDAD), Reducir la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.

En 2016 el Diario Oficial se actualiza la “Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida”. Y la ONU para los próximos 15 años menciona los objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger al planeta y asegurar la prosperidad para todos como parte de una nueva agenda de los objetivos del desarrollo sostenible y salud y Bienestar 2016-2030.¹⁴

Para el personal de enfermería con las guías de prácticas clínicas y NOM 007, entre otros le permite participar en el control perinatal presenta estrategias básicas que permite identificar factores de riesgo y alteraciones fisiológicas en toda paciente gestante. El efecto social de esta atención debe ser dirigido a la mujer involucrar a la familia y comunidad como corresponsables en la educación, prevención y tratamiento de la gestación y sus posibles complicaciones. ¹⁵

I.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

México es un país de grandes contrastes e interculturalidad, integrado por 33 entidades federativas y 121 millones de habitantes, de los que 62 millones son mujeres (51.2%) y 59 millones hombres (48.8%) donde cerca de 65 millones se encuentran en edad reproductiva. De tal forma que la salud materna se ve afectada sobre todo en las poblaciones donde los recursos sanitarios y geográficos son afectados.

No obstante, la organización mundial de la salud (OMS) respeta el derecho de las mujeres al recibir una atención adecuada implementando modelos y estrategias con enfoques humanizados y seguros para responder a la problemática actual.

El desempeño del personal de enfermería durante el Riesgo obstétrico es indispensable para mejorar la calidad de la mujer durante el parto y puerperio. Además de ser una estrategia para reducir complicaciones durante el parto y el nacimiento permite elevar la calidad de vida de ambos.

Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada., recordando que el nacimiento es un proceso normal y natural de todo ser vivo.

En tiempos pasados la enfermera tuvo una gran importancia dentro del cuidado materno-infantil en instituciones públicas del sector salud y dentro de la comunidad en su rol como educadora y promotora de la salud fomentando la prevención de riesgos durante el embarazo, parto y en la vigilancia del niño sano.

En la actualidad estas prácticas se han ido perdiendo, no obstante que algunas instituciones. No se ha logrado alcanzar la meta del objetivo del milenio de mejora la salud materna, a pesar del incremento del presupuesto y las iniciativas que se han promovido desde el año 1998.

¿Cuáles son las competencias del personal de enfermería en la atención que otorga a la mujer en el periodo perinatal?

I.2 JUSTIFICACION

El nacimiento de un niño es un acontecimiento que se celebra en las sociedades del mundo, cuando la madre conserva su salud representa la culminación exitosa del proceso reproductivo con resultados favorables en términos de sobrevivencia y bienestar para la madre, el niño y la familia. Sin embargo, este proceso puede ser afectado por el resultado de factores predecibles o no que conllevan a la muerte materna o perinatal.

La mortalidad materna en México es un reto de la salud pública las cuales se manifiestan como síntomas de inequidad social, el cual está acompañado de factores que condicionan el acceso a la atención obstétrica por un lado y la calidad de los servicios de salud, por el otro. En la actualidad las principales causas de muerte son: Hemorragia obstétrica, enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio.

Para el año 2016-2015 en México y sus entidades federativas el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años representan el 53.1 por ciento del total de la población. Este dato es relevante por ser la etapa reproductiva, la cual se identifica como “Mujeres en edad fértil”.

En 2019 el número de nacimientos por mujer se estima en 2, como resultado de 2 millones 169 048 nacimientos que ocurrirán en mujeres en edad fértil.

En el 2019 la fecundidad se ubica en mujeres entre 20 y 24 años de edad, con 117,9 nacimientos por cada 1000. El embarazo a temprana edad es un factor de riesgo en la mortalidad materna. Entre el 2010 y 2015 de acuerdo a los datos por la Secretaria General del CONAPO, los nacimientos ocurridos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años fueron 11353 nacimientos en promedio.

La muerte materna además de ser considerada como un problema de salud pública, es un indicador de desigualdades; muertes prevenibles y evitables; deficiencias de calidad técnica en la aplicación de los servicios de salud e inequidad de género en la aplicación de políticas públicas y de salud. Dentro de las entidades con mayor incidencia de muerte materna son: Estado de México, Jalisco, Veracruz, baja california y Michoacán en total suman el 45.5% de las defunciones registradas en la secretaria de prevención y promoción de la salud dirección general de epidemiología durante el mes de enero del 2019.

La mortalidad fetal se asocia al estado de salud de las mujeres en edades reproductivas. La mayor proporción de defunciones fetales según la edad de la mujer se presenta en aquellas de 20 a 34 años de edad, con 61.7% del total de las mujeres de este grupo de edad, las cuales se encuentran en la etapa más fecunda de su periodo reproductivo. Destaca también una importante proporción de defunciones fetales que le suceden a las mujeres menores de 20 años, la cual representa 16.7% del total. Anualmente, a nivel mundial nacen aproximadamente 130 millones de niños; casi 3.3 millones nacen muertos y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida.

El estudio es en el estado de Guerrero, el cual también figura como estados de mayor marginalidad y pobreza por lo que implemento estrategias para reducir la mortalidad materna y fetal tales como: búsqueda de embarazadas atreves de brigadistas, enlaces interculturales, control prenatal oportuno y de calidad, madrinas obstétricas, posadas para la atención de embarazadas, capacitación de parteras, entre otros.

A nivel hospitalario se su suma en la atención equipos de respuesta inmediata debidamente capacitados. Enfermería como parte integrado del equipo multidisciplinario para la atención de la mujer desde el ingreso al módulo mater, toco cirugía, quirófano, ginecología, terapia intensiva.

Sin embargo, se deben hacer acciones de protección, promoción y prevención y preventivo para el mejoramiento de la salud, con el propósito de alcanzar la meta nacional de un México incluyente.

I.4 OBJETIVOS

I.4.1 Objetivo general

Evaluar las competencias en el proceso obstétrico (perinatal) en personal de enfermería en relación al indicador del cuidado en admisión hospitalaria, sala de labor, expulsión y recuperación en una clínica hospital de Iguala, Guerrero.

I.4.2 Objetivos específicos

Describir al personal de enfermería las competencias específicas en la atención obstétrica para el cuidado durante el periodo perinatal.

Analizar las competencias del personal de enfermería en la valoración de riesgos al ingreso del paciente trabajo de parto, parto y puerperio.

Orientar al personal de enfermería en los cuidados a la mujer puérpera y al recién nacido en el hogar.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

II. 1 Antecedentes históricos de la atención obstétrica en México

La salud de la madre y el niño está contemplada como una prioridad de orden mundial, la situación de salud y desarrollo son indicadores de las condiciones de vida de la población de un país. Por lo que se puede considerar a la atención del embarazo como un proceso socio-histórico, que requiere conocer y actuar sobre la realidad del presente a partir de un análisis del pasado y de sus circunstancias sociales actuales.

Aunque no se conoce con exactitud los orígenes de la atención del embarazo, esta surge como la necesidad de tener infantes saludables y un hecho indiscutible es el aporte en la disminución de los índices de mortalidad que se generan a partir de otorgamiento de servicios institucionales de cuidado al embarazo para mejorar su accesibilidad, calidad, oportunidad y eficiencia.

La atención y cuidado de la mujer embarazada puede considerar sus orígenes junto a la evolución de la raza humana, su atención ha variado a lo largo de la historia y frecuentemente se comprende en un contexto lleno de mitos y tabúes concibiendo aspectos culturales que tradicionalmente han asignado a las mujeres el rol de curanderas, siendo ellas quienes se han encargado de la atención del parto, el cual se realizaba comúnmente en el hogar de la embarazada.

Entre los documentos más antiguos que refieren aspectos relacionados con estos cuidados, están los escritos chinos, que recomendaban a la embarazada, evitar comida abundante y ejercicio excesivo. En la india se establecieron ciertas reglas sobre la alimentación, bebidas, ejercicio, ropa y la recomendación de tener compañía de personas alegres.⁴

Anterior a la colonización del territorio Mexica, Tlamatquicitl, partera entre los aztecas contaba con un prestigio y categoría de sacerdotisa, socializadora, consejera en asuntos matrimoniales y de educadora en salud. Teniendo la creencia de que aquellas mujeres que morían a consecuencia de su primer parto se transformaban en diosas.

Para el año de 1628 en la época postcolonial, la atención del embarazo tuvo su propia regulación. “Uno de los primeros aspectos fue el establecimiento del protomedicato quienes tenían las atribuciones de examinar a los que querían ejercer la medicina, la farmacia, la obstetricia y la flebotomía y disponía cartillas para los sangradores y las parteras”⁴.

En el año de 1840 apareció el “reglamento particular de la enseñanza médica”, en el que señalaba que “las parteras debían ser casadas (con sentimiento de sus maridos) o viudas, haber llevado un curso y practicado bajo el cuidado de una matrona por dos años.” Cuando se produjo el establecimiento de “ciencias médicas”.⁴

En el año 1887, ya se contaban con obras relacionadas al área del cuidado y atención materno-infantil en las que encontramos: “El arte de partos.” del Dr. Rodríguez Arangoiti, “Breves consideraciones sobre las condiciones higiénicas de las maternidades”, “Cuadro sinóptico de obstetricia” y un “Manual de arte de partos.” Del Dr. Raúl Lucio Nájera.

Entre los años de 1921 y 1930, el Dr. Isidro Espinosa trabajó en beneficio del embarazo y el niño con su conocida obra: “Apuntes sobre puericultura intrauterina,” la cual considera aspectos de cuidado a la mujer desde antes de la procreación, durante la gestación, hasta después del nacimiento, así como la relación de causa y efecto entre las medidas higiénicas y de sanidad con el recién nacido.

Para el año de 1925 los doctores Rafael Reygadas y Atanasio Garza Ríos empezaron comenzaron a promover los partos en hospitales más que en los hogares de familiares como anteriormente se acostumbraba. Posteriormente continuo la atención incorporada realizar más acciones de cuidado durante el embarazo, principalmente relacionados con la detección de riesgos, y con el número de visitas de la embarazada al consultorio médico.

La atención prenatal inicialmente fue proporcionada por parteras y enfermeras, pero el médico fue tomando el control en el transcurso del tiempo. La atención prenatal pasó de la partera que atendía a la embarazada en su hogar, al consultorio del médico y el parto se cambió a nivel hospitalario. Se pasó de tener una visión del embarazo como una etapa normal y vinculada íntegramente al proceso de la vida, ala de ver el embarazo como un proceso medico prioritariamente”.⁴ Con este cambio el embarazo comienza a ser considerado como un proceso hospitalario y de salud pública muy diferente al que tradicionalmente se acostumbraba en donde la mujer era protagonista de su embarazo.

II. 2 Atención obstétrica en la actualidad

En el año 2000, miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a trabajar en conjunto para lograr una serie de Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM).

En esta Razón de Mortalidad Materna (RMM) disminuyó un 44% en los últimos 25 años: de una RMM de 385 por 100 000 nacidos vivos, en 1990 a una RMM de 216 por 100 000 nacidos vivos, en 2015. El número anual de muertes disminuyó en un 43%, de aproximadamente 532 000 en 1990 a una cifra estimada de 300 000 en 2015. El riesgo mundial aproximado de muerte materna a lo largo de la vida disminuyó considerablemente: de 1 muerte por 73 mujeres a 1 por 180.¹

En México el índice de mortalidad materna en el periodo comprendido del 2000 al 2013 mostró una disminución del 48% y para los años 2012 y 2013 hubo una reducción del 10% sobre ese indicador. Existen causas directas o indirectas de muertes durante el embarazo, el parto y el puerperio. A nivel mundial un 80% de las muertes se deben a

causas directas. Las 4 causas principales son: hemorragias intensas (generalmente puerperales), infecciones (septicemias), trastornos hipertensivos del embarazo (eclampsia) y parto obstruido.

Las causas indirectas 20% debido que complican el embarazo: paludismo, anemia, VIH/SIDA o enfermedades cardiovasculares. La mayoría de las muertes maternas son evitables, existen soluciones terapéuticas o profilácticas, la atención especializada al parto es indispensable para disminuir la mortalidad materna²

El programa nacional para la igualdad de oportunidades y no discriminación contra las mujeres 2013-2018 (pro igualdad), señala que la razón de mortalidad materna se estima en 43 defunciones por 100 mil nacidos vivos, con contrastes por entidad federativa, explicando que las causas de la mortalidad materna son prevenibles: el riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio es mayor en las adolescentes; el aborto representa la quinta causa de mortalidad materna; y 8.6% de los embarazos ocurridos entre 2004-2009 terminaron en un aborto².

Una muerte materna el resultado de una serie de factores que representan el proceso de gestación, mismo que incluye aspectos socioculturales como: la economía, la educación, y la eficiencia de los servicios de salud de un país. Mientras que la muerte perinatal se considera a todas las muertes ocurridas entre la vigesimoctava semana de gestación y el séptimo día del nacimiento.

Las principales Causas de mortalidad perinatal más comunes se encuentran; inmadurez, afecciones anóxicas e hipoxias, afecciones de la placenta y cordón umbilical, enfermedades hemolíticas del recién nacido, afecciones maternas, parto distócico, malformaciones congénitas, infecciones respiratorias y entéricas sepsis³.

Entre los años 2004 y 2007 se plantea la necesidad de crear un modelo convencional de atención del parto con aportes de modelo convencional que coincida con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud basado en evidencia científica.

Las mujeres indígenas demandaban una atención del parto respetando sus tradiciones, con la participación de la partera, su pareja, con masajes y posiciones verticales cuidando los elementos del equilibrio frío-calor. Posteriormente a través de herramientas interculturales de escucha, en el entendido que la interculturalidad no se circunscribe al ámbito indígena, conociendo que hay mujeres urbanas y suburbanas en México y de otras partes del mundo que luchan por un modelo humanizado, en las que ellas fueran sujetos y no objetos de parto.⁵

Sin embargo, para implementar un modelo humanizado e intercultural se requiere de condiciones aptas para ello, como el diseño de mesas apropiadas y bancos obstétricos, donde la mujer pueda escoger la posición deseada para dar a luz. Posteriormente como atención intercultural humanizada de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. Más

tarde en conjunto con el personal del centro nacional de equidad de género y salud reproductiva se le denominó “atención a las mujeres en el parto: enfoque, humanizado, intercultural y seguro”

II.3 Componentes del modelo esencial para la atención de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio.

Enfoque humanizado: Comprende que las mujeres deben ser sujeto protagonista de su embarazo, parto y puerperio, con la capacidad de tomar decisiones acerca de cómo, dónde y con quien parir, bajo la cobertura de los derechos humanos, persiguiendo el objetivo que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial y placentero en condiciones de dignidad humana. De esta manera se pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio.⁵

Enfoque intercultural: Pretende identificar y erradicar las barreras culturales y de género que dificultan el acceso a los servicios de salud, reconociendo la diversidad cultural existente entre las mujeres de nuestro país, con sus demandas y expectativas, así como por la propuesta de enriquecimiento de la atención del parto con los elementos de la partería tradicional indígena, como de otros modelos clínicos terapéuticos y de fortalecimiento de la salud no convencionales, todos los cuales fortalecen tanto los elementos técnicos, como los mismos procesos de humanización del parto.⁵

Enfoque seguro: Parte de reconocer a las mujeres como sujeto del derecho de recibir una atención médica basada en fundamentos científicos, y porque además de procurar condiciones de comodidad durante el parto, promueve también que estas se lleven a cabo en espacios confortables, con la mejor de las atenciones desmedicalizada, pero en condiciones de seguridad en coordinación y contigüidad con espacios resolutivos, en caso de que se presente una complicación de última hora.⁵

El enfoque seguro también incluye las competencias obstétricas que debe tener el personal del primer nivel de atención, para la identificación de los riesgos obstétricos durante el embarazo, así como para la atención del parto de acuerdo a las recomendaciones de la organización mundial de la salud (OMS) y para el manejo y referencia de complicaciones del mismo. Con respecto al segundo nivel incluye todas las competencias, condiciones y acuerdos interinstruccionales para poder identificar, atender y resolver de manera oportuna las complicaciones y emergencias obstétricas. Tomando en cuenta además el enfoque de redes funcionales de flujo real en los servicios de salud, para garantizar la atención oportuna de las mujeres en trabajo de parto, posean o no complicaciones, bajo el lema de “cero rechazos”.⁵

De acuerdo con lo antes mencionado los autores Gaytán y Cols identifican los factores negativos que afectan a las gestantes con menos recursos económicos, las adolescentes y aquellas que presentan embarazos de alto riesgo. Se parte del hecho de que idealmente el trabajo del parto y el parto deben ser “una vivencia satisfactoria” que incluye, además de brindar las mejores prácticas basadas en la evidencia científica, “respetar la fisiología del parto; intervenir solo lo necesario; identificar, comprender y respetar los aspectos socioculturales de la gestante; brindarle apoyo emocional; darle poder de decisión, y garantizar su autonomía y privacidad.”¹²

II. 4 La norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacido.

En la atención de salud materno-infantil se impulsa el fortalecimiento de los servicios de salud, mejorando su regulación, organización, cobertura y de calidad a fin de satisfacer las necesidades de la población de México y reducir los contrastes sociales que persisten en esta materia. Se incorpora a esta norma aspectos enfocados a la prevención de la morbimortalidad materna y perinatal, mediante intervenciones previas y durante su embarazo, parto y puerperio y establece el autocuidado como una acción de corresponsabilidad.

En el periodo de preconcepción, se le realice una valoración correcta del riesgo reproductivo en enfermedades comitentes y en adolescentes; promover la planificación familiar, la detección temprana de enfermedades del embarazo, tratamientos oportunos en la salud materno-fetal y mejorar el pronóstico de la mujer una vez finalizado su embarazo. Así como la planificación familiar, atención preconcepción, prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los cuidados alcanzar una maternidad segura.

II. 5 Acciones para mejorar los servicios de salud materna y perinatal.

Sensibilizar y capacitar al personal de salud del país para brindar atención materna y perinatal segura, competente y respetuosa de los derechos humanos. Fortalecer e impulsar los comités de prevención, estudio y seguimiento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal para identificar deficiencias y corregirlas. Supervisar el desarrollo del programa a nivel estatal y dar seguimiento a las desviaciones y recomendaciones emitidas. Dar seguimiento al uso eficiente de los recursos y su vinculación con resultados.

Como parte de las estrategias del programa nacional de salud 2013-2018 es la implementación de la guía de práctica clínica intervenciones de enfermería para la atención de parto de bajo riesgo de la mujer en el primer nivel de atención, donde se estandarizan acciones acerca de contribuir para garantizar la calidad de la atención en la mujer embarazada así como detectar oportunamente factores de riesgo en la mujer

embarazada y determinar las intervenciones de enfermería para la atención de parto de bajo riesgo.

Incorporar la participación de diversas instituciones públicas y sociales que sean susceptibles de apoyar el programa con asesoría técnica y recursos materiales.

II. 5.1 Cuidados de enfermería durante el trabajo de parto

La atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido deben ser impartidas con calidad y calidez.

Promover la confianza de la propia mujer para que centre su energía de manera positiva en el trabajo de parto. Se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y de cubito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica y el cuidado permanente durante el trabajo de parto y no dejar sola a la mujer.

Estimular la presencia de una persona que la mujer elija para que la acompañe durante el trabajo de parto y el parto, en el caso de la ausencia de la persona entrenada, si la mujer lo quiere solicitar otro acompañante.

Debe vigilarse la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración, así como uso del estetoscopio fetal para monitorizar la frecuencia cardíaca fetal.

En la atención de parto de bajo riesgo evitar la hiperestimulación uterina debido a la perfusión de oxitocina para conseguir una frecuencia, duración y relajación de contracciones adecuadas. Solo disminuir o aumentar la estimulación uterina (oxitocina), si es necesario hasta la inminencia del parto.

Los cuidados de enfermería deben considerar: el respeto del tiempo fisiológico del parto, el alumbramiento fisiológico de la placenta (máximo 3 horas), uso de técnicas para el alivio del dolor y otras sensaciones que implican la seguridad, el miedo y una condición de dependencia a otra.

Atender partos normales en unidades de salud del primer nivel de atención con bajo riesgo: si se presenta el caso de complicaciones realizar el manejo inicial y referir al hospital de manera oportuna.

Registro de signos vitales cada 4 horas y frecuencia cardíaca fetal antes, durante y después de la contracción uterina y considerando la valoración clínica.

Mantiene a la embarazada en un buen estado de hidratación.

Proporciona el reposo decúbito lateral izquierdo.

La enfermera debe mantener un entorno favorable durante el trabajo de parto.

La práctica del rasurado del vello púbico y la aplicación de los enemas evacuantes, durante el trabajo de parto debe realizarse por indicación médica e informar a la mujer en el trabajo de parto.

La atención del periodo expulsivo se debe efectuar el aseo perineal y de la cara interna de los muslos y no se debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión.

La inducción del parto solo se debe llevar a cabo si los procedimientos de seguridad de apoyo están en su lugar y se auditan continuamente, observar si hay signos de influencia uteroplacentaria durante el proceso de inducción y monitorizar tanto los signos vitales maternos, así como los fetales antes de la inducción.⁶

Revisar el historial obstétrico para obtener información que pueda influir sobre la inducción, tal como la edad de gestación y la duración de partos previos, contracciones, placenta previa completa, ruptura uterina clásica, y deformidades estructurales de la pelvis.

II. 5.2 Cuidados de enfermería durante el parto.

La enfermera proporciona atención continua a la embarazada durante el trabajo de parto y parto, atendiendo las condiciones generales y obstétricas previniendo la aparición de complicaciones que puedan afectar la seguridad de la madre y el feto.⁷

Valoración inicial de las condiciones maternas y fetales a través de: Registro de signos vitales, maniobras de Leopoldo, ausculta y mide la frecuencia cardiaca fetal, valora la dinámica uterina, identifica signos y síntomas de inicio de trabajo de parto y factores de riesgo durante todo el proceso.

Proporciona intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la paciente ante la presencia de complicaciones durante el parto y en caso necesario durante el traslado.

Intervenciones de enfermería durante la fase activa de trabajo de parto: Vigilancia estrecha del estado de bienestar físico, mental y emocional del binomio madre-hijo durante la fase de trabajo de parto y controla la evolución a través de:

Identifica signos y síntomas que indiquen el inicio de un periodo expulsivo.

Intervenciones de enfermería en la etapa de alumbramiento

Verifica involución uterina y aplica fármacos.

Valora el estado general, así como los signos vitales de la paciente e identifica signos de complicaciones.

Realiza intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la paciente ante situaciones que ponga en riesgo la vida de la paciente.

II. 5.3 Cuidados de enfermería durante el puerperio.

Se brinda atención integral/comfort durante el puerperio inmediato, mediato y tardío evaluando condiciones físicas, psicológicas y sociales al binomio madre-hijo.

Identificar oportunamente complicaciones mediante medir y verificar la estabilidad de los signos vitales, así como verificar la involución uterina y cantidad y características de sangrado transvaginal.

Propiciar inicio temprano de la lactancia materna y brindar apoyo para el mantenimiento de la lactancia materna (orientación en presencia de infecciones vaginales o grietas en los pezones).

Verificar estado de alerta de la paciente e iniciar vfo oral y verificar eliminación vesical e intestinal.⁷

II. 6 Plan de alta.

Informar a la paciente sobre signos de alarma, los cuales pueden aparecer durante los 40 días después del parto estos son: sangrado vaginal el cual tiene va disminuyendo y no debe tener un olor desagradable, datos de infección puerperal entre los signos que se encuentre fiebre, mal olor en el sangrado vaginal, cefalea dolor de cabeza intenso, fosfenos que se refiere a no ver borroso o acufenos refiriéndose a zumbido en los oídos, dolor abdominal principalmente en el epigastrio.

Informar sobre métodos de planificación familiar. La enfermera informa sobre los métodos anticonceptivos, la importancia de planear los embarazos para proporcionar condiciones óptimas de salud en las parejas, y que además de reducir los riesgos de embarazos con periodo integenesico corto.

Fomentar la lactancia materna. Orientar y capacitar a la madre sobre la importancia y beneficios que contiene la leche humana, para el crecimiento y desarrollo del recién nacido, capacitar a la madre las posiciones adecuadas para poder alimentar al recién nacido. Técnicas correctas de amamantamiento para evitar grietas y congestión mamaria.

Informar sobre el cuidado al recién nacido. Informarle la importancia de mantener una adecuada ingesta y eliminación de líquidos, cuidados del cordón umbilical el mantenerlo seco y limpio fuera del pañal, cambios de coloración en la piel del recién nacido, signos que pudieran aparecer en una dificultad respiratoria. Durante los primeros 28 días, informarle sobre el esquema de vacunación Informar sobre el cuidado al recién nacido, el cual debe realizarse el tamiz metabólico y auditivo en las primeras 12 horas después del nacimiento y deberá dar seguimiento al esquema de vacunación del recién nacido. Informar a la paciente sobre medidas de protección que deberá poner en práctica para prevenir muerte súbita del recién nacido como colocarlo boca arriba para dormir.

Orientar a la madre sobre la importancia de colocar al recién nacido bajo los primeros rayos de sol con protección ocular y genital por 30 minutos durante los siete primeros días después del nacimiento, solo si el recién nacido presenta ictericia.

Asesorar a la madre sobre las medidas de higiene del muñón umbilical recién nacido exclusivamente con agua y jabón y mantenerlo seco hasta su caída.

II. 7 Marco teórico conceptual.

La atención en salud es condición esencial para que las acciones se traduzcan en la resolución de los problemas identificados, la satisfacción de las mujeres asistidas, el reconocimiento y las reivindicaciones de sus derechos, y la promoción del autocuidado. Específicamente, la atención prenatal de calidad y humanizada es fundamental para la salud materna y neonatal. La atención a la mujer embarazada debe incluir acciones de prevención y promoción de la salud, además del diagnóstico y tratamiento de los problemas que pueden ocurrir en este periodo.

La salud de la mujer ha sido una temática en discusión a lo largo de varias décadas. Los programas de salud pública contemplan las acciones que serán ejecutadas por los profesionales involucrados con la asistencia a la salud de la mujer, valorando el modo intervencionista, medicalizado e institucionalizado de tratar o cuidar de la salud.¹⁶

II. 8 Marco normativo.

La atención del parto no obstétrica (por parteras), atención hospitalaria con atención obstétrica. La constitución política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4°. En el que garantiza que “Toda persona tiene derecho a la salud”. De la misma forma el Artículo 123 que menciona a las mujeres trabajadoras, en su inciso A fracción V, el que dice “Las mujeres durante el embarazo no realizan trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifique un peligro para su salud en relación con la gestación; gozara forzosamente, de un descanso de seis semanas posteriores al mismo, debiendo

percibir su salario íntegro y conservar su empleo y todos sus derechos que hubiera adquirido en relación a su trabajo.

Durante el periodo de lactancia materna, tendrá dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos.

En el inciso B, fracción XI de este Artículo menciona que “Además disfrutara de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles.

Ley general de salud. La Ley Reglamenta el Derecho de la Salud que tiene toda la persona en los términos del Artículo 4^{to} de La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Establece en su Título Tercero, Capítulo I al III, y en particular el Capítulo V en el que orienta de manera específica a La Atención Materna Infantil.

Artículo 61 de este Capítulo: La atención materna infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.

II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna.

III. La promoción de la integración y el bienestar y del bienestar familiar. Ver anexo NOM 007)

II. 9 Competencias en el profesional de enfermería.

En la práctica clínica existen habilidades y conocimientos que deben ser puestos en práctica para la prestación de cuidados de calidad. La teoría de Benner establece la diferencia entre el saber teórico, el saber práctico y el conocimiento práctico. El saber teórico asimila un conocimiento y establece relaciones causales entre diferentes sucesos. El saber práctico consiste en la adquisición de una habilidad que puede desafiar al saber teórico, mientras que el conocimiento práctico amplía la teoría.

Las competencias que desarrolla el profesional de enfermería desde su primer contacto teórico-práctico hasta el profesional con experiencia y saberes pertinentes.

Novato o Principiante: No posee experiencia acumulada y no es capaz de emitir un juicio clínico; manifiesta falta de confianza e inseguridad. Etapa que los enfermeros (as) viven por lo menos en dos oportunidades, al inicio de su formación y cuando ingresan al mundo laboral, en ella perciben el entorno a través de situaciones recurrentes, se adhieren a las reglas y planes de estudio de manera rígida, no poseen experiencia para comprender el entorno y el análisis para tomar decisiones se basa en la teoría.

Principiante avanzado: Plantea una situación clínica para demostrar sus capacidades y conocer todo lo que la situación le exige. Todavía no establece prioridades, el análisis del entorno es incipiente, lo que puede ocasionar dificultades, fundamenta sus decisiones y acciones estrictamente en la teoría y tiene capacidad para aplicar protocolos en la solución de problemas reales, por tanto, se recomienda usar simuladores para que observe las consecuencias de las acciones.

En el nivel de Competente: la enfermera (o) tiene experiencia en la mayoría de situaciones que le permiten diseñar planes de mejora porque conoce las intervenciones y posibles resultados, se basa en las reglas y la teoría, planea los procedimientos diarios, decide y realiza actividades previendo resultados a largo plazo, y empieza a identificar limitaciones de las guías y protocolos. Es capaz de enfrentar contingencias de la práctica diaria por medio de una planificación estandarizada por sí misma.

Eficiente: Reconoce sus principales aspectos, posee un dominio intuitivo sobre la situación, se siente segura de sus conocimientos y destrezas. Puede diferenciar lo correcto de lo incorrecto, y realizar algunas acciones sin ser cien por ciento consciente de ello, genera habilidad innata en sus actividades. Utiliza la experiencia para determinar prioridades, tomar decisiones y realizar sus actividades. Discrimina por nivel de importancia, es capaz de reconocer los problemas rápidamente e identificar la mejor decisión a seguir.

Experto o avanzado: Se guía por experiencias pasadas, los conocimientos teóricos, práctico y la memoria actúa de manera intuitiva, no depende de las normas ni directrices, únicamente recurre a ellas cuando afronta una situación nueva. Posee un completo dominio intuitivo que genera la capacidad de identificar un problema sin perder tiempo en soluciones alternativas. Para que el estudiante logre todas las fases es necesario que los docentes cuenten con experticia para orientarlo y sean su modelo a seguir.

Benner señala que el personal de enfermería es un elemento clave en la atención oportuna para identificar el riesgo obstétrico, ya que realiza intervenciones directas con el paciente en las primeras del puerperio, por lo que debe ser personal competente, experto y con capacidad en la identificación del riesgo obstétrico.

II. 10 Marco teórico referencial

Atención de parto en otros países. La influencia del desarrollo científico y tecnológico ha progresado medicamente algunos procesos fisiológicos como el embarazo y el parto.

La calidad y la seguridad de la mayoría de los países industrializados en los países de atención al parto se pueden encontrar diferencias en el uso de intervenciones para la atención al parto, los resultados obtenidos desde diferentes entornos en los últimos años son debatidos sobre cuál es el mejor modelo de atención a la maternidad y cuál es la

necesidad de revisión de aspectos como la calidad de la atención, los modelos altamente intervencionistas y la sostenibilidad de algunos servicios.

En algunos países cuentan con modelos de organización y de atención a la maternidad bien definidos que han sido revisados para adaptarse a las necesidades de las familias actuales y a los nuevos conocimientos sobre las prácticas clínicas del cual se debe tomar en cuenta el rol materno.

El papel maternal Mercer (2015), menciona a la madre que se constituye como un proceso de interacción y desarrollo, cuando logra el apego de su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la alegría y la gratificación de su papel. Los factores maternos: edad, estado de salud, relación padre–madre y características del lactante, define la forma en que la madre percibe los acontecimientos vividos que influirán al momento de llevar los cuidados a su hijo con características innatas de su personalidad. La maternidad implica un cambio en la vida de la mujer en un desarrollo continuado y permanente, convertirse en madre es bastante más que asumir un rol.⁸

La interacción de la mujer en el embarazo – parto y posterior la relación de adopción de rol materno Bronfenbrenner (1979) menciona del microsistema, el meso sistema y el microsistema cuya importancia del padre en la adopción del rol ayuda a “difuminar la tensión en la dualidad madre-niño.” La adopción del rol materno se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño.

El meso sistema. Agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del meso sistema pueden influir en lo que le ocurre al rol materno en desarrollo y al niño. El meso sistema incluye la guardería, la escuela, el entorno laboral, los lugares de culto y otras entidades de la comunidad más inmediata.

El macro sistema. Hace referencia a los prototipos generales que existen en una cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida. El macro sistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol materno están dentro del macro sistema.

La identidad materna. Proceso interactivo desde el embarazo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas del cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol. “el movimiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta un sentido de armonía, confianza y competencia en la realización que es el punto final para la adopción del rol materno y la identidad materna, visión interiorizada de sí misma como madre.

La percepción de la experiencia del nacimiento y la percepción de la mujer durante el parto y el nacimiento. El personal que se vincula con la mujer durante el periodo perinatal

debe considerar las necesidades afectivas que espera la mujer sean comprendidas en este contacto como la autoestima cuya percepción del individuo de cómo los otros lo ven y la auto aceptación de estas percepciones. Autoconcepto. Percepción general del yo que incluye la autosatisfacción, la autoaceptación, la autoestima y la coherencia o discrepancia entre la identidad y la identidad ideal. En sentirse amada y comprendida y el cuidado digno de confianza.

Las percepciones de la madre y del padre acerca de su salud anterior, actual y futura; la resistencia- susceptibilidad a la enfermedad; la preocupación por la salud, la orientación de la enfermedad, y el rechazo del papel de enfermo. El estrés ante el suceso de la vida percibida de modo positivo y negativo.

Presencia de emociones negativas. La valoración de ansiedad (una característica de la persona propensa a percibir las situaciones estresantes como peligrosas o amenazantes y como un estado específico a la situación) y depresión (padecer una serie de síntomas depresivos y, en particular, el componente afectivo del estado depresivo), son problemas en México no evaluados y existentes para la cooperación durante la etapa final de embarazo – parto y puerperio.

Presencia de emociones positivas. La gratificación satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una mujer experimenta en la relación con su hijo y al cumplir las tareas normales relacionadas con la maternidad.

La culminación con el parto y el manejo del recién nacido. El temperamento del niño, así como el estado de salud se relaciona con la capacidad del niño de enviar mensajes a su madre difícil de interpretar, lo que le crea sentimientos de incompetencia y frustración.

Apoyo emocional familiar en el parto y el nacimiento. Cantidad de ayuda que recibe realmente, la satisfacción que produce esa ayuda y las personas que la proporcionan, en otorgar, apoyo informativo y útil para cada problema y/o situación y apoyo físico en un tipo directo de ayuda. La familia es un sistema dinámico que incluye subsistemas: individuos (madre, padre, feto/niño) dentro del sistema general de la familia, el padre ayuda a diluir la tensión y facilitan el proceso del parto.

En el tema de abordaje de parto humanizado espera desde la información de otros países.

Atención en Reino Unido. El sistema de atención lo forman diferentes proveedores y representa en la mayoría de casos el primer contacto con el sistema sanitario, actuando como filtro a servicios especializados. La atención de la mujer durante todo el proceso de maternidad esta revisado y adaptado en la participación de profesionales, mujeres y administración pública. Se estudia el entorno en el que se produce el nacimiento y el parto es atendido por matronas que atienden a un número determinado de mujeres durante su embarazo, y el parto (en una unidad o en el domicilio) y el periodo posparto.

Atención del parto en Australia. El sistema de salud australiano se financia a través de impuestos y seguros obligatorios e implica a la gobernanza central y regional. Existen varios modelos de atención materno-infantil públicos y privados, las mujeres visitan diversos servicios durante el embarazo. Los modelos australianos con financiamiento público permiten elegir entre la atención al parto en unidades gestionadas por matronas o en unidades convencionales u obstétricas y también atención domiciliada al parto, que se financia de forma parcial. La atención a la maternidad se estructura de acuerdo según el riesgo obstétrico. Un nivel primario para atender a mujeres sin complicaciones, con matronas, el cuerpo de profesionales implicados en la atención a la maternidad está integrado por matronas, obstetras, médicos generales. La proporción de matronas es en general adecuada.

Atención de parto en Holanda. El sistema de salud holandés introdujo en 2006 un único escenario de seguro obligatorio donde compiten múltiples aseguradoras privadas. El seguro básico de salud da cobertura universal y se financia a través de una tasa que paga cada ciudadano a la aseguradora y también de la contribución de los empleadores al Health Insurance Fund. El gobierno controla la calidad, la accesibilidad y la eficiencia de los cuidados. La atención a la maternidad centrada en la familia es conocida por su promoción de los partos domiciliarios, asistidos en su mayoría por matronas. El sistema de salud se organiza en dos niveles. El primer nivel es la atención primaria y controla el acceso al segundo nivel, que es la atención secundaria o especializada. Esto significa que la mayoría de mujeres controlan su embarazo en la atención primaria con matronas –o médicos generales en algunas áreas geográficas– y sólo se derivan a un obstetra en caso de complicaciones.

Los embarazos de alto riesgo son controlados en la atención secundaria y los problemas complejos se atienden en hospitales universitarios. La mujer opta por un parto domiciliario con su matrona (o médico general en algunas partes de Holanda). En estos casos se asigna un profesional de enfermería que se desplaza al domicilio y es responsable de los cuidados durante los 8 días posteriores al parto. Todos los hospitales cuentan con áreas para la atención al parto de mujeres sin riesgos obstétricos, pero la opción de un parto hospitalario supone asumir el coste de la habitación del hospital.

Atención de parto en Irlanda. Más de la mitad de la población dispone de un seguro voluntario de salud. La atención al embarazo, al parto y al periodo posnatal inmediato es gratuita para todas las mujeres, por lo que la mayoría utiliza el sistema público. Existe la modalidad semiprivada, en la que se paga directamente al hospital o se complementa con un seguro privado el coste de la estancia, y la atención privada, en la que se elige un obstetra privado a quien se paga directamente por la atención antenatal, mientras que el seguro privado se utiliza para costear la estancia hospitalaria. En ambos casos, semiprivado o privado, el parto puede ser atendido por matronas o por obstetras indistintamente, y en algunos casos por médicos generales. En general, en el sistema

público los obstetras realizan el control antenatal, y el parto es atendido por matronas en el hospital. En caso de riesgo obstétrico elevado, el control antenatal se realiza en servicios especializados.

Atención del parto en Francia. La atención prenatal existe una amplia oferta de servicios donde la mujer puede elegir entre obstetras y matronas hasta el quinto mes de embarazo, en caso de bajo riesgo. El último periodo de embarazo se controla en el hospital, donde habitualmente los obstetras asumen la atención, aunque existen unidades en las que son las matronas quienes se hacen cargo de esta responsabilidad. En caso de riesgo obstétrico el seguimiento del embarazo se hace directamente en los hospitales. En la mayoría de hospitales las matronas ofrecen sesiones de preparación prenatal y de posparto sin coste adicional para las mujeres. La atención desde el sexto mes de embarazo y hasta los 12 días posparto está íntegramente financiada por el sistema público de salud, pero los servicios complementarios que ofrecen algunos hospitales requieren seguros privados o pagos adicionales.

Atención perinatal en México. La promoción de la salud y la prevención es un eje fundamental de la salud pública, por ello son componentes esenciales del modelo de atención en México. La salud materna- paterno infantil forma parte de un trinomio de interacción y complementación.

México cuenta con un programa de salud materna y perinatal en el que busca contribuir el cumplimiento de dos de los ocho objetivos de la meta del milenio, donde planea la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud, su efectividad, el seguimiento, la rendición de cuentas y lograr que se disminuyan los rezagos en salud que afectan a la población.

Atención del parto en México. Atención del parto no obstétrica (por parteras), atención hospitalaria con atención obstétrica. Se cuenta con la guía de práctica clínica para la atención embarazo, parto y puerperio, así como lo legislado en la NOM 007 en la cual se señala las practicas recomendadas y no recomendadas en la atención durante el parto tales como:

La guía de práctica clínica de la vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo evidencia que La colocación del recién nacido por debajo o a nivel de la vulva 3 minutos antes del pinzamiento del cordón, o hasta que deje de latir, permite el paso de 80 ml de sangre desde la placenta hacia el recién nacido.

La Episiotomía debe ser selectiva recomendación por La guía de práctica clínica vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, No debe practicarse episiotomía de rutina en todos los partos espontáneos. Una revisión Cochrane de ocho estudios clínicos con 5541 mujeres mostró que la episiotomía restrictiva resultó en menor trauma perineal severo y un menor número de complicaciones en la cicatrización. La episiotomía restrictiva se asocia con mayor trauma anterior perineal.

La guía de práctica clínica de la vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo evidencia que el alumbramiento activo difiere fisiológico y/o dirigido disminuye el riesgo de hemorragia postparto, reduce la necesidad de administración de oxitócicos y acorta la duración de la tercera etapa del parto. El manejo activo de la tercera etapa del parto consiste en: Administrar agentes Uterotónicos como oxitocina, ergonómia, y/o misoprostol.

Pinzamiento tardío después del minuto es una práctica fisiológica y aporta evidencia de que un retraso en el pinzamiento del cordón umbilical en las primeras horas aumenta la concentración de hemoglobina y los depósitos de hierro en el recién nacido.

Aplicar tracción controlada o suave del cordón umbilical. Aplicar masaje uterino después de que la placenta descienda y sea expulsada, según lo que sea adecuado. El manejo no activo o fisiológico es la observación natural del trabajo de parto. El uso rutinario de oxitocina como Uterotónicos en el manejo activo del alumbramiento disminuye el riesgo de hemorragia postparto (HPP) >500 ml y la necesidad terapéutica de usar otros Uterotónicos.

La preparación del personal de enfermería y su importancia radica en las buenas prácticas para la atención de este tema la mujer obstétrica. Resaltar el rol de la enfermera obstétrica y partera en el proceso de la gestación, la atención del parto y el posparto fisiológico, así como identificación de problemas que presente la paciente para ser referidas al hospital como urgencia obstétrica.

Capacitar facilitadores en el desarrollo humano que detonen el proceso de formación humanística en el personal de salud y administrativo de las unidades, así como los equipos de supervisión y parteras del primer nivel de atención, la primera fase será de sensibilización y en una segunda fase caminando al desarrollo humano. ⁶

II. 11 Aporte teórico Patricia Benner.

La atención de enfermería basada en competencias poseen una serie de objetivos, funciones y significados, como: el papel de ayudar, la función de enseñanza-entrenamiento, la función diagnóstica y de monitorización del paciente, la conducción eficaz de situaciones rápidamente cambiantes, la administración y monitorización de intervenciones y regímenes terapéuticos, la monitorización y el aseguramiento de la calidad de las prácticas de cuidados sanitarios y las competencias organizativas del papel profesional.

Principiante - Novato: es la persona que no tiene ninguna experiencia previa de la situación a la que debe enfrentarse. Existen problemas para diferencias entre los aspectos relevantes y los irrelevantes de una situación. Por reglar general, es este estadio se encuentran los estudiantes de Enfermería, aunque también podrían encontrarse las

enfermeras expertas en un área determinada cuando tienen que enfrentarse a una situación que les es desconocida. Un ejemplo de ello pueden ser las enfermeras de footing. Pueden ser expertas en el área de maternidad, pero cuando son trasladadas a otra planta, encuentran dificultades.

Principiante avanzado: es la persona que puede demostrar una actuación aceptable por lo menos parcialmente después de haberse enfrentado a un número suficiente de situaciones reales o después de que un tutor le haya indicado los elementos importantes recurrentes de la situación. En este estadio, la persona posee la experiencia necesaria para dominar algunos aspectos de la situación. Las enfermeras en este nivel siguen normas y se orientan por las tareas que deben realizar. Tienen problemas para dominar la situación actual del paciente desde una perspectiva más amplia. En esta etapa, a la enfermera no le preocupa tanto conocer las respuestas y necesidades de los pacientes, sino que estudian las situaciones clínicas para demostrar sus capacidades y saber lo que exige la situación a la que se enfrentan.

Competente: este nivel se caracteriza por una considerable planificación consistente y deliberada que determina los aspectos de las situaciones actuales y futuras que son importantes y cuáles no. La atención se centra en la gestión del tiempo y en la organización de las tareas de la enfermera, en vez de centrarse en la planificación del tiempo.

Eficiente: este es un salto cuantitativo con respecto al competente. Ahora la persona es capaz de reconocer los aspectos más importantes y posee un dominio intuitivo de la situación a partir de la información previa que conoce.

Experta avanzada: en este nivel, la enfermera posee un dominio intuitivo de la situación y es capaz de identificar el origen del problema sin perder tiempo en soluciones y diagnósticos alternativos. La enfermera experta posee habilidad de reconocer patrones gracias a su amplia experiencia. La enfermera desarrolla su ejercicio profesional de manera flexible y muy eficiente; ya no necesita reglas, directrices o máximas para conectar su conocimiento de la situación con la acción adecuada. Demuestra capacidad analítica elevada e intuitiva ante situaciones nuevas y tiende a realizar una acción determinada porque “siente que es lo correcto”.

Benner, señala que, a medida que el profesional adquiere experiencia, el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimiento práctico y teórico. Es sus estudios demostró que la adquisición de conocimientos y habilidades, se adquieren más fácilmente cuando se construyen bajo una base sólida.

Esta clasificación que realiza ella, fortalece la idea de que la experiencia enriquece la formación de enfermería, ya que en etapas iniciales se presentan inseguridades en el manejo de los pacientes, se viven las primeras experiencias con la muerte, y el aprendizaje se realiza a través de la observación de pares y otros profesionales. Además,

estos niveles se ubican a los profesionales de enfermería dentro de su propio contexto de aprendizaje, ofreciéndole a cada uno la oportunidad de conocer sus fortalezas y debilidades.

La teoría de Benner plantea que la enfermería abarca el cuidado, el estudio de las experiencias vividas con relación a la salud, la enfermedad y las relaciones con el entorno, y describe la práctica desde un planteamiento fenomenológico interpretativo. Por tanto, la formación requiere integrar los conocimientos y la práctica a través de experiencias de aprendizaje que propicien la adquisición de habilidades, saberes y actitudes que desarrollen las competencias necesarias para cuidar con mayor calidad, las cuales, debido a los avances científicos y técnicos es necesario actualizar, al respecto da Silveira²⁸, invita a reflexionar sobre la educación permanente, para proporcionar cuidado de enfermería cualificado y vinculado a un modelo de transformación de la vida diaria.

En concordancia con lo anterior, Benner hace aportes relevantes desde sus estudios sobre la práctica de enfermería clínica, basados en el "modelo de adquisición y desarrollo de habilidades y competencias" de los hermanos Dreyfus, según el cual el estudiante/trabajador inicia como aprendiz en la vida laboral/práctica y va adquiriendo progresivamente experiencia y habilidades para afrontar diferentes situaciones, hasta convertirse en experto.

En la formación para el cuidado. La formación de enfermeros (as) se genera a partir de los conocimientos de los educadores, quienes facilitan el aprendizaje, creando ambientes de interacción y trabajo en equipo que permitan al estudiante adquirir el conocimiento, y al docente actualizar el mismo. Benner propone generar ambientes de aprendizaje experiencial con el fin de que los estudiantes encuentren la relación entre lo aprendido teóricamente y la práctica, una de las metodologías que facilitan este proceso es el aprendizaje basado en problemas. Además, proporciona criterios para seguir la trayectoria de principiante a experto e identifica siete dominios para la práctica de enfermería:

1. Diagnóstico del paciente
2. Realización y seguimiento de las intervenciones
3. Continuidad y seguridad de la calidad de las prácticas de cuidado de la salud
4. Organización y papel del trabajo por competencias
5. Función de ayudar
6. Función de enseñanza/entrenamiento
7. Gestión eficaz de las situaciones que cambian rápidamente.

Estos dominios son instrumentos fundamentales para la práctica reflexiva y la adquisición de habilidades desde un aprendizaje situado, en el cual se produce conocimiento a partir de situaciones específicas (aprensitu) y genera un modelo teórico metodológico de la enseñanza que convierte la integración de la teoría y la práctica en elemento central para tomar decisiones respecto al cuidado.

Para lograr lo anterior, el docente puede aplicar los 5 niveles de competencia de educación y práctica de enfermería descritos por Benner, los cuales privilegian la experiencia, proporcionan una delimitación del rol que cumple el enfermero(a) en formación por medio de una clasificación de conocimientos, habilidades y actitudes que se van a descubrir incorporados en la práctica clínica y las integra con un conjunto de ideas adquiridas en la teoría. Lo anterior genera experiencia, que no se refiere solamente al tiempo que lleva una persona realizando una actividad, sino a las situaciones que vive, las cuales sin que se dé cuenta le están refinando el conocimiento y proporcionando juicio clínico.

Cuando la enfermera (o) se enfrenta a un área nueva, regresa al nivel de principiante, situación estresante para el experto que había alcanzado un nivel intuitivo y debe volver a depender de la teoría. Por ello, los programas de capacitación continua en el ámbito laboral enfermería debe ser de aporte al enfermero las herramientas básicas para reconstruir su propio conocimiento y logren una mejor práctica y toma de decisiones al momento de cuidar al paciente. Estas recomendaciones han sido adaptadas en varias escuelas y hospitales en los últimos años porque brindan herramientas para identificar los conocimientos y habilidades y competencias.¹⁷

Adquisición de habilidades enfermeras. Las enfermeras novatas inicialmente realizan el proceso con expertos que se constituyen en un apoyo en caso de presentar ansiedad ante la nueva situación. Para cumplir las metas es importante analizar las competencias básicas que debe cumplir en su vida laboral y de esta manera clasificar los temas que se van a tratar basados en progreso continuo de principiante a experto, es posible que inicialmente realicen las actividades de manera racional, pero a medida que pasa el tiempo van desarrollando la habilidad para ejecutarlas por medio del saber y del saber cómo, con un análisis del conocimiento derivado de la práctica. Indica tres elementos indispensables para generar hábiles para el cuidado (el conocimiento, la práctica especializada y la ética).

Otro elemento necesario para lograr la intuición es la experiencia, la cual no se adquiere únicamente con el tiempo sino aplicando el conocimiento y el saber al manejo de las situaciones y solución de problemas, lo que indica que es el resultado de las capacidades recurrentes y el aprendizaje experiencial.

En la formación Investigativa. El evaluar la calidad del cuidado, uno de los estudios al respecto es el realizado por García y cols. Para determinar errores en la administración

de medicamentos en él, el caso de esta tesis se toma como referente teórico Benner "Del principiante al experto: Excelencia y poder de la Enfermería clínica y pretende identificar si la disminución en la variabilidad de la práctica enfermera contiene el riesgo y mejora la seguridad de los pacientes en un servicio del módulo mater, sala de labor, expulsión, recuperación y hospitalización de ginecología. ^{8,17}

CAPITULO III METODOLOGÍA

En el presente capítulo se presenta el diseño del estudio, población, muestra, instrumento de recolección de información, consideraciones éticas y estrategias para el análisis de resultados.

III.1 Diseño del estudio

El diseño del estudio fue descriptivo, transversal y analítico.

III.2 Población

Personal de enfermería adscrito al hospital Gral. "Dr. Jorge Soberón Acevedo"

Muestra. Se tomó una muestra a conveniencia de 32 participantes, personal de enfermería adscrito a los servicios de: unidad mater, toco cirugía, servicio de hospitalización de ginecología.

III.3 Criterios de selección

Criterios de inclusión. Personal de enfermería de diversos códigos (auxiliar de enfermería, enfermera general, enfermera especialista, jefa de servicio) por su tipo de contratación con base y personal por contrato y/o eventual, adscritos al servicio de unidad mater, toco cirugía y servicio de ginecología, en todos los turnos.

Criterios de exclusión. Personal de enfermería del servicio ausente, pasantes y estudiantes enfermería y al personal de enfermería que durante el periodo de recolección de información se encontraba incapacitado o en periodo vacacional, así como a los que no aceptaron participar.

Criterios de eliminación. Todo el cuestionario incompleto.

III. 4 Variables de estudio

Variable dependiente: Competencias del personal de enfermería

Variables independientes: Variables sociodemográficas y laborales

Capacitación y Desempeño

III. 5 Instrumentos de medición

La investigación se evaluó mediante un cuestionario validado y registrado por el comité de ética de la facultad de enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, diseñado por indicadores del IMSS, guía de práctica clínica del manejo y vigilancia en el parto y lineamiento del Triage obstétrico. Está conformado por aspectos sociodemográficos y evaluación del personal de enfermería.

Características del instrumento. El Instrumento consta de variables sociodemográficas y laborales de las participantes (Sexo, Edad, Turno, antigüedad, puesto, nivel académico, cursos de actualización) los indicadores Seguridad del Paciente Atención en paciente obstétrica, asignados por La Joint Commission International a partir de las propuestas de la OMS adoptadas en 2007-08 han sido incorporados al proceso de Certificación del Consejo de Salubridad General. Se adscribió la iniciativa de seguridad del paciente a SICALIDAD, que pasó a denominarse Programa Nacional de Seguridad del Paciente.

En 2009 el Consejo de Salubridad homologó sus estándares con la Joint Commission International. En la versión original. La evaluación del indicador tenía dos opciones de respuesta Si= si se cumple con el indicador. No= no se cumple con el indicador. Para este estudio se adaptó con 4 opciones de respuesta: Siempre (4) Casi siempre (3) A veces (2) Nunca (1) El instrumento consta de 45 ítems.

Eficiente, experto avanzado –se puntúo Excelente 91 a 100%

Competente - se puntúo Bueno 81 a 90%

Principiante Avanzado - se puntúo Suficiente 71 a 80%

Novato -Deficiente se puntúo <70%

Preguntas de necesidades con 6 temas de capacitación, de acuerdo a sus tareas cotidianas en el servicio: Lactancia Materna. Riesgo Obstétrico, Métodos anticonceptivos, RCP Neonatal, Código Mater y ERIO. Con 4 opciones de respuesta: desde muy necesario hasta nada necesario.

Datos sociodemográficos y laborales se utilizaron preguntas abiertas

Procedimiento: Los cuestionarios auto aplicado en horario laboral dentro de las instalaciones del hospital. Previa solicitud a la jefatura de enfermería y firma de consentimiento informado (ver - anexo). Se entregaron personalmente a las enfermeras, una vez llenado el cuestionario fue recogido por la investigadora y resguardado hasta su captura. En todo momento se respetó la confidencialidad y el anonimato de las participantes.

III.6 Análisis estadístico

- La información obtenida fue capturada en el programa Excel y procesada en paquete estadístico SPSS V-21.
- Se realizó estadística descriptiva frecuencias, porcentajes. Se realizó un análisis univariado de cada una de las variables de interés.
- En el cuestionario se evalúa el desempeño de enfermería en el proceso obstétrico. Métodos e instrumentos de recolección de datos

III.7 Consideraciones éticas

Durante la investigación se respetaron los principios éticos al permitir la participación voluntaria de las enfermeras que cumplieron con las características de inclusión solicitada a cada enfermera se le dio un cuestionario que no había respuesta buena o mala y que además era un cuestionario anónimo para no afectar de una manera las relaciones interpersonales ni de divulgación de sus datos. El estudio se apegó al reglamento de la ley general de investigación para la salud considerando sus valores, la profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y ética que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión.

Toda investigación en seres humanos se debe realizar de acuerdo con tres principios éticos básicos autonomía, beneficencia y no maleficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios que en teoría tienen igual fuerza moral guían la preparación responsable de protocolos de investigación.

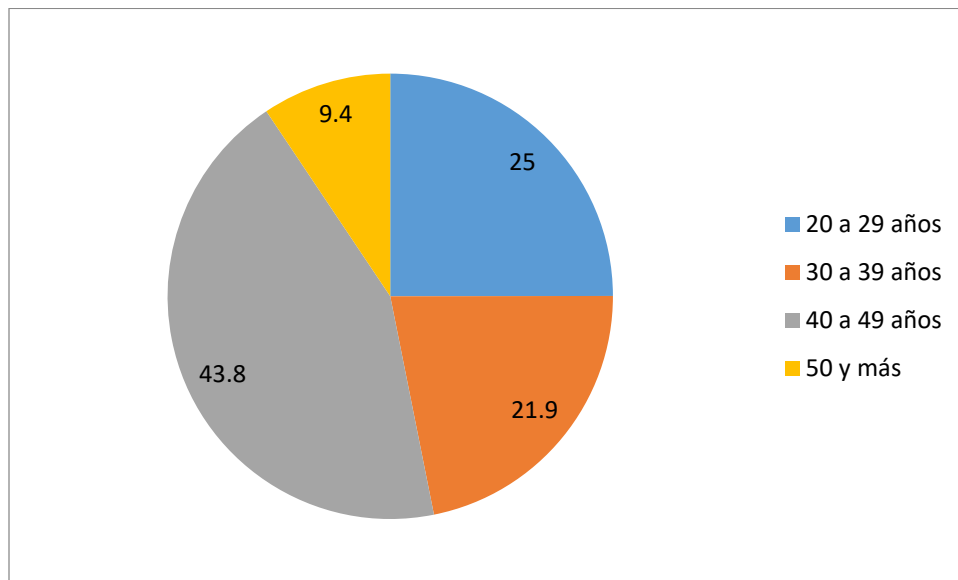
Autonomía. Protección de las personas con capacidad en toma de decisiones, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables Ginebra 2005. En el presente estudio este principio se respetó al permitir la participación voluntaria, no se ejerció ningún tipo de presión moral o psicológica que condicionara la participación.

La presente investigación se apegó a las disposiciones y el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación¹⁰. Fue necesario obtener el consentimiento informado por parte de los participantes del estudio y en materia de investigación vigente y fue considerada sin riesgo. De acuerdo con la Declaración de Helsinki, privacidad y confidencialidad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardarla privacidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal²².

CAPITULO IV RESULTADOS

La muestra fue conformada por N 32 enfermeras del Hospital General de Iguala, Guerrero de los servicios de ginecobstetricia, participan enfermeras (os) de ambos sexos, cualquier edad y antigüedad, se explora capacitación y necesidades de cursos para el cuidado de la mujer desde la admisión, sala de labor, expulsión, recuperación y hospitalización, la mayoría del personal participante son mujeres. En los indicadores de calidad se buscan el cumplimiento de ellos.

Gráfico No 1. Grupos de Edad del personal de enfermería.



Fuente: Cuestionario variables sociodemográficas

La edad del personal participante es entre 20 a 56 años, el promedio de edad es de 35 años.

En relación a la edad el personal de enfermería participante El de mayor participación fue el grupo de edad de es de 40 a 49 años con un 43.8%. Tabla y Gráfico No. 1.

Tabla No 1. Sexo: Enfermeras (os) hospital Iguala, Guerrero.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hombre	4	12.5	12.5
Mujer	28	87.5	100.0

Fuente: Cuestionario variables sociodemográficas

En relación al sexo la mayoría son mujeres 87.55% y hombres el 12.5%.

Tabla No 2. Tipo de contratación, antigüedad y servicio.

Tipo de contratación		
	Frecuencia	Porcentaje
Base	16	50.0
Eventual	16	50.0
Antigüedad General		
0 a 4 años	10	31.2
5 a 9 años	8	25.0
10 a 14 años	7	21.9
15 a 24años	4	12.5
25 y más	3	9.4
Antigüedad en el servicio		
1 año y menos	20	62.5
2 a 4 años	9	28.2
8,12,14 años	3	9.3
Servicio		
Toco Cirugía	24	75.0
Hospitalización Ginecología	7	21.9
Urgencias Obstétricas	1	3.1
Turno		
Matutino	11	34.4
Vespertino	9	28.1
Nocturno	8	25.0
Jornada Acumulada	4	12.5

Fuente: Cuestionario variables laborales

Por tipo de contratación la mitad son de base y el resto eventuales.

En personal de enfermería participante fue el de menor antigüedad de 0 a 4 años con un porcentaje del 31.2%, el mayor grupo que participo y de 5 a 9 años el 25%, en este estudio del proceso obstétrico, Toco cirugía por los múltiples procedimientos.

La antigüedad en el servicio la mayor parte de personal es rotatorio y fue el 62.5%, la fortaleza y con mayor antigüedad entre 2 a 14 años en el servicio 37.5%.

De los servicios entrevistados Toco cirugía 75.0%, Hospitalización Ginecología 21.9% y de urgencias obstétricas 3.1%.

Los turnos participantes el matutino 34.4% vespertino 28.1%, nocturno 25% y jornada acumulada 12.5%.

Tabla No 3. Nivel académico y Puesto.

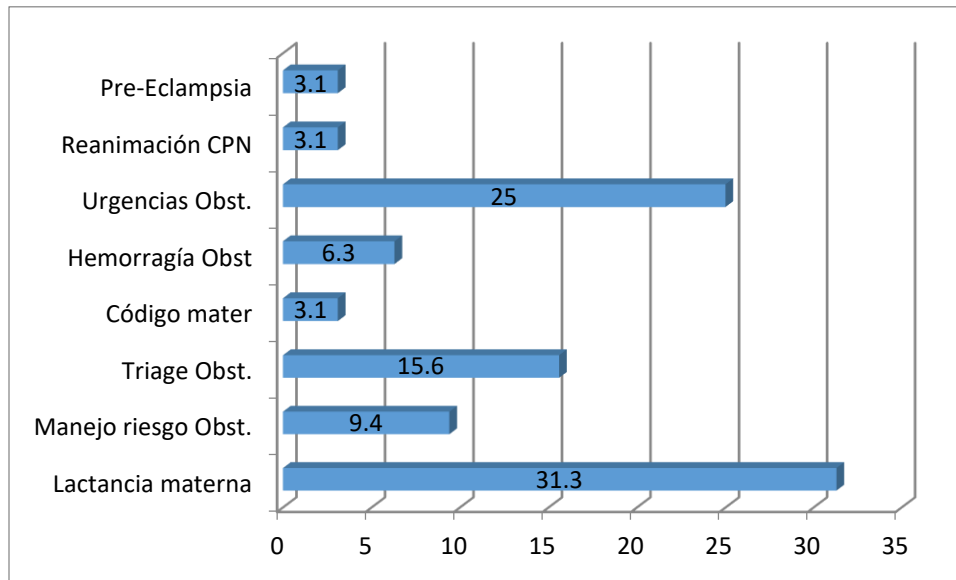
Nivel académico	Frecuencia	Porcentaje
Técnico	8	25.0
Licenciatura	23	71.9
Maestría	1	3.1
Puesto		
Enfermera (o) General	26	81.2
Enfermera Quirúrgica	1	3.1
Enfermera Perinatología	3	9.4
Administración	1	3.1
Enfermera en Administración y Peditra	1	3.1

Fuente: Cuestionario variables laborales

En relación al nivel académico el nivel técnico 25%, con licenciatura 71.9% y posgrado 3.1%

En relación al puesto que ocupan el personal es: enfermería general es de 81.2%, enfermera quirúrgica 3.1%, enfermeras especialistas en perinatología es de 9.4%, en administración 3.1%, enfermera administración y pediatría 3.1%.

Gráfico No 2. Temas de capacitación recibidos por el personal de enfermería.



Fuente: Cuestionario ex profeso apartado: temas de capacitación recibidos por enfermería

La fortaleza para la atención de la mujer obstetrica en el periodo perinatal es la capacitación y actualización.

Los temas de capacitación al personal de enfermeria para mejor atención a la mujer y el recién nacido Lactancia materna el personal participante cuenta con un 31.3%.

Manejo de riesgo obstétrico- Atención/actuación 9.4%.

Triage obstétrico- Atención/actuación 15.6%

Código Mater- Atención/actuación 3.1%

Atención/actuación ante una Hemorragía obstétrica 6.3%.

Urgencia obstetrica- Atención/actuación el 25%.

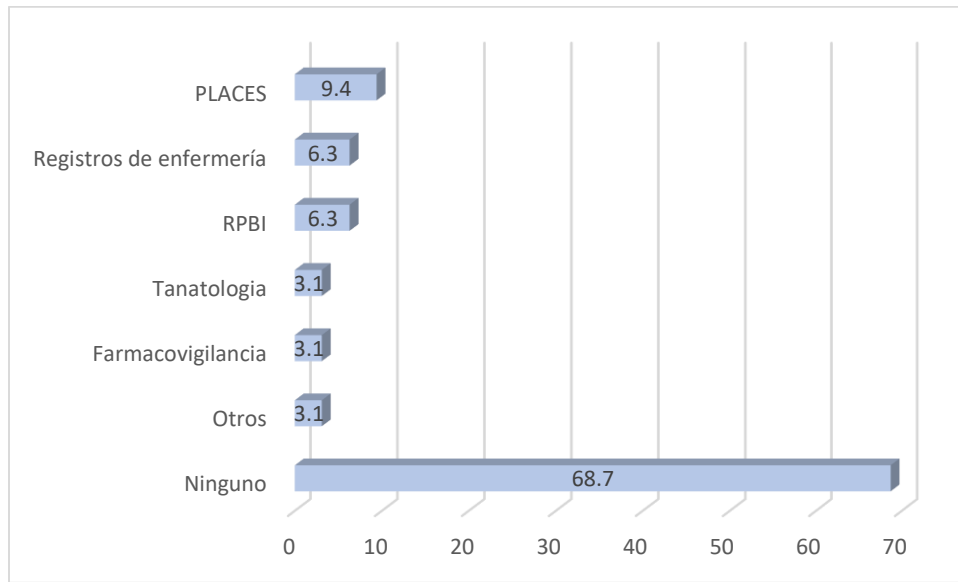
Atención/valoración en Riesgo obstétrico el 15.6%

Reanimación cardiopulmunar neonatal 3.1%.

Atención/valoración Preclamsia el 3.1%.

En relación a la tematica expuesta, se evalúa a las enfermeras en escala desde novato a experto.

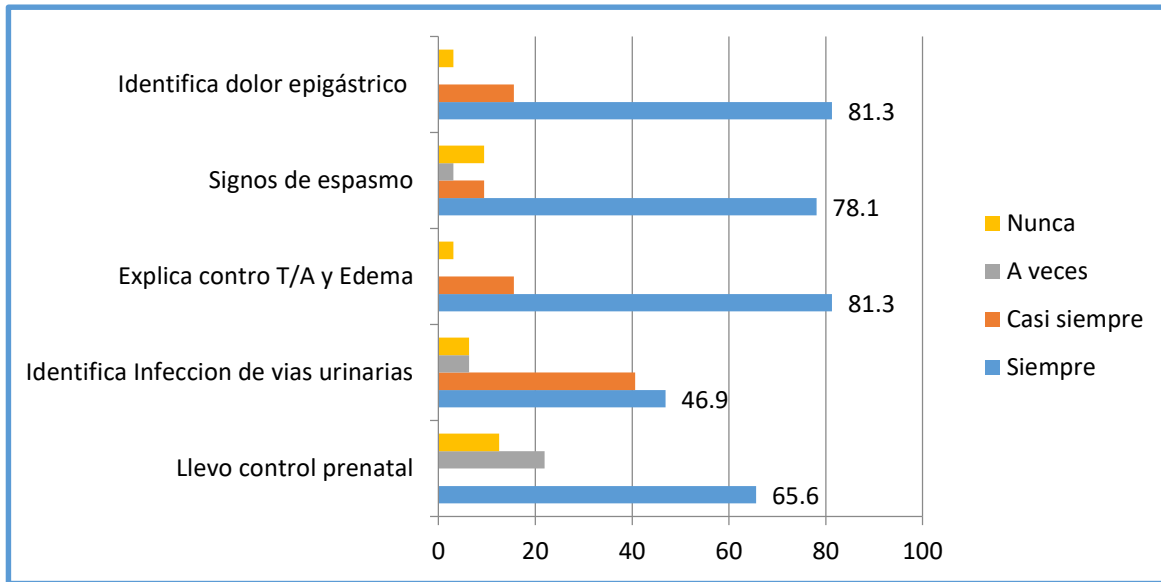
Gráfico No 3. Capacitación recibida por el personal de enfermería.



Fuente: Cuestionario ex profeso apartado: temas de capacitación recibidos por enfermería

Las capacitaciones recibidas al personal en: Planes de Cuidados de estandarizados de enfermería 9.4%, Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos y registros de enfermería es de un 6.30%, mientras que el 3.1% cuenta con capacitaciones en tanatología, fármaco vigilancia entre otros, el 6.8% del personal de enfermería no cuenta con capacitaciones.

Gráfico No 4. Identificación de riesgos maternos.



Fuente: Cuestionario ex profeso para evaluar proceso de atención obstetricia en enfermería

En valoración al ingreso se encontró que las enfermeras pregunto a la paciente si llevo control prenatal, siempre 65.6%, a veces 21.9% y nunca 12.5%. (Deficiente)

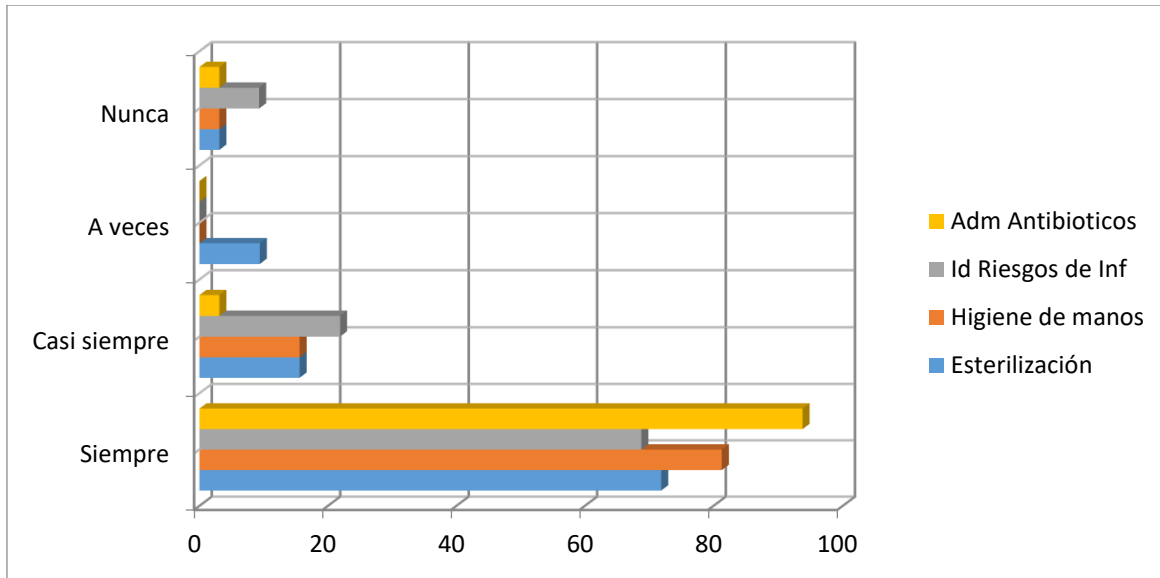
Identifica infección de vías urinarias siempre 46.9%, casi siempre 40.6, a veces 6.3% y nunca 6.3%. (Deficiente)

Explica control Presión arterial y Edema siempre 81.3%, casi siempre 15.6 y nunca 3.1%.

Valora signos de vaso espasmo siempre 78.1%, casi siempre 9.4, a veces 3.1% y nunca 9.4%. (Principiante Avanzado)

Identifica si hay dolor epigástrico siempre 81.3%, casi siempre 15.6% y nunca 3.1%. (Competente)

Gráfico No 5. Práctica de prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.



Fuente: Cuestionario ex profeso para evaluar proceso de atención obstetricia en enfermería

En la prevención de infecciones asociadas a la atención a la salud.

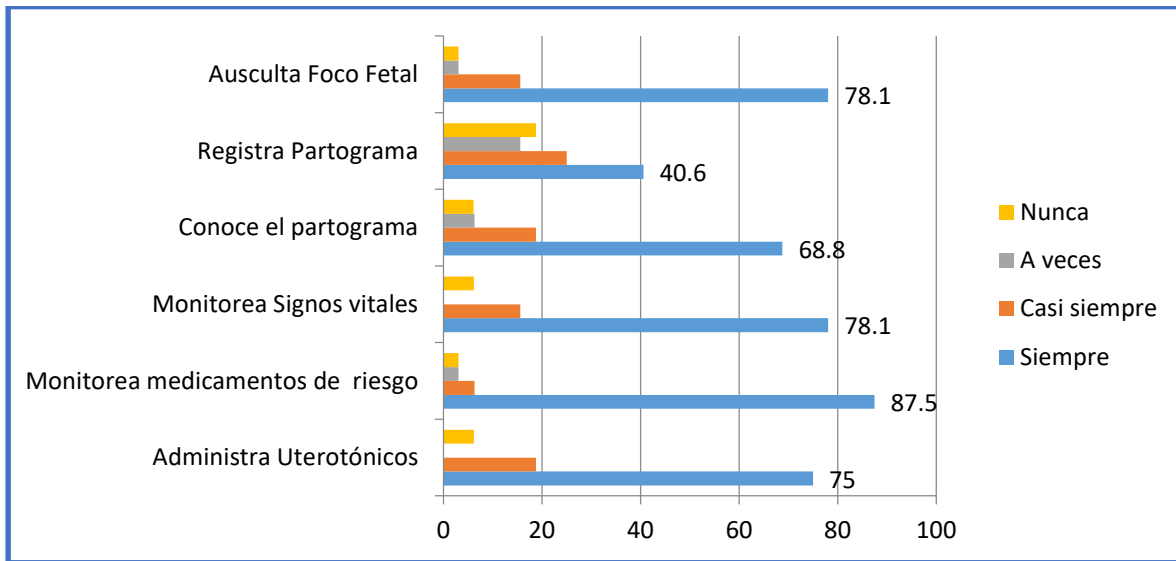
Administra antibióticos siempre 93.8%, casi siempre 3.1, nunca 3.1%. (Eficiente, experto avanzado)

Identifica riesgos de infección siempre 68.8%, casi siempre 21.9%, y nunca 9.3%. (Deficiente)

Higiene de manos, siempre 81.3%, casi siempre 15.6%, y nunca 3.1%. (Competente)

Verifica esterilización de equipos. Siempre 71.9%, casi siempre 15.6%, a veces 9.4% y nunca 3.1%. (Principiante Avanzado)

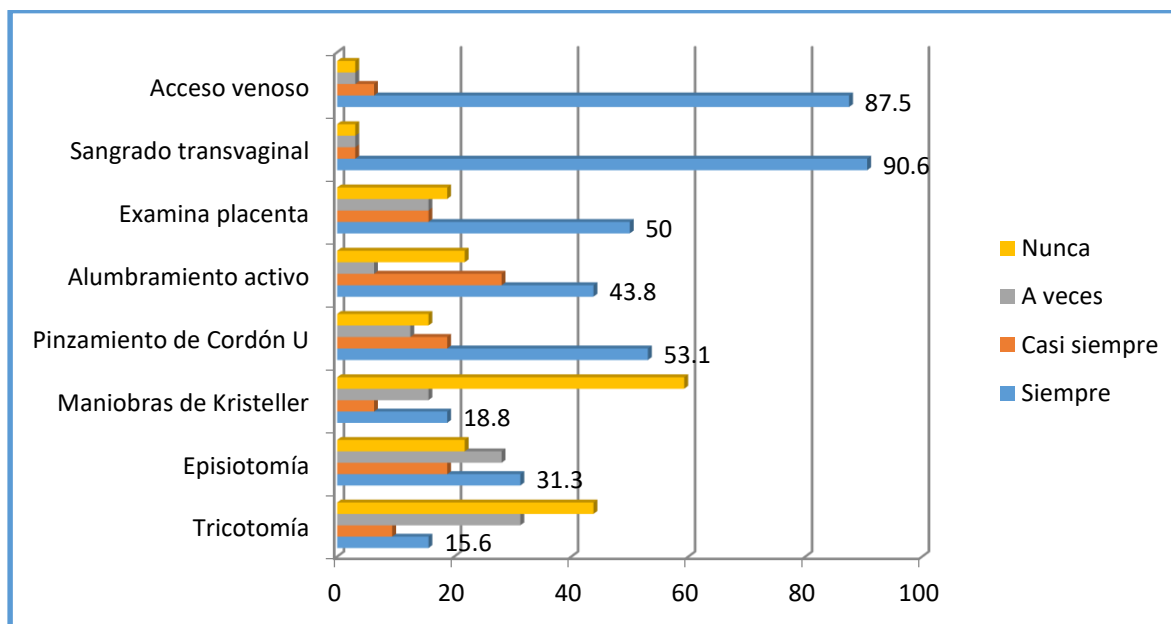
Gráfico No 6. Atención durante el Trabajo de parto.



Fuente: Cuestionario ex profeso para evaluar proceso de atención obstétrica en enfermería

En relación a la atención durante el trabajo de parto gráfico No. 6 el personal las participantes mencionan: Ausculta el foco fetal. Siempre 78.1%, casi siempre 15.6%, a veces 3.1% y nunca 3.1%. Registra el partograma. Siempre 40.6%, casi siempre 25%, a veces 15.6% y nunca 18.8%. Conoce el partograma. Siempre 68.8%, casi siempre 18.8%, a veces 6.3% y nunca 6.1%. Monitorea los signos vitales. Siempre 78.1%, casi siempre 15.6% y nunca 6.2%. Monitorea medicamentos de alto riesgo. Siempre 87.5%, casi siempre 6.3% a veces 3.1 % y nunca 3.1%. Administra medicamentos Uterotónicos. Siempre 75%, casi siempre 18.8% y nunca 6.2%. (Deficiente a Competente)

Gráfico No 7. Atención durante el parto.



Fuente: Cuestionario ex profeso para evaluar proceso de atención obstétrica en enfermería

Durante la atención al parto el personal participante mantiene un acceso venoso siempre 87.5 %, casi siempre 6.3% a veces y nunca 3.1%.

Revisa sangrado transvaginal. Siempre 90.6% y casi siempre a veces y nunca 3.1%.

Examina placenta. Siempre 50%, casi siempre y a veces 15.6 % y nunca 18.8%.

Participa en el alumbramiento activo. Siempre 43.8%, casi siempre 28.1% a veces 6.3 % y nunca 21.8%.

Pinzamiento tardío del cordón umbilical. Siempre 53.1%, casi siempre 18.8% a veces 12.5 % y nunca 15.6%.

Se realiza maniobras de Kristeller. Siempre 18.8%, casi siempre 6.3% a veces 15.6% y nunca 59.3%.

Se realiza episiotomía. Siempre 31.3%, casi siempre 18.8% a veces 28.1% y nunca 21.8%.

Se realiza tricotomía. Siempre 15.6%, casi siempre 9.4%, a veces 31.3 % y nunca 43.8%.
(Competente a Novato)

Tabla No 4. Practicas recomendadas y no recomendadas en la atención durante el parto.

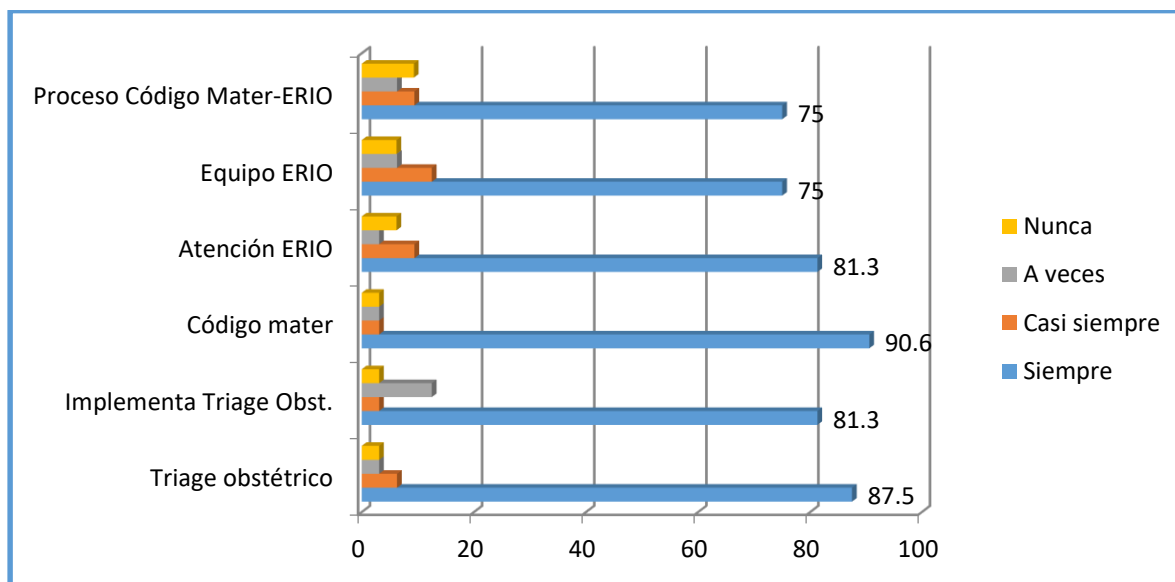
	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
No recomendada				
	Porcentajes			
Tricotomía	15.6	9.4	31.3	43.8
Episiotomía	31.3	18.8	28.1	21.8
Maniobras de Kristeller	18.8	6.3	15.6	59.3
Recomendada				
Pinzamiento tardío de Cordón Umbilical	53.1	18.8	12.5	15.6
Alumbramiento activo	43.8	28.1	6.3	21.8
Examina placenta	50	15.6	15.6	18.8
Examina el sangrado transvaginal	90.6	3.1	3.1	3.1
Acceso venoso	87.5	6.3	3.1	3.1

Fuente: Cuestionario ex profeso para evaluar proceso de atención obstétrica en enfermería

En las Prácticas no recomendadas En la atención durante el parto el personal participante menos del 50%. Realiza Pinzamiento tardío después del minuto siempre, realiza Episiotomía selectiva y realiza maniobras Kristeller.

En las practicas recomendadas en la atención durante el parto el personal participante 90.6% siempre examina el sangrado vaginal, entras que el 87.5% siempre mantiene un acceso venoso, menos del 50% realiza manejo activo, examina placenta, el 53.1% realiza pinzamiento tardío de cordón umbilical.

Gráfico No 8. Activación del equipo obstétrico en eventos.



Fuente: Cuestionario ex profeso para evaluar proceso de atención obstétrica en enfermería

El personal participante el 75% a 90.6% activa el código mater en eventos obstétricos emergentes y tiene conocimiento de quienes integran el equipo de respuesta inmediata (ERIO). (Personal participante ver gráfico 9 y anexo no. 3)

El 81.3% siempre atiende la emergencia obstétrica: urgencias, unidad mater, hospitalización de Gineco-obstetricia, unidad de cuidados intensivos, quirófano, área de labor, expulsión y/o recuperación

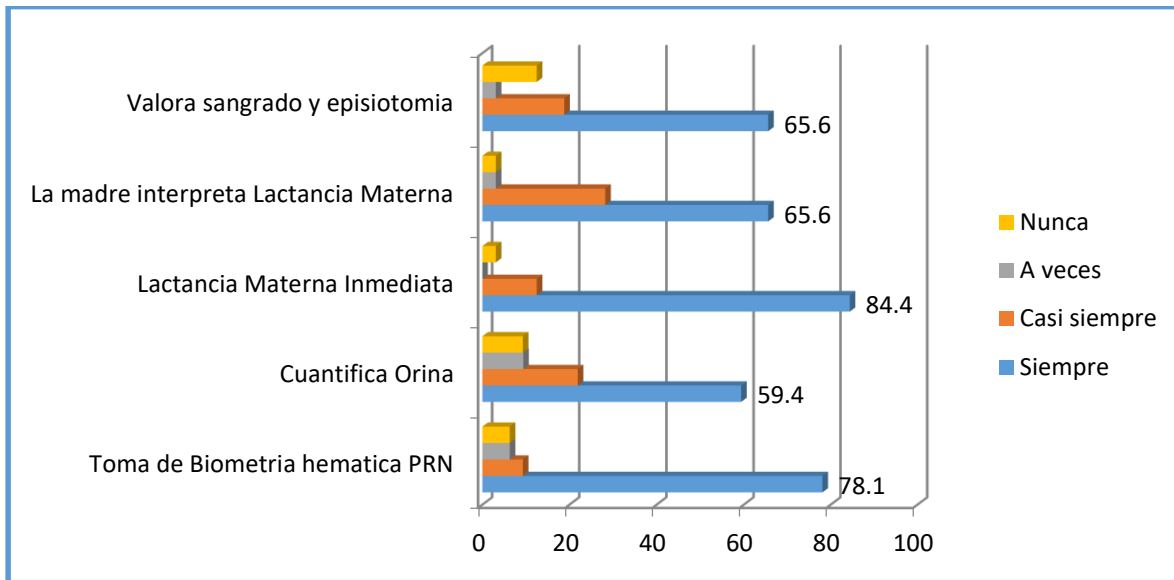
Código Mater. Es el personal que otorga la atención obstétrica e identifica la urgencia y activa la alarma. 75%.

Conoce Triage Obstétrico e identifica en grado de urgencia. Siempre 87.5% implementa Triage Obstétrico que consiste en Clasifica o seleccionar mediante un proceso de valoración rápida a las pacientes obstétricas mediante la aplicación de escalas que permite clasificar en función de su gravedad. Código rojo (emergencia), código amarillo (urgencia calificada) código verde (urgencia no calificada)

En la activación de eventos obstétricos el personal de enfermería siempre 90.6% activa el código mater.

El personal de enfermería siempre 75% identifica el personal del equipo ERIO. (Competente a Principiante Avanzado)

Gráfico No 9. Cuidado en el puerperio inmediato.



Fuente: Cuestionario ex profeso para evaluar proceso de atención obstétrica en enfermería

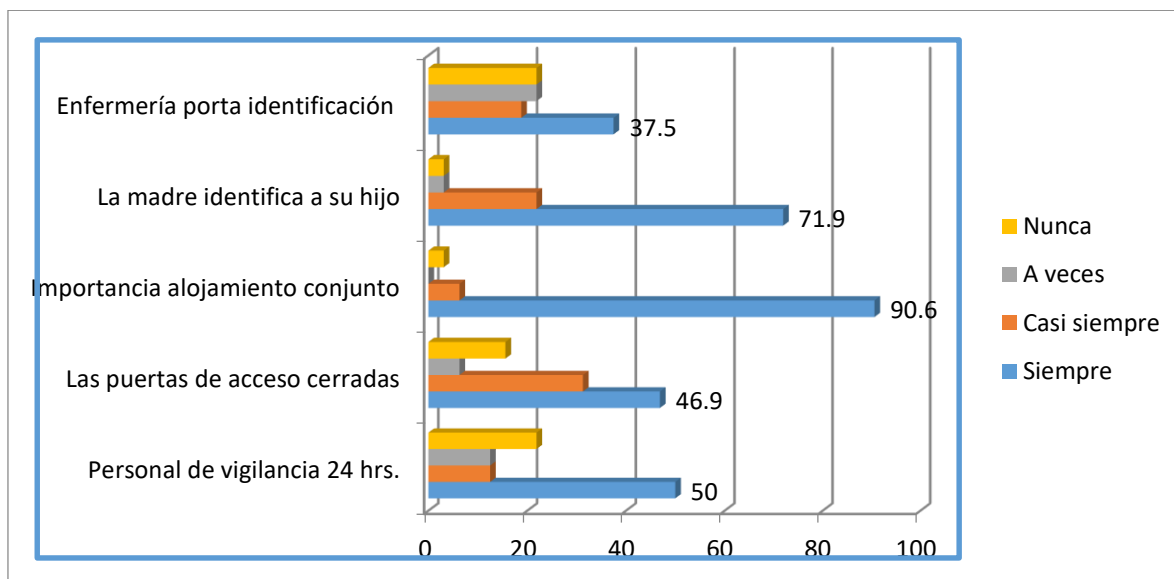
Durante el puerperio inmediato el personal de enfermería toma muestras de biometrías hemáticas siempre 78.4%, Siempre 9.3%, casi siempre 9.3, a veces % y nunca 6.3.

Cuantifica Orina: Siempre 59.4%, casi siempre 21.9%, a veces y nunca 9.3%.

Se inicia lactancia materna inmediata: Siempre 65.6%, casi siempre 28.2%, a veces y nunca 3.1%.

Valora sangrado y episiotomía. Siempre 65.6%, casi siempre 18.8%, a veces 3.1 % y nunca 12.5%. (Competente a Deficiente)

Gráfico No 10. Medidas de seguridad en el área obstétrica.

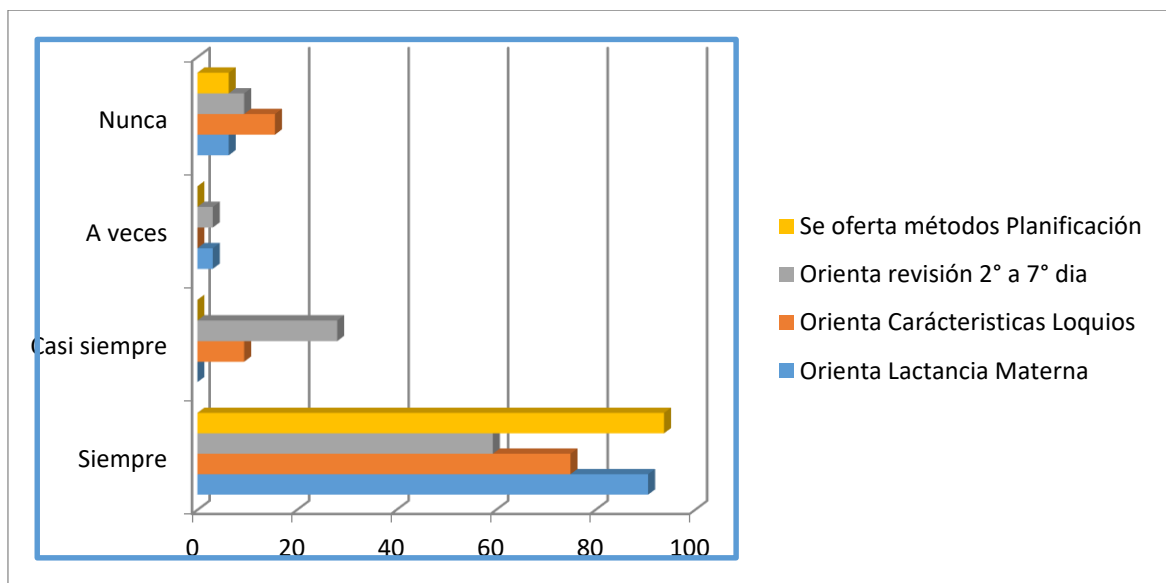


Fuente: Cuestionario ex profeso para evaluar proceso de atención obstétrica en enfermería

El personal de enfermería porta identificación: Siempre 37.5%, casi siempre 18.8%, a veces y nunca 21.9%.

La madre identifica a su hijo: Siempre 71.9%, casi siempre 21.9, a veces y nunca 3.1%. Siempre 90.6% explica a la madre la importancia del alojamiento conjunto. El 71.9% el personal de enfermería participante se cerciora que hijo Menos del 50% mantiene las puertas cerradas de las áreas de expulsión y el personal vigila las 24 horas. El 37.5% no porta credencial de identificación.

Gráfico No 11 Orientación de cuidados en su domicilio.



Fuente: Cuestionario ex profeso para evaluar proceso de atención obstétrica en enfermería

En el plan de alta el personal de enfermería siempre 93.8% oferta métodos anticonceptivos. EL 59.4% siempre orienta al paciente sobre la revisión del 2° y 7° día. El 75% siempre vigila características de loquios. Mientras que el 90.6% siempre orienta a la madre sobre beneficios de la lactancia materna. (Eficiente, experto avanzado a Novato).

CAPITULO V DISCUSIÓN

La atención que proporciona el personal de enfermería a la mujer embarazada, es el reflejo de calidad y seguridad; que se conceptualiza en el cumplimiento de competencias profesionales. En cuanto a las variables demográficas el hospital cuenta con personal con experiencia y antigüedad solo 37.5% y nivel académico profesional especializado casi 75%. Este personal identifica necesidades de capacitación en: Urgencias obstétricas, clasificar el Triage obstétrico, Lactancia materna, Métodos anticonceptivos, Curso RCP Neonatal.

En base a lo anterior, países como México, Brasil, Argentina, Costa Rica y Chile comenzaron la iniciativa de proyectos de certificación de competencias para el medio laboral, además de sistemas de formación basada en competencias, que apuntan a mejorar la certificación y para ello el nivel de conocimientos y actuar en la atención en la mujer obstétrica, así como a incorporar el enfoque de competencia laboral con fines de actualización de los programas de formación, mismo que en este estudio muestra cifras muy bajas²².

En relación a la valoración de riesgos maternos al ingreso de la paciente (gráfico No. 5). El control prenatal adecuado (más de cinco consultas) se mejora la calidad de la atención en el estado de salud de la madre con anticipación y la calidad de vida para el binomio madre-hijo. En el estudio realizado por Sánchez y cols¹⁹. Al impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal, se estudiaron 407 neonatos dentro de los cuales 118 neonatos hospitalizados en donde la madre no llevo control prenatal y 289 neonatos sanos donde la madre llevo control prenatal.

En este estudio las enfermeras reportan 65.6% que evalúan el control prenatal. Estudio por Díaz, Zavala y Ramírez mencionan que el ingreso de la paciente es la etapa determinante para identificar alteraciones en el embarazo por lo tanto es la etapa clave para que la mujer embarazada reciba la mejor atención para su evolución en el proceso identificando factores de riesgo que pueden manifestarse en ese momento, además, es la etapa en donde debe existir una relación paciente-enfermero correcto y completo para obtener como resultado una atención con calidad y seguridad²².

En relación a las prácticas de prevención de infecciones asociadas a la atención, prevalecen falta de conocimientos en vigilancia de material estéril, higiene de manos, identificación en la paciente signos de infección en salud aún se encuentran áreas de oportunidad en cuanto a conocimientos, se cuenta con la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE), en nuestro país está a cargo de la vigilancia de las IAAS, dicho sistema se estableció formalmente en 1997²³. En relación a la infección nosocomial de pacientes por las manos contaminadas del personal de salud es una de la forma de diseminación de los agentes infecciosos. Se publicó en la revista chilena por Semmelweis y su aporte científico a la medicina es: "Un lavado de manos salva vidas".

Semmelweis, descubrió que el tener las manos contaminadas por el personal de salud provoca una infección puerperal. La sepsis ocasiona en el mundo 1.400 muertes cada día²¹.

La guía de práctica diagnóstico y tratamiento de sepsis puerperal nos indica que el dolor pélvico, flujo vaginal anormal, flujo vaginal fétido, retardo en la involución uterina y fiebre son signos son datos clínicos de una sepsis puerperal y el tratamiento se debe de iniciar tan pronto se sospeche el diagnóstico, terapia antimicrobiana intravenosa³.

En relación en la atención durante el trabajo de parto estudios similares a nuestra muestra se presenta en conocimiento del monitoreo de foco fetal, signos vitales medicamentos de riesgo y administración de Uterotónicos, estudio por Díaz, Zavala y Ramírez que se evalúa competencias y muestran que las enfermeras en su mayoría los signos vitales son los prioritarios²².

En relación en la atención durante el parto, en la evaluación de competencias del personal de enfermería es participativo³³, en nuestro estudio solo menciona que la paciente cuente con un acceso venoso y vigilar el sangrado transvaginal 90%. El resto de las actividades se muestran en conocimientos en un 40 a 60%.

La guía de práctica clínica prevención, tratamiento y diagnóstico de la pre eclampsia menciona datos de riesgo como: Cefalea persistente, alteraciones visuales o cerebrales, epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho, hipertensión severa (sistólica ≥ 160 y/o diastólica ≥ 110 mm Hg) son síntomas maternos en una preclamsia y presentan la complicación más común en el embarazo, afectando aproximadamente el 15% de los embarazos y representan casi el 18% de todas las muertes maternas en el mundo, con un estimado de 62 000 a 77 000 muertes por cada año²⁰.

La atención y el cuidado de la mujer embarazada está propuesta por conocimientos, destrezas y tecnología, además de la asistencia humana, el trato por parte del personal de enfermería y la accesibilidad al sistema, esto predispone a realizar acciones diagnósticas y terapéuticas. Esto nos permiten monitorizar, medir y evaluar en forma periódica, aspectos relevantes de la asistencia de la salud a toda mujer durante su embarazo y puerperio².

En relación a la tabla No 10. La atención durante el trabajo de parto medicina basada en evidencia, documenta recomendaciones con el objetivo de ofrecer salud-materno fetal idónea. En la guía de práctica clínica vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo recomienda la inducción y conducción del trabajo de parto normal, debe tener indicación médica precisa, no aplicarse en todas las pacientes en forma rutinaria. La norma institucional al respecto debe de aplicarse siempre. En caso de indicarse, se deberá realizar con dosis controlada.

Existen contraindicaciones del uso de oxitocina para la inducción o conducción para finalizar el embarazo siendo las más reconocidas: Embarazo normal y feto pre término, antecedente de cesárea corporal o de ruptura uterina previa, cirugía uterina previa, macrostomia, placenta previa, sufrimiento fetal, desprendimiento de placenta.

La guía de práctica clínica vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo evidencia cuando la paciente ingresa durante la primera etapa del trabajo de parto, el obstetra o personal de salud calificado deberá realizar la historia clínica y documentar en el expediente, diagnóstico, plan de manejo, consentimiento de hospitalización y partograma. La vigilancia estrecha de: Actividad uterina, foco fetal, evaluación de dilatación cervical, pérdidas de líquido vaginal.

El partograma es de gran utilidad y uno de los más importantes avances en la atención obstétrica moderna. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera una de las herramientas más importantes para el monitoreo en la atención obstétrica moderna y aboga por su uso universal para la buena gestión del trabajo de parto.

La guía de práctica clínica de la vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo recomienda que toda mujer que ingrese para atención obstétrica se elaborará, en su caso, el expediente médico, la historia clínica y el partograma incluyendo frecuencia de contractibilidad uterina de: frecuencia, duración e intensidad, cada 30 minutos.

En relación a la Prácticas recomendadas y no recomendadas en la atención durante el parto. Juan Miguel Martínez-Galiano en su artículo publicado en la revista científica menciona sobre Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. La hemorragia post parto es una de las cinco causas principales de mortalidad materna, tanto en los países en vías de desarrollo como en los países desarrollados. La mayoría de estas muertes son el resultado de complicaciones propias del alumbramiento, en particular de la hemorragia post parto. La disminución de las posibles hemorragia post parto mediante el manejo del alumbramiento desempeñar un papel importante en la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas. La valoración del sangrado vaginal son indicadores que previenen una hemorragia en el puerperio inmediato, el personal de enfermería debe estar alerta en todo momento.

El hospital general de iguala está certificado como hospital amigo del niño y la niña, por lo tanto, promueve la lactancia materna, siendo este el único y exclusivo alimento que contiene los nutrientes necesarios para el recién nacido.

La norma 005 de los servicios de planificación familiar ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad. Esta Norma es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud, para la

prestación de los servicios de planificación familiar de los sectores público, social y privado del país.

En relación a la atención del trabajo de parto se toma en cuenta la guía de las buenas prácticas en la inducción del trabajo de parto y atención del parto aun refiriendo las enfermeras en porcentaje menor omisión, estudio similar por García de Lima y Cols. Mencionan que para el análisis del proceso, se clasificaron las prácticas reconocidas asociadas a las mejores y útiles conclusiones obstétricas para el parto normal y aquellas perjudiciales o ineficaces en las tres categorías de desempeño, conforme su prevalencia en los partos observados. En el primer caso, para la mayor parte de los indicadores se consideró el desempeño satisfactorio, excepto para la medición de la presión arterial y para la frecuencia cardiaca fetal, que, por su importancia, inocuidad y facilidad de realizarla, se estableció una cobertura adecuada de 100%; el desempeño fue regular cuando la cobertura estaba entre 50% y 80% y tasas menores a 50% indicaron desempeño insatisfactorio. Para el segundo caso, por incluir indicadores que no son aconsejables, se clasificó el desempeño como satisfactorio, regular e insatisfactorio, considerándose respectivamente las siguientes tasas: inferior a 20%, de 20% a 50% y superior a 50%.

En relación a las prácticas inadecuadas en nuestro estudio aún se realizan la tricotomía, episiotomía y las maniobras de Kristeller. Estudio en Colombia por Gaytán y cols. (2017)¹² muestran una reflexión en la calidad del cuidado como el enema evacuante, la tricotomía perineal, sino también el tomar en cuenta sus preferencias y temores, el respeto por su cultura y la garantía del derecho a la autonomía y privacidad en este momento especial del parto.

La influencia indirecta sobre la satisfacción con las relaciones en las familias en edad fértil. El estado de salud de la familia se ve perjudicado por el estrés preparto influye tanto en el rol materno como en el paterno y en el desarrollo del niño, según las creencias de los padres así como el estado de salud del recién nacido, en la importancia del cuidado de la salud durante la época de fecundidad y el proceso de crianza. La salud se considera como un objetivo deseable para la madre y el niño y está influida por variables tanto maternas como fetales y de atención eficiente⁸.

CAPITULO VI CONCLUSIONES

En este estudio se encuentran las áreas de oportunidad de mantener capacitado al profesional de enfermería para otorgar atención con conocimientos eficiente y eficaz, evaluando los posibles riesgos desde el ingreso, durante el trabajo de parto, el parto, el puerperio así como en el alta del binomio madre hijo. El personal de enfermería debe contar con las competencias y a nivel de expertos, cuyas experiencias y habilidades se viertan en el cuidado de la mujer en el periodo perinatal.

La identificación de riesgo obstétrico y la utilidad del Triage Obstétrico (valoración rápida en las pacientes obstétricas mediante la aplicación de escalas que permiten clasificar en función de su estado de salud y riesgo/gravedad. Código rojo = emergencia, código amarillo = urgencia calificada, código verde = urgencia no calificada. Identifica en grado de urgencia y eventos de urgencia obstétrica. Activa el código mater en emergencias y tiene conocimiento de quienes integran el equipo de respuesta inmediata (ERIO). Como área de oportunidad el 100% del personal de debe contar con las competencias.

En consecuencia, es imperioso que las instituciones formadoras sean conscientes cuando contratan una enfermera experta, como docente, que en ese momento ella se convierte en educadora novata que va a sufrir estrés hasta llegar a experta. Por ello, Benner propone para mejorar la educación en enfermería, brindarle la teoría educativa, la experiencia teórica y la guía metodológica para que pueda superar todos los niveles y convertirse en profesora experta.

La experticia se obtiene cuando el conocimiento teórico es refinado por medio de lo que se está realizando en la práctica, en consecuencia, el estudiante futuro profesional adquiere mayores competencias a partir de educación permanente y experiencia clínica porque el entorno conduce a una rápida adaptación a nuevas situaciones.

En contraposición, si no existe aplicación de la teoría a la práctica se le dificulta la identificación y resolución de problemas, y necesita más tiempo para realizar las actividades de cuidado a los pacientes, como estudiante y cuando inicia el ejercicio, momento en el cual es novato, pero si realizó practicas simuladas o reales, puede ser considerado principiante avanzado o competente y requiere menos experiencias para llegar a experto.

Según Resultado en las capacitaciones recibidas por el personal de enfermería, se evalúa a las enfermeras en escala desde principiante novato con un porcentaje menor al 60 % en la identificación de riesgos maternos se evalúan competente con un 71%, en las prácticas de prevención de infecciones se evalúan en principiante avanzado con un 61%, en la atención durante el parto se evalúan principiante a novato con un 71%, en la activación del equipo obstétrico se evalúa competente con un 71%, en el cuidado al

puerperio inmediato se evalua competente con un 71%,en la orientacion al cuidado en su domicilio se evalua principiante a novato con un porcentaje menor al 60%

CAPITULO VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Evolución de la mortalidad materna (1999-2015) OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas. (2015). Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. OMS: WHO/RHR/15.23, de organización mundial de la salud. Sitio web:
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/es/>
2. Guía de práctica clínica. Intervenciones de enfermería para la atención del parto de bajo riesgo de la mujer en el primer nivel de atención. Secretaria de Salud. (2015). México D.F: Editor General Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
3. Villasis-Keever, MA. Actualización de causas de mortalidad perinatal. Revista mexicana de pediatría, 2016; (83), 4, 105-107
4. Alfaro N., Villaseñor Farrias M., Velázquez Figueroa I., González Torres YS. Algunos aspectos históricos de la atención del embarazo. 2006 (VII) 1.
5. Almaguer González JA García Ramírez HJ Vargas Vite V. Pimienta Luna F. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio Enfoque humanizado, intercultural y seguro. 2012. Secretaria de Salud. México.
6. Programa de salud materna y perinatal 2013-2018.secretaria de salud Mexico.D.F.
7. Modelo de atención de enfermería obstétrica. Secretaria de salud. México D.F. 2005
8. Raile Alligood M. and Marriner Tomey A. Modelos y Teorías en enfermería 8va. Ed. Ed. Elsevier 2014: 524-539
9. Secretaria de Salud. (DOF 07 de abril de 2016). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. México D.F: Secretaria de Salud.
10. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Investigación en materia de Investigación para la Salud. México, DF: Secretaría de Salud; [sin fecha de actualización]. Disponible en salud.gob.mx/unidades/cdi/non/compi/rlgsmis.html
11. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-dei-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigacionesmedicas-en-seres-humanos/>
12. Gaitán-Duarte, H., Eslava-Schmalbach, J. El parto: evento que exige la excelencia de la calidad en los servicios de salud Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2017;(68), 2, 97 -101

13. García de Lima Parada CM; de Barros Leite Carvalhae MA. Evaluación de la estructura y del proceso de atención al parto: contribución al debate sobre desarrollo humano Rev. Latino-Am. Enfermagem 2007 (15)
14. García Cavazos RJ. La salud materna y perinatal en México Intervenciones efectivas en línea de vida para mejorar la salud materna y perinatal (2015) Director General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
15. Moreno Santillán AA., Mogghadam HB., Meneses Calderón J., Díaz de León Ponce M., Mújica Hernández M, González Díaz JI., Briones Garduño JC. Control prenatal en el medio rural. Rev de la Fac. Medicina 2008; 188-192
16. Vasconcelos-Moura MA, Fernández e-Silva G, Santos C, Mendes de Araújo-Silva V. La calidad de asistencia de enfermería en el periodo prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada. Aquichan, 2014; 14 (2):196-206.
17. Da Silveira F, Cunha E, Rufino N, Simeão M. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. Aquichan. 2011;11(1):48-65.
18. Carrillo Algarra AJ. Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2018 [citado 29 Sep 2019]; 34(2): Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1522>
19. Sánchez-Nuncio HR., Pérez-Toga G., Pérez-Rodríguez P., Vázquez-Nava F., Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2005; 43 (5): 377-380.
20. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Pre eclampsia en segundo y tercer nivel de atención, Instituto Mexicano del Seguro Social; Ciudad de México, 16/03/2017.
21. Miranda M., Navarrete L. Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas. Rev. Chil Infect 2008; 25 (1): 54-57
22. Díaz-García SL., Zavala-Suárez E., Ramírez-Hernández C. Evaluación de las competencias en enfermería como reflejo de calidad y seguridad en la mujer embarazada Rev. CONAMED 2013; 18(3):104-110
23. Rodríguez Salgado M. Frecuencia de infecciones asociadas a la atención de la salud en los principales sistemas de información de México Boletín CONAMED 2017; 17:16-17
24. Lasso Echeverría F. (2003). Historia de los Servicios de Salud del Estado de Guerrero. Programas Educativos. México.

ANEXOS

Anexo No. 1 CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL RIESGO OBSTÉTRICO EN EL HOSPITAL GENERAL “DR JORGE SOBERON ACEVEDO”

EL PRESENTE CUESTIONARIO TIENE POR OBJETIVO EVALUAR EL PROCESO OBSTÉTRICO Y DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS DIFERENTES SERVICIOS EN EL ÁREA OBSTÉTRICA.

SE PIDE AMABLEMENTE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS QUE A CONTINUACIÓN SE PRESENTAN, ALGUNAS RESPUESTAS SON DE ELECCIÓN Y OTRAS DE COMPLEMENTACIÓN.

1. Datos sociodemográficos

Edad: _____ Turno: _____ área: _____ Sexo: (Hombre) (Mujer)					
Estatus laboral: base ___ eventual ___ Antigüedad Laboral:					
0-1 años	2-4 años	5-9 años	10-14 años	15-24 años	25 y mas
Antigüedad en el servicio: _____					
Nivel Académico: (Técnico) (Licenciatura) Especialidad y/o Pos técnico: _____					

DETECCIÓN DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ADSCRITO AL SERVICIO DE TOCOCIRUGÍA

1. Cursos recibidos en los últimos 6 meses:

--

Señale con una “X”, cuales son las necesidades de capacitación, de acuerdo a sus tareas cotidianas en el servicio

TEMÁTICA	Muy necesaria (4)	Necesaria (3)	Poco necesario (2)	Nada necesaria (1)
a) Lactancia Materna				
b) Riesgo Obstétrico				
c) Métodos anticonceptivos				
d) Curso RCP Neonatal				
e) Código Mater				
f) ERIO				

N°	ASPECTOS A EVALUAR	Siempre (4)	Casi siempre (3)	A veces (2)	Nunca (1)
1	Verifica y registra los parámetros de calidad en cuanto a la esterilización de equipo y material utilizados en el procedimiento				
2	Realiza la higiene de lavado de manos de acuerdo a la técnica de la OMS				
3	Identifica los signos de infección y registra				
4	Administra con oportunidad y precisión los antibióticos prescritos por el médico.				
5	Administra con oportunidad y precisión los medicamentos uterotónicos prescritos por el medico				
6	Monitorea y registra la prescripción del goteo de medicamentos de alto riesgo				
7	Monitoriza y registra signos vitales según la norma establecida y notifica variaciones al medico				
8	Explica a la paciente la importancia de vigilar y monitorizar la T.A. y presencia de edema				
9	Identifica y registra la presencia o ausencia de dolor en el epigastrio				
10	Conoce el partograma				
11	Se registra y evalúa el partograma durante el trabajo de parto.				
12	Se realiza auscultación con doptone o estetoscopio de pinard con toda mujer embarazada				
13	Identifica infecciones de vías urinarias en la paciente				
14	Valora si la paciente llevo control prenatal				
15	Valora la presencia o ausencia de sangrado transvaginal o episiotomía				
16	Identifica y registra signos de alarma y datos de vaso espasmo (cefalea, acufenos, fosfenos)				
17	Se realiza tricotomía de rutina				
18	Se realiza episiotomía de forma selectiva y no sistemática				

19	Se realiza maniobras de Kristeller durante el segundo periodo de trabajo de parto				
20	Se realiza pinzamiento tardío de cordón umbilical				
21	Se lleva acabo alumbramiento activo				
22	Se realiza examen minucioso de la placenta por su cara fetal y materna y de las membranas para evaluar su integridad				
23	Valora el sangrado transvaginal				
24	Mantiene acceso por vía intravenosa				
25	toman muestra para la determinación del hematocrito y la hemoglobina del paciente				
26	Cuantifica salida de orina				
27	Promueve el inicio inmediato de lactancia materna				
28	Orienta a la madre sobre los beneficios de lactancia materna				
29	La madre interpreta la importancia del inicio inmediato de la lactancia materna				
30	Orienta a la paciente sobre la importancia de acudir a la consulta de puerperio inmediato entre el 2° Y 7° día posterior al evento obstétrico				
31	Orienta al apaciente sobre vigilancia y características de loquios				
32	Verifica y las características de loquios de cada paciente				
33	Existe en el servicio personal de vigilancia durante las 24hrs debidamente identificado				
34	Las puertas de acceso de servicio se mantienen cerradas				
35	El personal de acceso al servicio porta uniforme completo con el gafete de identificación colocado en un lugar visible				
36	Explica a la madre la importancia del alojamiento conjunto				
37	Durante cada enlace de turno la madre ratifica que identifica y reconoce a su hijo				
38	Se ofertan métodos anticonceptivos				
39	En su unidad se aplica el triage obstétrico				
40	En su unidad se evalúa y se implementa el triage obstétrico				
41	Sabe la definición de código mater				
42	Sabe en qué momento activar el código mater				
43	Sabe que significa ERIO				
44	Sabes quienes conforman el equipo ERIO				
45	Conoce el proceso de tención código mater- ERIO				

Anexo No 2

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA

El 6 de enero de 1995 se publicó en el diario oficial de la federación la norma oficial mexicana NOM -007-SSA2-1993, atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, criterios y procedimientos para la prestación del servicio, la cual entro en vigor al día siguiente de su publicación.

Que la ciencia médica, a nivel nacional e internacional, ha desarrollado importantes avances en materia de la investigación científica que permiten establecer mejores prácticas mediante, servicios para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención de la persona recién nacida. Especialmente, en cuanto a los cuidados prenatales, atención oportuna y de calidad durante el parto y la atención que requiere la persona recién nacida en los primeros 28 días de vida, a fin de que se logren establecer alternativas para un mejor desarrollo en salud durante la línea de vida de la madre y de sus hijas e hijos.

Que el 25 de mayo de 2009, de conformidad con el artículo 27 , fracción 111, de la ley general de salud y los artículos 71, del reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicio de atención médica, se firmó el convenio general de colaboración entre la secretaria de salud, el instituto mexicano de seguro social y el instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado, a fin de promover servicios de salud a través de sus unidades médicas a todas las mujeres embarazadas que presenten una emergencia obstétrica con el fin de reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal a nivel nacional, lo que se refleja en los indicadores correspondientes;

Que con fecha 5 de noviembre del 2012, en cumplimiento de lo acordado por el comité consultivo nacional de normalización de la prevención y control de enfermedades y de conformidad con lo previsto en el artículo 47, fracción 1, de la ley federal sobre metrología y normalización , se publicó en el diario oficial de la federación el proyecto de la norma oficial mexicana PROY-NOM-007-SSA-2010, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, a efecto de que dentro de los sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios ante dicho comité consultivo nacional de normalización; que con fecha 17 de febrero de 2016, en cumplimiento a lo previsto en el artículo 47, fracción 111 , el citado comité consultivo nacional de normalización , aprobó las respuestas a comentarios recibidos , así como las modificaciones al proyecto que derivaron de las mismas , las cuales con fecha previa, fueron publicadas en el diario oficial de la federación recibidas por el mencionado comité ,y que en atención a las anteriores consideraciones, contando

con la aprobación del comité consultivo nacional de normalización de prevención y control de enfermedades, he tenido a bien expedir y ordenar la publicación de la

Atención del parto.

En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizado del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo.

Al ingreso de toda mujer para la atención obstétrica, se deberá abrir el expediente clínico, de acuerdo con la Norma Oficial Normativo, de esta Norma. En caso de necesitar traslado a un establecimiento para la atención médica con mayor capacidad resolutive, se deberá valorar el traslado oportuno y seguro.

Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.

En la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero, se debe interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia, así como sobre la expulsión de mucosidad, liquido o sangre a través de los genitales, se deben tomar signos vitales, presión arterial, temperatura, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalo-pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino, además de evaluar características de membranas amnióticas, para decidir la conducta a seguir conforme a la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México; 2014.

En el caso de pérdida de sangre transvaginal, deben descartarse complicaciones como placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, u otras causas de hemorragia.

Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades; se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atención médica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se sienta más cómoda, en tanto no exista contraindicación médica. Si la madre escoge recostarse deberá recomendarse el decúbito lateral izquierdo para prevenir hipotensión materna y riesgo de hipoxia fetal.

La prescripción de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto se realizará según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente de conformidad con la Norma Oficial Mexicana

La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado.

La utilización de auxiliares de diagnóstico de laboratorio y gabinete como la cardiotocografía y el ultrasonido, debe obedecer a indicaciones específicas. Los procedimientos invasivos requieren del consentimiento informado de la paciente por escrito.

A la recepción de la embarazada en trabajo de parto, la tricotomía vulvo perineal y la aplicación de enema evacuante, no serán de aplicación obligatoria, excepto en los casos que por indicación médica así se requiera. Asimismo, se debe reducir el número de tactos vaginales. En todo caso, la mujer debe ser informada previamente y debe existir nota médica en el expediente clínico. Se recomienda realizar episiotomía de manera selectiva dependiendo de la valoración clínica.

Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve.

El registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente eutócicas o distocias. La mujer debe ser informada antes y después de la exploración.

El registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente.

Las indicaciones, prescripciones y procedimientos deben ser registrados en el expediente clínico, conforme a lo que establece la Norma Oficial Mexicana

Durante el periodo expulsivo, no debe realizarse la maniobra de Kristeller ya que los riesgos para la madre y el feto son elevados.

La atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se debe promover en los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención, mediante la adecuación de espacios físicos, procedimientos de atención, implementos utilizados y permitiendo la elección de la posición por parte de la mujer. Esto se debe efectuar de acuerdo a las condiciones clínicas de la embarazada y del producto, así como de la adecuación de la infraestructura hospitalaria y la capacitación del personal para este tipo de atención. Dicha capacitación debe ser promovida por las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, en los lugares donde es culturalmente utilizado y aceptado.

El pinzamiento y corte del cordón umbilical se debe realizar de 30 a 60 segundos después del nacimiento, aun siendo prematuros, manteniendo a la persona recién nacida por abajo del nivel de la placenta. En caso de madre Rh negativo no isoimmunizada, circular de cordón al cuello y sufrimiento fetal agudo, el pinzamiento y corte debe ser inmediato.

Para el manejo activo del periodo del parto se recomienda la aplicación de 10 UI de oxitocina por vía IM o IV, posterior al nacimiento del hombro anterior. Realizar pinzamiento del cordón umbilical, tracción suave y sostenida del mismo y finalmente masaje uterino a través de la pared abdominal. Revisar que la placenta y sus membranas estén completas, verificar la integridad del canal del parto. Asimismo, comprobar que el útero esté contraído, el sangrado transvaginal sea escaso y los signos vitales sean normales. La aplicación de otros Uterotónicos será de acuerdo al criterio médico basado en evidencia con atención personalizada y bajo vigilancia.

La revisión manual o instrumental de la cavidad uterina no debe realizarse de manera rutinaria; no es una maniobra sustitutiva de la comprobación de la integridad de la placenta. Sólo ante la sospecha de retención de restos placentarios, previa información a la paciente, bajo estricta técnica de antisepsia y analgesia, se debe realizar la revisión de la cavidad uterina por personal calificado.

En todas las púerperas Rho (D) negativas se debe pinzar el cordón umbilical únicamente en el extremo que corresponde a la persona recién nacida, dejando sin pinzar su extremo placentario y se debe evitar, en lo posible, la revisión de la cavidad uterina.

Los datos correspondientes al resultado del parto deben consignarse en el expediente clínico incluyendo los siguientes datos:

- Tipo y atención del parto;
- Fecha y hora de nacimiento;
- Condiciones de la persona recién nacida al nacimiento: valoración Silverman Anderson, Apgar, sexo, edad gestacional, examen antropométrico completo, estado de salud, pronóstico, aplicación de medicamentos o vacunas.

Anotar si existen anomalías congénitas, enfermedades, o lesiones;

En caso de realizar la operación cesárea, es necesario registrar con detalle en el expediente clínico los diagnósticos que condujeron a dicho procedimiento quirúrgico, y el o los profesionales de la salud responsables de la decisión;

Debe informarse oportunamente a la mujer de esta decisión y sus fundamentos, lo que también debe registrarse en el expediente clínico, incluyendo los riesgos y beneficios asociados y las consideraciones en futuros embarazos y partos después de la operación cesárea, y

Al final de este periodo, se debe valorar las condiciones clínicas para la aplicación de algún método anticonceptivo

Intervenciones de enfermería en la atención de parto de bajo riesgo

Evitar la hiperestimulación uterina debido a la perfusión de oxitocina para conseguir una frecuencia, duración y relajación de contracciones adecuadas.

Disminuir o aumentar la estimulación uterina (oxitocina), si es necesario hasta la inminencia del parto.

La atención de la madre durante el embarazo y el parto debe vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración.

Los cuidados de enfermería deben considerar: el respeto del tiempo fisiológico del parto, el alumbramiento fisiológico de la placenta (máximo 3 horas), uso de técnicas para el alivio del dolor y otras sensaciones que implican la seguridad, el miedo y una condición de dependencia a otra.

La atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido deben ser impartidas con calidad y calidez.

Anexos No. 3

El personal participante activa el código mater en eventos obstétricos emergentes y tiene conocimiento de quienes integran el equipo de respuesta inmediata (ERIO). Subdirector asistente del director jefe o subjefe de enfermeras. Siempre atiende la emergencia obstétrica (urgencias, unidad mater, hospitalización de Gineco-obstetricia, unidad de cuidados intensivos, quirófano, área de labor, expulsión y/o recuperación)

Personal médico especialista gineceo-obstetricia.

Personal médico especialista en cuidados intensivos o en anestesiología.

Personal médico especialista en neonatología o pediatría.

Personal médico especialista en cirugía general.

Personal de enfermería.

Personal de trabajo social.

Personal de laboratorio.

Personal de banco de sangre o servicio de trasfusión.

Responsabilidades y funciones del personal de salud

1. Coordinador, Subdirector o Médico a cargo administrativo similar.

Establece comunicación para la aceptación de pacientes obstétricas al hospital,

Siempre en coordinación con el personal médico encargado del área.

Verifica que se cumpla en forma adecuada el proceso de atención de la paciente.

Documenta en bitácora y/o reporte específico las actividades del equipo.

Si el ERIO descarta una emergencia obstétrica, la coordinadora o coordinador consigna en la nota médica el diagnóstico probable, las medidas implementadas y el área a donde se derivará a la paciente realizándose la entrega personalizada.

Establece coordinación para el traslado de la paciente en caso necesario.

Verifica la asistencia completa del personal involucrado en el equipo.

Gestiona la disponibilidad de todos los insumos requeridos.

Realiza monitoreo y evaluación del proceso.

Participa en la selección de los integrantes del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO).

2. Líder del Equipo: Personal Médico Especialista en Cuidados Intensivos (en su caso un Médico/a Especialista en Medicina Interna o Gineceo-Obstetricia.

Debe ser la persona mejor capacitada del equipo en protocolos de reanimación.

Dirige y participa activamente en la atención médica de la paciente.

Realiza valoración neurológica, cardio-hemodinámica, hematológica, respiratoria, renal Y metabólica de la paciente.

Inicia medidas de apoyo órgano funcional y tratamiento multi-orgánico.

Participa en la selección del personal que participará en el Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica.

Verifica que el personal se encuentre debidamente capacitado, evaluándolo en forma Permanente.

Informa al familiar o responsable de la paciente, del estado de salud al término de la Intervención del equipo (ERIO).

Registra las actividades del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO) en el Formato correspondiente, mismo que será incorporado al expediente clínico.

3. Personal Médico Especialista en Gineceo-Obstetricia.

Maneja el problema de su área, desde la fase diagnóstica hasta el establecimiento Del plan de manejo integral en conjunto con los demás integrantes del equipo, Estableciendo prioridades del protocolo a seguir.

Realiza el rastreo ultrasonográfico básico (vitalidad fetal, localización placentaria y Líquido amniótico, en su caso).

Efectúa exploración de la pelvis genital.

Maneja la condición del embarazo de acuerdo al diagnóstico (conservador y/o Resolutivo o del estado puerperal).

4. Personal médico especialista en anestesiología.

Conoce las condiciones materno-fetales y adecúa manejo anestésico.

Efectúa intubación oro o naso traqueal en caso necesario.

Realiza procedimiento anestésico de urgencia.

Participa activamente en la reanimación hemodinámica.

5. Personal Médico Especialista en Neonatología (o Médico Especialista en Pediatría).

Revisa los antecedentes sobre la evolución del embarazo y patología que lo complica.

Identifica las condiciones fetales y prepara el área para la reanimación fetal.

6. Personal Médico Especialista en Cirugía General.

Evalúa la participación conjunta con el Gineceo-obstetra para la resolución definitiva del Problema.

7. Enfermería

A. Enfermera /o brazo izquierdo (monitoreo hemodinámico)

- a) Toma y valoración de signos vitales: presión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca,
- b) Frecuencia respiratoria y oximetría.
- c) Da asistencia para intubación.
- d) Efectúa aspiración de secreciones.

- e) Efectúa fijación de cánula endo-traqueal.
- f) Efectúa instalación de invasivos, sonda Foley y sonda nasogástrica.
- g) Otorga asistencia para la instalación de catéter venoso central.
- h) Coloca cánula nasal y/o mascarilla facial.
- i) Forma parte del equipo para la entrega del paciente al servicio correspondiente.

B. Enfermera/o brazo derecho (circulatorio).

- a) Canaliza vena o permeabiliza accesos venosos.
- b) Toma de muestras de laboratorio.
- c) Toma de glucometría capilar.
- d) Realiza prueba multirreactiva de orina.
- e) Ministra medicamentos.
- f) Efectúa vendaje de miembros pélvicos.
- g) Da vigilancia del estado neurológico.
- h) Ministra hemoderivados.
- i) Coloca pantalón anti choque, en su caso

C. Enfermera/o circulante.

- a) Prepara medicamentos.
- b) Provee material de curación.
- c) Prepara soluciones.
- d) Maneja el carro rojo y caja roja.

D. Enfermera/o administrativa

Efectúa control de los medicamentos, soluciones y hemoderivados administrados a la Paciente.

Realiza registros clínicos (datos completos).

Efectúa control de tiempos.

Coloca la pulsera de identificación.

Efectúa ficha de identificación.

Requisita la hoja de evaluación inicial.

8. Personal de Laboratorio de Análisis Clínicos

Realiza exámenes de laboratorio solicitados con carácter “urgente”.

9. Personal de Banco de Sangre o Servicio de Transfusión

Agiliza la tipificación y abastecimiento oportuno de hemocomponentes.

10. Personal de Imagenología y Personal de rayos x

Realiza rastreo abdominal y pélvico y efectúa algún otro estudio de imagen requerido de acuerdo a la patología de la paciente.

11. Trabajo Social

Realiza vinculación con los familiares de las pacientes y con otros hospitales o servicios.

Informa al familiar responsable sobre el estado de salud de la paciente.

Consentimiento informado.

12. Camilleros. Traslado de pacientes.

Glosario

Embarazo: es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento.

Parto (del latín. Partus): conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyéndola placenta y sus anexos. El nacimiento también puede ser por cesárea, e indicación médica u obstétrica.⁹

Puerperio normal: al periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatomo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pre gestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.⁹

Puerperio inmediato: al periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto.⁹

Puerperio mediato: al periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto.

Puerperio tardío: al periodo que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto⁹

Recién nacido recién nacida (persona): al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.⁹

Muerte materna: es la ocurrida a una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales⁹.

Muerte Materna Directa: está relacionada con las complicaciones propias del embarazo.

Muerte Materna Indirecta: es la causada por una enfermedad de fondo agravada por el embarazo.⁹