



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

**Sección Jaén**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

## **MONOGRAFÍA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**“LABOR DE ENFERMERÍA EN EL TRABAJO DE PARTO”**

**ÁREA ACADÉMICA: SALUD MATERNO INFANTIL.**

**AUTOR : Bach. Enf. WILHEM PACHAMORA TORRES.**

**ASESOR : MCs. EDITA DÍAZ VILLANUEVA.**

**Jaén – Perú**

**2010**

**ASESORA:**

**MCs. EDITA DÍAZ VILLANUEVA**

**“LABOR DE ENFERMERÍA EN EL  
TRABAJO DE PARTO”**

## *Dedicatoria:*

*A DIOS mi padre celestial quien me guió  
y brindó fortalezas durante el desarrollo de  
mi carrera y confío en que continuará  
iluminando mi sendero.*

*A mis padres por haberme  
dado la vida, apoyarme  
y brindarme amor y cariño  
durante este trayecto.*

*A mis hermanos, y familia quienes  
también me brindaron su apoyo,  
estímulo de superación  
y comprensión en todo momento.*

## *Agradecimiento:*

*A mi padre DIOS por  
iluminarme diariamente  
y hacer posible la realización  
de todas mis metas hasta  
hoy trazadas.*

*A los docentes de la Escuela Académico  
Profesional de Enfermería de la Universidad  
Nacional de Cajamarca, quienes con su  
sabiduría inculcaron sus mejores conocimientos  
en mi formación profesional.*

*A mi asesora M. Cs. Edita Díaz  
Villanueva, por sus sabios consejos, apoyo  
incondicional y sabiduría impartida reforzando  
mis conocimientos, habilidades y destrezas.*

## ÍNDICE

	Pág.
I.- INTRODUCCIÓN.....	7
II.- OBJETIVOS.....	9
III.- MARCO TEÓRICO	
3.1 Antecedentes de estudio.....	10
3.2 Trabajo de parto	
3.2.1 Definición.....	11
3.2.2 Factores que afectan el trabajo de parto.....	12
3.2.2.1. Canal del parto.....	12
3.2.2.2. Feto y placenta.....	14
3.2.2.3. Contracciones.....	17
3.2.2.4. Posición de la madre.....	19
3.2.2.5. Psicología de la respuesta materna.....	20
3.2.3. Diagnóstico del trabajo de parto.....	22
3.2.4. Etapas del trabajo de parto y acciones de enfermería.....	23
3.2.4.1. Etapa de dilatación.....	24
3.2.4.1.1. Labor de enfermería.....	27
3.2.4.2. Etapa de expulsión.....	30
3.2.4.2.1. Labor de enfermería.....	33
3.2.4.3. Etapa de alumbramiento.....	35
3.2.4.3.1. Labor de enfermería.....	37
3.2.4.4. Etapa de recuperación inmediata y reparación de la episiotomía.....	38
3.2.4.4.1. Labor de enfermería.....	39
IV.- DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	41
V.- APORTE DEL TEMA A LA PROFESIÓN.....	43
VI.- CONSIDERACIONES FINALES.....	44
VII.- RECOMENDACIONES.....	46
VIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXOS	

## I. INTRODUCCION

A nivel mundial más de 500.000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto; la mitad de ellas viven en el África subsahariana, lamentablemente estas mujeres no fallecen como consecuencia de ninguna enfermedad, sino por la ausencia de medidas básicas en atención sanitaria durante el trabajo de parto. Cifras más reales señalan que a nivel mundial **cada minuto** muere una mujer por un problema relacionado con el parto, lo que se traduce graves problemas de salud pública en determinados grupos poblacionales, sobre todo en las regiones menos desarrolladas.

Las muertes maternas y neonatales, como expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, también constituyen un grave tema de salud pública en América Latina y el Caribe. A pesar de ser un problema altamente evitable y de haber sido reducido en forma considerable en algunos países continúa siendo una agenda inconclusa. Tal es así que en el Perú cada día 2 mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. (4)

Las urgencias maternas son sumamente difíciles de predecir, por lo cual todas las mujeres necesitan acceso a los cuidados esenciales. La adopción de las medidas necesarias e intervenciones apropiadas y eficaces para lograr un nacimiento seguro puede disminuir significativamente el riesgo de complicación y muerte de la madre y el recién nacido. A su vez, el período neonatal representa el momento más vulnerable y crítico del primer año de vida. (7)

Por su parte, los sistemas sanitarios deben afrontar grandes cambios profesionales, organizativos y de infraestructuras para responder a las exigencias del nuevo modelo de atención al parto y al nacimiento; asimismo es necesario implementar estrategias efectivas, coordinadas y de personal capacitado para su monitoreo ya que en ningún otro momento de la gestación tiene mayor importancia el papel de enfermería que durante el trabajo de parto y el nacimiento.

Por lo que el presente trabajo monográfico pretende generar información, para ser compartidos al personal de salud, instituciones y población en general y así establecer criterios de buena práctica y mejorar la calidad de atención durante el proceso de trabajo del parto contribuyendo a disminuir la morbimortalidad materna y neonatal. Además servirá de base para otras investigaciones posteriores.

Se señala en su contenido la descripción del trabajo de parto haciendo énfasis en la labor de enfermería durante las etapas y fases de este proceso.

EL AUTOR

## **II. OBJETIVOS.**

### **✓ OBJETIVO GENERAL:**

- ❖ Describir la labor de enfermería durante el trabajo de parto.

### **✓ OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- ❖ Describir el trabajo de parto y sus etapas.
- ❖ Identificar los factores que afectan el trabajo de parto.
- ❖ Describir la labor de enfermería durante las etapas del trabajo de parto.
- ❖ Presentar un plan de intervención educativo para establecer criterios de buena práctica y mejorar la calidad de atención durante el trabajo de parto.

### III. MARCO TEÓRICO.

#### 3.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

. Desde mediados del siglo XX, la preocupación por la deshumanización de las experiencias del parto ha llevado a implementar estrategias de apoyo continuo y personalizado a las gestantes entre las que se encuentran la atención personalizada y humanizado por parte del profesional de salud. Entre los elementos comunes de esta práctica se incluyen el apoyo emocional (presencia continua, tranquilidad y elogios), la información sobre el progreso del trabajo de parto y los consejos sobre técnicas de control, las medidas que se toman para hacerlas sentir más cómodas (caricias, masajes, baños o duchas tibias, ayuda con una ingesta adecuada y eliminación de líquidos) e intercesión (ayudar a que la mujer pueda comunicar sus deseos a los demás). (9)

. Gale., España, en el año 2001, realizó un estudio descriptivo sobre “Actuación de enfermería durante el trabajo de parto” y concluye que para el personal de enfermería el apoyo durante el trabajo de parto incluye dar soporte físico, emocional, información, orientación y la defensa de los deseos de la mujer. Sin embargo, los resultados de esa observación demuestran que sólo el 12,4% del tiempo de la enfermera se dedica a ofrecer apoyo a la parturienta, y que el tipo más observado es el de información e instrucción. Esto implica que las actividades de las enfermeras se destinan, casi en un 70%, a objetivos diferentes de los cuidados específicos.(12)

. Hodnett, Colombia, en el año 2002, realizó un estudio denominado “Barreras culturales de la institución para el trabajo de parto”, donde sostiene que la atención a la parturienta y a su pareja está, sobre todo, influenciada por el ambiente institucional. Por lo que en las instituciones que presentan una cultura de tipo intervencionista, existe un ejercicio de la fuerza contextual que dificulta el desarrollo de un trabajo que propicie el apoyo emocional defendiéndose de esta manera la labor necesaria de la enfermera en la oferta de apoyo emocional y físico.(13)

Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Canadá, en el año 2005, realizaron un estudio denominado “Cómo brindar el apoyo continuo durante el trabajo de parto”, concluyendo que las mujeres que recibieron apoyo intraparto continuo tenían probabilidades de que el parto fuera un poco más breve, más probabilidades de que el parto fuera espontáneo, por vía vaginal y menos probabilidades de recibir analgesia intraparto, o a mostrarse insatisfechas con su experiencia de parto. (9)

. Ojeda. Santiago de Chile, en el año 2008, realizó un estudio denominado “Enfermería y apoyo emocional: la perspectiva de la parturienta”, concluyendo que el equipo de enfermería y/o el equipo de salud como un todo, no dispone de un entrenamiento o espacio para la reflexión sobre los cuidados emocionales que la situación de parto exige. Las enfermeras que presentaron una actuación profesional, con características de apoyo emocional, utilizaron ese recurso basadas en sus propias búsquedas profesionales y en una capacidad emocional particular. (11)

## **3.2. TRABAJO DE PARTO**

### **3.2.1. DEFINICIÓN**

Se denomina trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable por los genitales maternos. (2). El parto comienza generalmente con el inicio de las contracciones rítmicas experimentadas por la madre. Esto se divide en tres etapas: La primera de dilatación total del cuello, la segunda el descenso y nacimiento del bebe y la tercera de alumbramiento. Algunos añaden una cuarta etapa, el periodo de la reparación de cualquier incisión quirúrgica y la recuperación inmediata después de 1-2 horas después del alumbramiento. Las evaluaciones de las últimas semanas del embarazo muestran que una parte de dilatación del cuello tiene lugar casi siempre antes de que empiece el verdadero parto. Este periodo suele llamarse “Falso Parto” (*Preparto*). (5)

El trabajo de parto es el conjunto de fenómenos fisiológicos activos y pasivos que se desencadenan al final de la gestación, tienen por objeto la expulsión del producto, la placenta y sus anexos a través de la vía natural o canal del parto.(1)

Durante las últimas semanas del embarazo, tanto la madre como el bebé comienzan a prepararse para el parto. El feto se desarrolla y crece preparándose para la vida fuera del útero. La embarazada sufre varios cambios fisiológicos y psicológicos que la preparan gradualmente para el nacimiento y su función de madre. El comienzo del parto es el principio de un cambio extraordinario en la relación entre la mujer y su bebé. (3)

Durante el parto, especialmente al final del mismo, la mujer sabe instintivamente que se está comprometiendo con una de las tareas más importantes de su vida. La futura madre y su pareja pueden superar sus límites normales de concentración, determinación, resistencia y dolor. La naturaleza dinámica de esta experiencia hace del nacimiento de un bebé una transición tanto fisiológica como psicológica hacia la paternidad. (3)

### **3.2.2. FACTORES QUE AFECTAN EL TRABAJO DE PARTO**

Son cinco los factores que afectan el trabajo de parto (o dilatación). Pueden recordarse con facilidad con la regla nemotécnica de las cinco P: pasadizo (canal del parto), pasajero (feto y placenta), poderes (contracciones), posición de la madre y psicología de la respuesta materna (5). El progreso del parto depende esencialmente de la relación complementaria de estos cinco factores. Las anomalías que afectan a cualquier componente de estos factores esenciales pueden alterar el resultado del parto y poner en peligro tanto a la mujer gestante como a su bebé. Estos factores se describen a continuación. (3)

#### **3.2.2.1. Canal del Parto**

El pasadizo, o canal del parto, está compuesto por la pelvis ósea rígida de la madre y por los tejidos blandos del cérvix, el suelo pélvico, la vagina y el introito (el orificio externo de la vagina). Aunque los tejidos blandos, en particular las capas musculares del suelo pélvico están involucrados en el parto vaginal del feto, la pelvis materna se encuentra mucho más afectada porque el feto tiene que acomodarse con éxito a este pasaje relativamente rígido. Por consiguiente, deben determinarse el tamaño y la forma de la pelvis antes de que comience la dilatación. (5)

La pelvis ósea está formada por la fusión de los huesos ilion, isquion, pubis y sacro. Las cuatro articulaciones de la pelvis comprenden la sínfisis púbica, las sacroilíacas izquierda y derecha y la sacrococcígea. La pelvis ósea está separada por el anillo en dos partes: la pelvis falsa y la pelvis verdadera. La pelvis falsa es la parte que queda por encima del anillo y que no interviene en el proceso de parto. La verdadera, que sí está comprometida en el parto, se divide en tres planos o estrechos: el superior, o anillo; el medio, o cavidad; y el inferior o plano de salida.

El estrecho superior, que es el borde superior de la pelvis verdadera, está formado hacia delante por los márgenes superiores del pubis, hacia los lados por las líneas iliopectíneas a lo largo de los huesos innominados y hacia atrás por el margen anterior y superior del sacro y el promontorio sacro. (5)

La cavidad pélvica, o estrecho medio de la pelvis, es un pasadizo curvo que tiene una pared anterior más corta y una pared posterior cóncava mucho más larga. Está delimitado por la cara posterior de la sínfisis púbica, el isquion, una porción del ilíaco, el sacro y el cóccix.

El estrecho inferior o plano de salida es el borde inferior de la pelvis verdadera. Visto desde abajo tiene una forma ovoide, un poco romboidea, delimitada hacia delante por el arco púbico, hacia los lados por las tuberosidades isquiáticas y hacia atrás por la punta del cóccix. En la última parte del embarazo el cóccix adquiere cierta movilidad (a menos que se haya roto como resultado de una caída).

El canal pélvico varía en cuanto a su tamaño y su forma en diferentes niveles. Los diámetros en los planos superior, medio e inferior, así como el eje del canal del parto, determinan si el parto vaginal es posible y la forma en que el feto puede descender por el canal del parto.

El ángulo subpúbico, que determina el tipo de arco púbico, junto con la longitud de las ramas del pubis y el diámetro intertuberoso (o bisquiático), revisten gran importancia. Debido a que el feto tiene que pasar primero por debajo del arco púbico, si éste es estrecho hace que el arco sea menos acomodaticio que un arco amplio y redondeado. (5)

La clasificación de Caldwell-Moloy de las pelvis se utiliza ampliamente para diferenciar los diferentes tipos de pelvis ósea. Los cuatro tipos clásicos son: *ginecoide*, *androide*, *antropoide* y *platipeloide*. La pelvis ginecoide o femenina es la más común. Todos los diámetros de la pelvis ginecoide son adecuados para el parto. Las implicaciones de cada tipo de pelvis en el parto se resumen:

- \* *Ginecoide*: Es la más común: un 50% de las mujeres presentan características principales de pelvis ginecoide. Entrada redondeada con todos sus diámetros adecuados, diámetros de la pelvis media adecuados con paredes laterales paralelas, salida adecuada y favorable para el parto vaginal.
- \* *Androide*: Entrada con forma de corazón, con diámetro sagital posterior pequeño, diámetros de la pelvis media reducidos, capacidad de salida reducida. Esta no favorece el parto vaginal, el descenso es lento en la pelvis, la cabeza fetal entra en la pelvis en posición transversal o posterior con frecuente parada del parto
- \* *Antropoide*: Entrada con forma oval, con diámetro antero posterior grande, diámetros de la pelvis media adecuados, salida adecuada favorable para el parto vaginal.
- \* *Platipeloide*: Entrada con forma oval, con diámetros transversales largos, diámetros de la pelvis media reducidos, capacidad de salida reducida y no favorece el parto vaginal. La cabeza fetal se encaja en posición transversal, el descenso es difícil, retrasando frecuentemente del progreso en la salida de la pelvis. (3)

### **3.2.2.2. Feto y Placenta**

La forma en que el feto, denominado pasajero pasa a través del canal del parto está determinada por la interacción de varios factores. El tamaño de la cabeza, la presentación, la situación, la actitud y la posición fetales.

Como la placenta también debe pasar a través del canal del parto, puede considerarse también como un pasajero, junto con el feto. No obstante, la placenta rara vez entorpece el trabajo de parto en un nacimiento vaginal normal. (5)

### **Cabeza fetal:**

Debido a su tamaño y a su relativa rigidez, la cabeza fetal es un factor determinante del curso del trabajo de parto y puede complicar el nacimiento o facilitarlo. Una vez que ha salido la cabeza (la parte del feto de mayor tamaño " menos capacidad de ser comprimida), el resto del cuerpo no suele retrasarse. El cráneo fetal está compuesto por dos huesos parietales, dos temporales, el frontal y el occipital. Estos huesos están unidos por suturas membranosas: la sagital, la lambdoidea, la coronal y la frontal. En los sitios donde se interceptan las suturas quedan espacios cubiertos por una membrana que se denominan las **fontanelas**. Durante la dilatación y después de la ruptura de las membranas, las fontanelas y las suturas pueden palparse durante el examen vaginal realizado para identificar la presentación, la posición y la actitud fetales. (5)

### **Presentación fetal:**

La presentación fetal está determinada por la situación fetal y la parte corporal del feto que entra primero en el canal pélvico. Esta porción del feto se denomina parte presentada. La presentación fetal puede ser cefálica, de nalgas o de hombros. La presentación más común es la cefálica. Cuando se da esta presentación, es muy probable que el parto se produzca con normalidad. Las presentaciones de nalgas y de hombros se asocian a dificultades durante el parto y el mismo no transcurre como se espera; por ello, reciben el nombre de presentaciones inadecuadas.

- \* *Presentación cefálica*, la cabeza fetal es la parte presentada en aproximadamente el 97 % de los partos a término.
- \* *La presentación de vértice*: Es la más común. En ella, la cabeza fetal está completamente flexionada sobre el pecho y presenta en la pelvis materna el diámetro menor de la cabeza fetal (suboccipitobregmática).
- \* *La presentación militar*: La cabeza fetal no está ni flexionada ni extendida; la parte presentada es la parte superior de la cabeza.

- \* *La presentación de frente:* la cabeza fetal está parcialmente extendida. Se presenta en la pelvis materna el diámetro occipitomentoniano, el mayor diámetro antero posterior.
- \* *La presentación de cara:* la cabeza fetal está hiperextendida (extensión completa). Se presenta en la pelvis materna el diámetro submentobregmático.
- \* *Presentación de nalgas:* Se produce en el 3 % de los partos a término. Esta presentación se subclasifica según la actitud de las caderas y las rodillas del feto. De nalgas completas. En esta presentación, las rodillas y las caderas del feto están flexionadas; los muslos están sobre el abdomen, y las pantorrillas en la parte posterior de los muslos. Se presentan en la pelvis materna las nalgas y los pies del feto. De nalgas francas. En esta presentación, las caderas del feto están flexionadas y las rodillas extendidas. Se presentan en la pelvis materna las nalgas del feto. (3)

#### **Situación fetal:**

La situación fetal es la relación entre el eje cefalocaudal (columna vertebral) del feto con el eje cefalocaudal de la mujer. El feto puede asumir una situación longitudinal o transversal. Una *situación longitudinal* es aquella en la que el eje cefalocaudal del feto es paralelo a la columna vertebral de la mujer. Una *situación transversa* es aquella en la que el eje cefalocaudal del feto se encuentra en ángulo recto respecto a la columna vertebral de la mujer. (3)

La situación longitudinal comprende tanto las presentaciones cefálicas como las de pelvis, dependiendo de la estructura fetal que penetre primero en la pelvis materna. Una situación oblicua o inestable por lo común se convierte en una longitudinal o en una transversa durante la dilatación. El parto vaginal no puede darse cuando el feto está en situación transversa. (5)

#### **Actitud fetal:**

La actitud fetal es la interrelación entre las partes del feto. La actitud normal del feto es aquella con flexión moderada de la cabeza, flexión de los brazos sobre el pecho y flexión de las piernas sobre el abdomen. (3)

### **Posición fetal:**

La posición es la relación que guarda la parte más declive de la presentación [occipucio, sacro, mentón o sincipucio (vértice deflejado)] con los cuatro cuadrantes de la pelvis materna. Se denota mediante una abreviatura de tres letras. La primera denota la parte específica más declive de la presentación (O para occipucio, S para sacro, M para mentón, y Se para omóplato o escápula). La segunda expresa la localización de la parte más declive de la presentación en el lado derecho (D) o izquierdo (I) de la pelvis de la madre. La tercera letra denota la localización de la parte más declive de la presentación en relación con la región anterior (A), posterior (P) o transversa (T) de la pelvis materna. Por ejemplo ODA significa que el occipucio es la parte más declive de la presentación y que se encuentra localizado en el cuadrante derecho anterior de la pelvis materna. SIP significa que el sacro es la parte más declive de la presentación y que se encuentra localizado en el cuadrante izquierdo posterior de la pelvis materna.

Cuando se presenta el encajamiento, significa que el diámetro mayor transversal de la presentación ha pasado a través del anillo pélvico o entrada de la pelvis hacia la pelvis verdadera. En una presentación cefálica bien flexionada el diámetro biparietal (9,25 cm) es el diámetro transversal más amplio. La condición del encajamiento puede determinarse a través del examen abdominal o vaginal. (5)

### **3.2.2.3. Contracciones**

Las fuerzas primarias y secundarias operan conjuntamente para conseguir el nacimiento del feto, las membranas fetales y la placenta. La *fuerza primaria* son las contracciones musculares uterinas, que causan los cambios en la primera fase del parto, el borrado completo y la dilatación del cuello uterino. La *fuerza secundaria* consiste en el uso de los músculos abdominales para empujar durante la segunda fase del parto. Este empuje se añade a la fuerza primaria después de la dilatación completa. Durante el parto, las contracciones uterinas son rítmicas, pero intermitentes. Entre las contracciones existe un período de relajación. Esto permite que los músculos uterinos descansen y

ofrece un respiro a la parturienta. También restituye la circulación uteroplacentaria, importante para la oxigenación fetal y la adecuada circulación de los vasos sanguíneos del útero.

Cada contracción tiene tres fases: 1) *aumento* o progresión de la contracción (la fase más larga); 2) *acmé* o pico de la contracción; y 3) *descenso* o final de la contracción. Cuando se describen las contracciones uterinas durante el parto, el personal sanitario utiliza los términos *frecuencia*, *duración* e *intensidad*. La frecuencia se refiere al tiempo entre el comienzo de una contracción y el de la siguiente. La duración es el tiempo entre el comienzo y la finalización de una misma contracción. La intensidad es la fuerza de la contracción durante el acmé. En la mayoría de los casos, la intensidad se estima mediante palpación del fondo uterino durante la contracción, pero puede medirse directamente con un catéter intrauterino. Cuando se estima la intensidad mediante palpación, la enfermera decide si es ligera, moderada o fuerte, según la flexibilidad de la pared uterina durante el acmé de la contracción. Si la pared uterina puede hundirse con facilidad, la contracción se considera ligera. Se considera que una contracción es fuerte cuando la pared uterina no puede hundirse. La intensidad moderada queda a medio camino entre las otras dos. Cuando se mide la intensidad con un catéter intrauterino, la presión normal del útero en descanso (entre contracciones) se encuentra entre 10 y 12 mmHg. Durante el acmé, la intensidad se encuentra entre 25 y 40 mm Hg en las fases tempranas del parto, entre 50 y 70 en el parto activo, entre 70 y 90 mmHg durante la transición, y entre 70 y 100 mm Hg cuando la mujer se encuentra empujando en la segunda fase del parto.

Al comienzo del parto, las contracciones suelen ser ligeras, duran alrededor de 30 segundos y aparecen cada 5 a 7 minutos. Según avanza el parto, la duración de las contracciones aumenta hasta unos 60 segundos, la intensidad también aumenta, y la frecuencia es de entre 2 y 3 minutos. Como las contracciones son involuntarias, la parturienta no puede controlar la duración, la frecuencia o la intensidad de las mismas. (3)

#### **3.2.2.4. Posición de la Madre**

La posición materna afecta las adaptaciones anatómicas y fisiológicas al parto. Los cambios frecuentes de posición alivian la fatiga, aumentan la comodidad y mejoran la circulación. La mujer de parto, en consecuencia, debe estimularse para que encuentre las posiciones que le sean más cómodas.

La posición vertical (caminando, sentada, de rodillas o en cuclillas) ofrece numerosas ventajas. La gravedad puede contribuir al descenso de la presentación. Las contracciones uterinas en general son más vigorosas y eficientes en cuanto a sus efectos de dilatación y borramiento del cérvix, lo que tiene como resultado un parto menos prolongado. Además, la incidencia de la compresión del cordón umbilical se reduce en esta posición.

La posición vertical también es beneficiosa para el gasto cardíaco de la mujer, el cual por lo general se aumenta durante el proceso de parto en la medida en que las contracciones uterinas devuelven sangre hacia el lecho vascular. Este aumento del gasto cardíaco mejora el flujo sanguíneo hacia la unidad uteroplacentaria y los riñones maternos. El gasto cardíaco resulta afectado si la aorta descendente y la vena cava inferior se comprimen durante la dilatación, como puede suceder cuando la mujer yace sobre la espalda. La compresión de los grandes vasos puede precipitar el síndrome de hipotensión supina y la desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) o puede producir una hipertensión que reduce la perfusión placentaria. Cuando la mujer está en una posición erguida, la presión sobre los vasos maternos se reduce y se evita la compresión. Si la mujer desea recostarse, es mejor que asuma el decúbito lateral.

La posición "a cuatro patas" (apoyada en manos y rodillas) puede utilizarse para aliviar el dolor de espalda si el feto se encuentra en una posición occípitoposterior.

Las posiciones durante la segunda etapa del proceso de parto pueden de nuevo determinarse de acuerdo con las preferencias de la mujer, pero siempre están limitadas por la situación de ésta o del feto, el

ambiente y la confianza que tiene el proveedor de salud en atender el parto con la mujer en una posición en particular. La mujer en una posición semirreclinada necesita apoyos adecuados para el cuerpo para poder pujar de manera efectiva porque su peso está entonces sobre el sacro, haciendo que el cóccix se desplace hacia arriba reduciendo las dimensiones de la salida de la pelvis.

Si la gestante está sentada o en cuclillas sus músculos abdominales pueden trabajar con mayor sincronía con las contracciones uterinas durante los esfuerzos del pujo. Cuando la mujer está de rodillas o en cuclillas el útero se desplaza hacia delante y el eje mayor del canal del parto se endereza, facilitando así la segunda etapa del parto al aumentar los diámetros pélvicos de salida.

La posición lateral también es efectiva para ayudar al parto y puede ser una alternativa para la mujer que no puede abducir las caderas. Puede necesitarse un apoyo bajo la parte alta de los muslos durante el proceso del parto en una mujer que está en esta posición.

No existen evidencias de que estas posiciones durante la segunda etapa afecten la frecuencia con la cual se utilizan las técnicas operatorias (por ejemplo, la aplicación de fórceps, o del extractor de vacío o la cesárea), si se practica la episiotomía o se presentan traumatismos perineales. Tampoco hay evidencias de que el uso de estas posiciones tenga algún efecto adverso sobre el recién nacido. (5)

### **3.2.2.5. Psicología de la respuesta materna**

Factores psicosociales similares afectan a la madre y al padre. Ambos están sufriendo la transición hacia una nueva función y ambos tienen expectativas sobre ellos mismos como cuidadores de sus hijos y de su nueva familia durante la experiencia del parto. Aunque muchas futuras madres y padres asisten a clases de preparación al parto, suelen estar preocupados sobre en qué consistirá el parto, si estarán a la altura de las expectativas, si el dolor y la incomodidad serán más de lo que la madre espera o puede aguantar, y si el padre podrá aportar un apoyo adecuado. Un miedo común expresado durante las clases de

preparación al parto es la posibilidad de perder el control o la imagen preconcebida de la manera «correcta» de dar a luz.

Todas las mujeres sufren cierta inseguridad sobre cómo será su parto: una mujer en su primer parto se enfrenta a una experiencia totalmente nueva para ella, y la mujer que ha dado a luz anteriormente sabe que cada parto es único y diferente de los anteriores. Se pregunta si cumplirá las expectativas de sus familiares y amigos, si sufrirá algún daño físico por laceración, episiotomía o cesárea, y si su entorno personal ayudará tanto como ella espera. La mujer se enfrenta a un hecho irrevocable, el nacimiento de un nuevo miembro de la familia, y, consecuentemente, a un cambio de estilo de vida, relaciones e imagen de sí misma. Finalmente, la mujer debe manejar las preocupaciones sobre la pérdida de control de ciertas funciones corporales, las respuestas emocionales ante una situación desacostumbrada, y las reacciones al dolor que acompaña al parto.

Diversos factores influyen en las reacciones de la mujer ante la crisis física y emocional del parto. Son factores relevantes su cumplimiento de las tareas del embarazo, los mecanismos habituales de afrontamiento ante hechos estresantes de la vida, los sistemas de apoyo, la preparación para el parto y las influencias culturales.

Muchas mujeres temen el dolor causado por las contracciones. Ven este dolor no únicamente como amenazador, sino también asociado a la pérdida de control sobre su cuerpo y sus emociones. Es importante darse cuenta de que la incomodidad y el estrés del parto son una parte esperada del proceso. Asegurar que el parto está transcurriendo por cauces normales puede ser de gran ayuda para reducir la ansiedad y con ello, el dolor. Existen muchas técnicas para ayudar tanto a la futura madre como a su acompañante, que incluyen, por ejemplo, ejercicios de relajación, masajes y pautas respiratorias. (3)

### 3.2.3. DIAGNOSTICO DEL TRABAJO DE PARTO

**Trabajo de parto verdadero:** Las contracciones del parto verdadero producen la dilatación y el borramiento progresivo del cuello uterino. Se producen a intervalos regulares y aumentan en frecuencia, duración e intensidad. Las molestias de las contracciones del parto verdadero suelen comenzar en la espalda y se irradian por los lados hasta el abdomen. El dolor no se alivia caminando (de hecho, andar puede intensificarlo). (3)

**Trabajo de parto falso:** Las contracciones del parto falso no producen la dilatación y el borramiento progresivo del cuello uterino. Clásicamente, son irregulares y no aumentan en frecuencia, duración e intensidad. Las contracciones pueden ser percibidas como un endurecimiento o «abombamiento» sin molestia, o una molestia fundamentalmente en el abdomen bajo y las ingles. Las molestias pueden aliviarse caminando, cambiando de posición, o con una ducha caliente.

Será de ayuda para la mujer conocer las características de las contracciones del parto verdadero, así como los signos premonitorios del parto. Sin embargo, muchas veces la única forma de diferenciar correctamente entre el parto verdadero y el falso es valorando la dilatación. La mujer debe tener suficiente confianza como para solicitar una valoración correcta del parto y debe aconsejarse que no se sienta ridícula si el parto es falso. La enfermera debe tranquilizarla informándole de que el parto falso es común y que muy a menudo no puede diferenciarse del parto verdadero salvo con un tacto vaginal. (3)

❖ **Examen vaginal:** Es necesario tener atención cuidadosa a lo siguiente, con el propósito de obtener la información necesaria y minimizar la contaminación bacteriana por exámenes múltiples. (5)

- Líquido amniótico.
- Cuello uterino: El cérvix se vuelve blando (maduro) y se borra en parte y puede comenzar a dilatarse.
- Posición y Presentación del feto.

- Arquitectura pélvica.
- Vagina y perineo.

❖ **Detección de la rotura de membranas:**

En aproximadamente el 12% de las mujeres a término (38 a 41 semanas de gestación), las membranas amnióticas se rompen antes del comienzo del parto. Este hecho recibe el nombre de *rotura de membranas (o de aguas)*. Una vez que las membranas se han roto, el 80 % de las mujeres experimenta el comienzo del parto en menos de 24 horas. Si las membranas se rompen y el parto no comienza espontáneamente a las 12-24 horas, se puede inducir el parto para reducir el riesgo de infecciones. El parto únicamente se induce si el embarazo está cercano al término.

Cuando las membranas se rompen, el líquido amniótico puede expulsarse en grandes cantidades. Si no se ha producido el encajamiento, existe el peligro de que el cordón umbilical salga con el líquido (*prolapso de cordón*). Además, el camino abierto hacia el útero aumenta el riesgo de infecciones. Debido a estas amenazas, cuando las membranas se rompen, se aconseja a la mujer que informe a su médico. En algunos casos, el líquido es expulsado en pequeñas cantidades y puede ser confundido con episodios de incontinencia urinaria asociados con urgencia urinaria, tos o estornudos. Debe revisarse el líquido para determinar su origen y el curso de acción apropiado. (3)

### **3.2.4. ETAPAS DEL TRABAJO DE PARTO Y ACCIONES DE ENFERMERÍA**

Se considera que el parto es "normal" cuando la mujer está a término o cerca de éste, no ha presentado complicaciones, tiene un feto único en presentación de vértice y completa su parto en 24 horas. El curso del parto, cuya constancia es notable, consiste en la progresión regular de las contracciones uterinas, el borramiento y la dilatación progresivos del cérvix, y el descenso progresivo de la presentación. Se reconocen tres etapas en el parto: Dilatación, expulsión y alumbramiento.

Algunos autores identifican una cuarta etapa que dura entre 1 y 4 horas tras la expulsión de la placenta, el útero se contrae de forma eficaz para controlar la hemorragia en el lecho placentario. (3)

El objetivo fundamental del cuidado de enfermería durante el trabajo de parto normal es, asegurar la salud de la madre y su hijo con el menor nivel posible de intervención compatible con la seguridad de ambos, detectar y tratar las complicaciones de manera más oportuna. (1)

#### **3.2.4.1. ETAPA DE DILATACIÓN**

Esta etapa abarca desde el comienzo de las contracciones uterinas regulares hasta el borramiento y la dilatación total de cuello. (5) Dura aproximadamente 20 horas en una nulípara y 14 horas en una multípara. Se subdivide clásicamente en tres fases, cada fase caracteriza por unos cambios físicos y psicológicos. (3)

❖ **Fase Latente:** La fase latente empieza cuando aparecen las contracciones regulares, que son habitualmente moderadas, hasta alcanzar unos 3cm de dilatación. La mujer se siente capaz de aguantar las molestias. Puede sentirse aliviada al saber que por fin ha comenzado el parto y que el fin del embarazo ha llegado. Aunque puede encontrarse ansiosa, será capaz de reconocer y expresar esos sentimientos de ansiedad. La mujer suele estar habladora y sonriente y tiene ganas de hablar sobre sí misma y responder preguntas. La emoción es elevada y su pareja u otra persona cercana se encuentra tan entusiasmada como ella misma.

Las contracciones uterinas se establecen durante la fase latente y aumentan en frecuencia, duración e intensidad. Pueden comenzar como contracciones moderadas que duran de 15 a 20 segundos, con una frecuencia de 10 a 20 minutos, y van progresando a moderadas, con una duración de 30 a 40 segundos y una frecuencia de 5 a 7 minutos. El cuello uterino comienza a dilatarse y también comienza el borramiento, aunque el feto no desciende o desciende poco. Para una mujer que se encuentra en su primer parto (nulípara), la fase latente (o temprana) de la primera etapa del

parto dura una media de 8.6 horas, aunque no debe exceder las 20. La fase latente en las mujeres multíparas dura unas 5.3 horas, aunque no debe exceder las 14 horas.

Al comienzo del parto, las membranas amnióticas se abomban a través del cuello uterino, adquiriendo una forma cónica. La rotura espontánea de las membranas (REM) generalmente se produce durante el pico de una contracción intensa, saliendo de la vagina un chorro de líquido. (3)

❖ **Fase Activa:** Las contracciones son más regulares más intensas y más frecuentes. Cuando la mujer entra en la *fase activa* temprana, su ansiedad tiende a aumentar al notar la intensificación de las contracciones y del dolor. Empieza a tener miedo a perder el control y puede usar diferentes mecanismos de afrontamiento. Algunas mujeres muestran una reducción de la capacidad de afrontamiento de esta situación y una sensación de impotencia. Las mujeres que cuentan con personas y familiares de apoyo pueden experimentar una satisfacción mayor y una ansiedad menor que aquellas sin apoyo.

Durante esta fase, el cuello uterino se dilata desde 3-4cm hasta 8 cm. El descenso fetal es progresivo. La dilatación cervical media es de 1.2 cm/h en las mujeres nulíparas, y de 1.5 cm/h en las multíparas.

❖ **Fase de Transición:** Es el periodo más difícil de la primera etapa del parto donde el cuello abre los últimos 2cm. Cuando la mujer entra en la fase de transición, puede mostrar una ansiedad significativa. Percibe de forma aguda el aumento de la fuerza y la intensidad de las contracciones. Se puede mostrar inquieta, cambiando frecuentemente de posición. Cuando la mujer entra *en* esta fase, se vuelve introspectiva y a menudo se encuentra cansada. Puede temer quedarse sola al mismo tiempo que el acompañante siente la necesidad de tomarse un descanso.

Durante las fases activa y de transición, las contracciones se hacen más frecuentes, duraderas e intensas.

Al final de la fase activa, las contracciones tienen una frecuencia de 2 a 3 minutos, una duración de 60 segundos, y una intensidad fuerte. Durante la fase de transición, las contracciones se suceden cada 2 minutos aproximadamente, con una duración de 60 a 90 segundos y una intensidad fuerte. La dilatación cervical se hace más lenta según progresa de 8 a 10 cm, y la velocidad de descenso fetal aumenta bruscamente. La velocidad media en las mujeres nulíparas es de 1.6 cm/h y al menos de 1 cm/h; y en las multíparas, la media es de 5.4 cm/h y al menos de 2.1 cm/h. La fase de transición habitualmente no dura más de 3 horas en las nulíparas y poco más de 1 hora en las multíparas.

Cuando la dilatación se acerca a 10 cm, puede existir un aumento de la presión rectal y un deseo incontrolable de defecar, un aumento de la cantidad de sangre, y la rotura de las membranas (en caso de que no se haya producido con anterioridad). La mujer también puede tener miedo de que se «partirá en dos» por la fuerza de las contracciones. En el pico de la contracción, la mujer experimenta una sensación de presión tan fuerte que le parece que su abdomen estallará de la presión. La enfermera debe informar a la mujer que esa sensación es normal. La mujer puede dudar de su capacidad para enfrentarse al parto y puede mostrarse inquieta, irritable y retraída. Puede sentir terror a quedarse sola, aunque no quiere hablar o ser tocada por nadie. Sin embargo, con la próxima contracción puede pedir ayuda física y oral. Las características de esta fase pueden incluir lo siguiente:

- Aumento del fluido hemático.
- Hiperventilación, al aumentar la frecuencia respiratoria
- Molestias generales, incluyendo dolor de espalda, temblores y calambres en las piernas, y una mayor sensibilidad al contacto físico
- Mayor necesidad de la presencia y apoyo de la pareja y/o enfermera
- Agitación
- Inquietud e irritabilidad
- Dificultad para comprender las instrucciones

- Sensación de desconcierto, frustración y enfado ante las contracciones
- Petición de medicación
- Hipo, eructos, náuseas y vómitos
- Perlas de sudor en el labio superior o la frente
- Incremento de la presión rectal y necesidad urgente de defecar

La mujer en esta fase está deseando «terminar». Puede estar amnésica y dormirse entre las contracciones, ahora frecuentes. Sus acompañantes empiezan a sentirse inútiles y pueden solicitar a la enfermera una participación mayor al sentir que sus esfuerzos para aliviar las molestias de la mujer son cada vez menos eficaces.

#### **3.2.4.1.1. LABOR DE ENFERMERIA**

##### **❖ VALORACION**

##### **✓ Anamnesis:**

Cuando una gestante ingresa en el área de maternidad, el personal de enfermería obtiene una breve anamnesis.

- Datos personales.
- Ganancia de peso.
- Antecedentes. Consumo de drogas, alcohol, tabaquismo, enfermedades, embarazos, partos, abortos, muertes neonatales. etc.
- Alergias medicamentosas, alimentarias u otras sustancias.
- Factores de riesgo: Su detección es una parte integral de la valoración de la mujer que lleva un parto normal.
- Exámenes de laboratorio y ecografías.
- Controles prenatales.
- Conocimientos sobre la experiencia del parto: Partos previos, educación para el parto durante la gestación.

- ✓ **Valoración física:** La exploración física forma parte del procedimiento de ingreso y de la asistencia continuada de la mujer, se evaluará: Signos vitales, peso, fondo uterino, edema, hidratación, periné, estado del parto como: contracciones uterinas, cérvix (dilatación), descenso fetal, membranas, líquido amniótico, etc., estado del feto como: FCF, presentación fetal, posición fetal, LCF, posición y situación fetal.
- ✓ **Valoración psicosocial:** Preparación para el parto (nivel de conocimientos), respuesta al trabajo de parto en todas las fases (mecanismos de afrontamiento, ansiedad, sistemas de apoyo), tiene pareja, violencia física o emocional, etc.
- ✓ **Valoración cultural:** Influencias culturales: costumbres y prácticas.

#### ❖ **DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA**

- ✓ Miedo relacionado con la incomodidad del parto y el hecho de no conocer el resultado del mismo.
- ✓ Dolor relacionado con las contracciones uterinas, la dilatación cervical y el descenso fetal.
- ✓ Riesgo de lesión fetal relacionado con alteración de la perfusión placentaria durante las contracciones uterinas.
- ✓ Riesgo de infección relacionado con rotura espontánea de membranas.
- ✓ Falta de conocimientos relacionada con la falta de información sobre el proceso normal del parto y las medidas para estar cómoda.
- ✓ Afrontamiento individual ineficaz por parte de la madre relacionado con falta de preparación para las sensaciones que se presentan durante este período.

- ✓ Fatiga relacionada con el agotamiento de energía durante las contracciones del parto.

## ❖ **ACTUACIONES DE ENFERMERIA**

### ✓ **Conducta general**

- Administrar de enema evacuante.
- Evacuación espontanea de la vejiga.
- Realizar baño de ducha.
- Realización de lavado vulvoperineal.
- Iniciar infusión intravenosa de una solución de electrolitos a 125 ml/hora según orden médica.
- Alimentación líquida e hidratación. (3)

### ✓ **Vigilancia del Bienestar Fetal**

- Monitoreo constante de la frecuencia cardiaca fetal.
- Valoración en caso de sufrimiento fetal.
- Valoración de las contracciones uterinas. (3)

### ✓ **Vigilancia Materna y Tratamiento**

- Control de constantes vitales: P/A, T°, P, R.
- Valoración de las contracciones uterinas.
- Monitorización de la dilatación cervical, posición y descenso fetal.
- Mantener la higiene perineal y valorar los fluidos vaginales.
- Valorar si hay rotura de membranas con la prueba de nitracina.
- Valoración del llenado de vejiga cada 2 horas.
- Monitorización de la ingesta y la eliminación.
- Asegurar la toma de muestras para análisis: sangre, orina, etc.
- Administración de anestesia o analgesia según prescripción.

- Examinar en busca de signos de infección; tomar la temperatura y la FCF en busca de taquicardia.
- Usar los principios de asepsia y precauciones universales para todas las medidas de cuidados.
- Limitar la frecuencia de los exámenes vaginales.
- Estimular deambulaci3n, salvo que est3 contraindicado.
- Sugerir una posici3n vertical para estimular el progreso del descenso si la fase de descenso no ha comenzado despu3s de 20 minutos.
- Mejorar el estado de 3nimo a trav3s de un acompa1ante.
- Orientaci3n y consejer3a respecto al entorno, las valoraciones, procedimientos esperados, instrumentos, y el proceso del parto.
- Responder preguntas y ofrecer informaci3n.
- Ense1ar ejercicios de respiraci3n y medidas de comodidad como: cambios frecuentes de postura, masaje suave, sujetar la mano, palabras de 3nimo, acompa1arle, etc.
- Documentaci3n de todos los hallazgos.
- Preparaci3n del ambiente para el nacimiento. (3)

#### **3.2.4.2. ETAPA DE EXPULSI3N**

Abarca cuando tiene lugar una dilataci3n completa (10 cm) hasta la expuls3n completa del feto o nacimiento, las fuerzas del parto se concentren en el descenso. (5)

El pensamiento tradicional indica que la segunda etapa debe ser completada en 2 horas tras la dilataci3n completa del cuello uterino en las primigr3vidas; esta etapa dura unos 15 minutos en las mult3paras. Las contracciones continúan con una frecuencia de aproximadamente 2 minutos, una duraci3n de 60 a 90 segundos, y una intensidad fuerte. El descenso de la parte presentada del feto continúa hasta alcanzar el suelo del perin3.

Según va descendiendo el feto, la mujer suele sentir la necesidad de empujar debido a la presión de la cabeza del feto sobre los nervios sacro y obturador. Al empujar, se ejerce una presión intraabdominal debido a la contracción de los músculos abdominales maternos. A medida que la cabeza fetal continúa el descenso, el periné comienza a abultarse, aplanarse y moverse en dirección anterior. La cantidad de líquido sanguinolento puede aumentar. Los labios comienzan a separarse con cada contracción. Entre las contracciones la cabeza fetal parece retroceder. Con las contracciones sucesivas y el esfuerzo de empuje de la mujer, la cabeza fetal sigue descendiendo. El coronamiento se produce cuando la cabeza fetal está rodeada por el orificio vaginal externo (introito), y significa que el nacimiento es inminente.

La mujer puede sentir que ha perdido la capacidad para enfrentarse al parto y sentirse avergonzada, o puede demostrar una irritabilidad extrema hacia el personal sanitario y sus acompañantes al tratar de recuperar el control sobre las fuerzas externas sobre las que se siente impotente. La mayoría de las mujeres siente un dolor agudo de intensidad creciente y una sensación de quemazón cuando el periné se dilata. (3)

Se subdivide en tres fases: Cada una se caracteriza por los comportamientos verbales y no verbales de la madre, la actividad uterina, la urgencia del pujo y el descenso del feto.

❖ **Fase uno: Fase temprana o latente:** La fase latente es un período de reposo y calma relativos, la mujer está tranquila y a menudo se relaja y cierra los ojos entre las contracciones. Todavía no se ha establecido del todo la urgencia del pujo, la cual se experimenta en principio durante el pico de la contracción.

❖ **Fase dos: Fase de descenso o activa:** La fase de descenso se caracteriza por una intensa urgencia de pujo a medida que se activa el reflejo de Ferguson cuando la parte de la presentación presiona sobre los receptores de estiramiento del suelo pélvico;

esta estimulación produce la liberación de oxitocina de la hipófisis posterior, lo que provoca contracciones uterinas expulsivas más fuertes. La mujer se centra más en los esfuerzos del pujo que se vuelven rítmicos, cambia de posición con frecuencia para encontrar una posición más cómoda en la cual pueda pujar. Con frecuencia anuncia el comienzo de las contracciones y vocaliza más durante el pujo.

- ❖ **Fase tres: Fase perineal:** En la fase perineal, la parte de la presentación está en el perineo y los esfuerzos de pujo son más efectivos para ayudar al nacimiento. La mujer puede expresarse más de forma verbal respecto al dolor que está experimentando; puede gritar, jurar y actuar como si estuviera fuera de control. La enfermera estimula a la paciente para que "escuche su propio cuerpo" a medida que progresa de una fase a otra de la segunda etapa del parto. Cuando la mujer escucha que su cuerpo le comunica que debe pujar, está utilizando un lugar interno de control y a menudo se siente más satisfecha con sus esfuerzos para dar a luz a su bebé. Sus sentimientos de autoestima y de éxito mejoran.

Si una mujer está en la cama en posición de decúbito dorsal, la urgencia rítmica del pujo se suprime porque la fuerza de gravedad, que de otra manera presionaría la parte de la presentación contra el suelo pélvico, se ve reducida. El proceso de trasladar a la mujer hacia otra habitación y colocarla sobre la mesa de partos en posición de litotomía, como ha sido la costumbre en occidente durante los últimos treinta años, también tiene el efecto de inhibir la urgencia de pujo; en la mayoría de las sociedades no occidentales la dilatación y el parto tienen lugar en la misma habitación y las mujeres adoptan varias posiciones para el parto, como de rodillas, sentadas, de pie o en cuclillas. En la sociedad occidental han surgido movimientos de activistas en defensa del parto natural en los cuales las mujeres están pidiendo tener el control en términos de las posiciones seleccionadas para el parto y los escenarios en que éste va a tener lugar. Hoy en día cada vez más nacimientos en los Estados Unidos se presentan en las habitaciones de parto de los hospitales (habitaciones de dilatación, parto y recuperación

[DPR] o de dilatación, parto, recuperación y posparto [DPRP]) y en centros de atención obstétrica. Las mujeres también vienen usando numerosas técnicas de preparación para el parto (por ejemplo, técnicas de respiración y relajación), posiciones y medidas como la hidroterapia para mejorar su comodidad y progreso durante la dilatación y el parto. (5)

Según otros autores mencionan que la etapa de expulsión dura aproximadamente 57 min en nulíparas y 14.4 min en multíparas. (5) Otros mencionan que esta etapa tiene una duración mediana de 15min. (2)

### **3.2.4.2.1. LABOR DE ENFERMERÍA**

#### **❖ VALORACIÓN**

Durante la segunda etapa se valora:

- ✓ Los signos vitales, las contracciones uterinas c/15min en mujeres de bajo riesgo y cada 5min en mujeres de alto riesgo, descenso fetal este continúa tras el nacimiento, nivel de comodidad y las características del comportamiento (respuesta a los pujos, expresiones faciales, expresión verbal, etc.)
- ✓ Valoración de las respuestas a los procedimientos esperados: responder preguntas.
- ✓ Valoración vesical: sonda vesical si es necesario, valoración de la posición adecuada para el parto.
- ✓ Valoración del recién nacido inmediato: Las respiraciones normales de 30-60 por minuto e irregulares, el pulso apical normal de 120-160 por minuto, la temperatura corporal por encima de los 36.5 °C, el cordón umbilical la presencia de dos arterias y una vena, valorar malformaciones, la edad gestacional normal de 38-42 semanas.

## ❖ **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA**

- ✓ Dolor relacionado con las contracciones uterinas, el proceso del nacimiento y/o el traumatismo del periné a causa del nacimiento.
- ✓ Riesgo de lesión fetal relacionado con alteración de la perfusión placentaria durante las contracciones uterinas.
- ✓ Déficit de líquidos relacionado con un consumo limitado de líquidos y con las pérdidas durante el parto.
- ✓ Fatiga relacionada con agotamiento de energía durante el parto.
- ✓ Falta de conocimientos relacionada con la falta de información sobre los métodos para hacer pujos antes del nacimiento.
- ✓ Miedo relacionado con el resultado del proceso del nacimiento.

## ❖ **ACTUACIONES DE ENFERMERIA**

- ✓ **Conducta general durante la fase uno:**
  - Rotura artificial de la bolsa.
  - Vigilancia continua de las contracciones y los latidos cardiacos fetales.
  - Administración de oxígeno según prescripción medica.
  - Apoyo psicofísico. (3)
- ✓ **Conducta general durante el desprendimiento:**
  - Preparación aséptica del campo y material.
  - Posición adecuada para el parto.
  - Realizar las técnicas de relajación y respiración.
  - Brindar información y responder preguntas.
  - Proporcionar apoyo y ánimo: establecer una relación de confianza y simpatía.

- Estimula los esfuerzos del pujo y la urgencia.
- Explica que soplar en el momento de la contracción facilita un nacimiento más lento de la cabeza.
- Protección del periné.
- Episiotomía en nulíparas.
- Expulsada la cabeza se desliza las circulares si la hubiera.
- Desprendimiento de los hombros. (3)

✓ **Recién Nacido**

- Contacto precoz madre niño.
- Aspiración de secreciones antes de la primera respiración.
- Ligadura del cordón umbilical.
- Mantener la temperatura corporal.
- Determinar el puntaje Apgar.
- Identificación del recién nacido.
- Profilaxis y administración de vitamina K (conakion).
- Examen general del neonato.(3)

### 3.2.4.3. ETAPA DE ALUMBRAMIENTO

La tercera etapa del parto va desde el momento en que nace el bebé hasta el alumbramiento de la placenta Y las membranas ovulares

El objetivo del manejo de este período es la separación y expulsión inmediatas de la placenta, lograda de la manera más fácil y segura posible. (5)

La placenta está adherida a la decidua del delgado endometrio de la capa basal mediante numerosas vellosidades fibrosas, o de anclaje de manera parecida a como se adhiere un sello a una página de sello. (5)

Esta etapa comprende 4 sub etapas:

- ❖ **Desprendimiento de la Placenta:** Una vez nacido el bebé, el útero se contrae firmemente, disminuyendo su capacidad y la superficie

de unión placentaria. (3) Por lo general, las primeras contracciones fuertes se presentan a los cinco o siete minutos después del nacimiento y hacen que la placenta se separe de la capa basal. (5) La placenta comienza a separarse debido a esta disminución de superficie. Cuando se separa, se produce un sangrado con formación de un hematoma entre el tejido placentario y la decidua que queda. Este hematoma acelera el proceso de separación. (3)

- ❖ **Desprendimiento de las Membranas:** Las membranas son las últimas en separarse. Los signos de desprendimiento de la placenta suelen aparecer aproximadamente a los 5 minutos del nacimiento del bebé. Los signos son: 1) útero de forma globulosa; 2) elevación de su fondo en el abdomen; 3) un chorro repentino o un goteo de sangre; y 4) mayor protrusión del cordón umbilical fuera de la vagina.
- ❖ **Descenso de la Placenta:** Al ir bajando la placenta hacia la vagina, las membranas se van desprendiendo de la pared del útero.
- ❖ **Expulsión de la Placenta:** Cuando aparecen los signos de separación de la placenta, la mujer puede ayudar a su expulsión. Si no lo consigue y el médico o la matrona confirman que el fondo está firme, se puede aplicar una tracción suave sobre el cordón umbilical al mismo tiempo que se presiona sobre el fondo. El propio peso de la placenta cuando se dirige a la bandeja de recolección ayuda en el desprendimiento de las membranas de la pared uterina.

Se considera que una placenta está retenida si no se ha expulsado pasados 30 minutos después de acabar la segunda etapa del parto. Si la placenta se desprende desde el interior hacia los márgenes externos, se expulsa con la parte fetal (brillante) hacia fuera. Esto se conoce como mecanismo de Schuitze de expulsión de la placenta, o más coloquialmente, el «brillante Schuitze». Si la placenta se desprende desde los márgenes externos hacia el interior, se enrollará y se expulsará lateralmente mostrando la superficie materna. Esto se conoce como mecanismo de Duncan de expulsión de la placenta, o más coloquialmente, el «sucio Duncan», porque la superficie placentaria es rugosa.

### **3.2.4.3.1. LABOR DE ENFERMERÍA**

#### **❖ VALORACIÓN**

En la etapa de alumbramiento realiza la valoración de:

- ✓ Signos vitales, las contracciones uterinas: palpar de manera ocasional hasta que se expulse la placenta, el fondo mantiene el tono y el patrón de contracciones sigue hasta la expulsión de la placenta.
- ✓ Valorar el estado hemodinámico y el nivel de conocimientos en la madre.

#### **❖ DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

- ✓ Dolor relacionado con las contracciones uterinas, el proceso del nacimiento y/o el traumatismo del periné a causa del nacimiento.
- ✓ Riesgo de disminución del volumen circulante relacionado con pérdida de sangre después de la separación y expulsión de la placenta.
- ✓ Falta de conocimientos relacionada con la falta de información sobre los métodos para hacer pujos antes del nacimiento
- ✓ Miedo relacionado con el resultado del proceso del nacimiento.

#### **❖ ACTUACIONES DE ENFERMERÍA**

- Control de los signos vitales maternos.
- Palpación de las contracciones uterinas.
- Observación de los fenómenos clínicos y signos de desprendimiento.
- Recepción de la placenta evitando desgarros.
- Vigilancia del globo de seguridad.
- Examen de la placenta y membranas.
- Administración de oxitócicos.

- Higiene vulvar minucioso.
- Control y valoración del sangrado.
- Brindar información y responder preguntas.
- Proporcionar apoyo: establecer una relación de confianza y simpatía.
- Vigilancia de la madre durante dos horas. (3)

#### **3.2.4.4. ETAPA DE RECUPERACIÓN INMEDIATA Y REPARACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA.**

La cuarta etapa del parto abarca de la primera a la cuarta hora posterior al alumbramiento, durante el cual comienza el reajuste fisiológico del cuerpo de la madre. Con el nacimiento aparecen ciertos cambios hemodinámicos. La pérdida de sangre oscila entre 250 y 500 mL. Debido a esta pérdida de sangre y a la desaparición del peso que el útero gestante ejercía en los vasos circundantes, la sangre se redistribuye en los lechos venosos. La consecuencia es una bajada moderada tanto de la presión sistólica como de la diastólica, un aumento de la presión del pulso, y una taquicardia moderada.

El útero se mantiene contraído en la línea media del abdomen. El fondo se suele encontrar a medio camino entre la sínfisis del pubis y el ombligo. Su estado de contracción constriñe los vasos del lecho de implantación placentario. Inmediatamente después de la expulsión de la placenta, el cuello uterino está muy distendido y engrosado. (3)

Otros autores mencionan que abarca la primera y segunda hora posterior al alumbramiento. Se examine el útero, la región perineal y vaginal para la identificación de cualquier hallazgo anómalo. (5).

##### **❖ Episiotomía**

La episiotomía es una incisión realizada en el perineo para agrandar la salida de la vagina. El tipo de episiotomía se designa de acuerdo con el punto y la dirección de la incisión.

*La episiotomía en la línea media:* (mediana) Es la que más se usa en los Estados Unidos. Es efectiva, se repara con facilidad y por lo

general es menos dolorosa. Puede extenderse hacia el esfínter rectal (desgarro o extensión de tercer grado) o incluso hasta el canal anal (desgarro o extensión de cuarto grado). El tono del esfínter por lo general se restablece después del cierre primario y una reparación anatómica.

*La episiotomía lateral:* Se utiliza en los partos intervenidos en los que hay más probabilidad de que se necesite una extensión posterior. Aunque puede prevenirse el desgarro de cuarto grado, puede no obstante presentarse uno de tercer grado. La pérdida de sangre también es mayor y la reparación más difícil y más dolorosa que cuando se hace la episiotomía mediana.

Propósitos de la episiotomía:

- Previene el desgarro del perineo.
- Posiblemente minimiza el estiramiento prolongado y severo de los músculos que sujetan la vejiga o el recto, lo que puede más tarde conducir a la incontinencia urinaria de esfuerzo o al prolapso de los órganos pélvicos (útero, vejiga, recto).
- Reduce la duración de la segunda etapa, lo que puede ser importante por razones maternas (por ejemplo, en los estados hipertensivos) o fetales (una bradicardia persistente).
- Agrandando la vagina en caso de que se necesite una manipulación para facilitar el nacimiento del bebé (por ejemplo, en la presentación de pelvis o para la aplicación de los fórceps o el extractor de vacío).

#### **3.2.4.4.1. LABOR DE ENFERMERÍA**

##### **❖ DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

En la cuarta etapa, los posibles diagnósticos de enfermería incluyen los siguientes:

- ✓ Dolor relacionado con el traumatismo del periné
- ✓ Riesgo de disminución del volumen circulante relacionado con posible hemorragia después del parto.
- ✓ Falta de conocimientos relacionada con la falta de información sobre el proceso de involución y las necesidades de auto cuidado
- ✓ Alteración del proceso familiar en relación con la incorporación del recién nacido.

#### ❖ **ACTUACIONES DE ENFERMERÍA**

- Reparación de la episiotomía
- Valoración continua de c/15min de las contracciones del fondo uterino.
- Palpar el fondo del útero c/15 min y valorar las contracciones, localizando en la línea media a nivel del ombligo o uno o dos traveses de dedo por debajo del ombligo.
- Evaluar el color y la cantidad de los loquios y observar la presencia de coágulos.
- Observación de compresas y ropa de cama en cuanto a loquios.
- Pesar las compresas perineales si el flujo de loquios es >1 compresa saturada c/15min
- Aplicación de masaje suave al fondo uterino con movimiento circular.
- Mantener la infusión de oxitocina según prescripción.
- Aliviar el dolor perineal a través de la administración de analgésicos prescritos y compresas de hielo.
- Posición adecuada para disminuir la presión sobre el perineo.
- Enseñar auto masaje del útero.
- Colocación de sonda en caso de distensión vesical.

- Brindar orientación y consejería a los padres y familiares.  
(3)

#### IV. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

- López menciona que durante el final del embarazo la mujer y el feto se preparan para el proceso de dilatación, el feto ha crecido y se ha desarrollado en preparación para la vida extrauterina, la mujer ha experimentado numerosas adaptaciones fisiológicas durante el embarazo que la preparan para el nacimiento y la maternidad, por lo que considera importante que el profesional de enfermería debe entender los factores que afectan la dilatación, el proceso que está involucrado, el curso normal de los eventos y las adaptaciones hechas por la madre y el feto aplicando el proceso de enfermería.
- Históricamente, las mujeres han sido atendidas por otras mujeres en el trabajo de parto. Sin embargo, en la práctica hospitalaria mundial de las últimas décadas, el apoyo continuo del profesional de enfermería durante el trabajo de parto se ha convertido en una estrategia muy importante. Por otro lado, diferentes estudios muestran su preocupación por la consecuente deshumanización de la atención del parto por ello es de vital importancia implementar estrategias que permita mejorar la calidad de atención durante este proceso.
- Desde el punto de vista conceptual, Días A., define el trabajo de parto como un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable por los genitales maternos, entre otros autores que lo conceptúan como una serie de contracciones rítmicas y progresivas en el útero, que ayudan a que el cuello se borre y dilate para permitir el tránsito del feto por el canal del parto; sin embargo, las señales del trabajo de parto pueden variar de una mujer a otra. La mayor dificultad para la comprensión del trabajo de parto normal es la identificación de su comienzo, lo cual puede llevar a una mala evaluación de su progresión y duración, con la aparición de conductas apresuradas.

- López y Ojeda coinciden en afirmar que el trabajo de parto se divide en tres etapas: dilatación, expulsión y alumbramiento; sin embargo Lowdermild D, Perry S, Bobak afirman la existencia de una cuarta etapa que dura entre 1 y 4 horas tras la expulsión de la placenta, el útero se contrae de forma eficaz para controlar la hemorragia en el lecho placentario. En esta etapa se describe el momento de recuperación inmediata, cuando se restablece la homeostasis, de mucha importancia para evitar complicaciones posibles como la hemorragia.
  
- Ojeda precisa que los acontecimientos fisiológicos que se producen durante el trabajo de parto requieren numerosas adaptaciones por parte de la madre y del feto, por lo que resulta fundamental que el profesional de enfermería realice valoraciones frecuentes y precisas y oportunas, empleando las técnicas tradicionales de observación, palpación y auscultación, coincidiendo con la propuesta de la Organización Mundial de Salud en relación al desempeño del profesional de salud en este proceso para disminuir las complicaciones de parto y la posibilidad de mortalidad materna perinatal.
  
- Hodnett, afirma que las adaptaciones psicológicas de la gestante varían de acuerdo a su número de gesta, es decir que una mujer nulípara presenta más variaciones psicoafectivas (temor, ansiedad, afrontación del dolor, entre otros) que una mujer múltipara quien ya ha tenido previamente experiencias en este proceso; en relación a ello las acciones de enfermería, desde la valoración hasta la evaluación a través del proceso de atención que se planifique, varían de igual manera en la atención de cada una de ellas, así como también a la familia, tal como menciona Días que la atención a la gestante debe ser integral no solo a la gestante sino también a la familia.
  
- En relación a los tipos de respuestas al dolor, Nápoles afirma que a medida que la intensidad de las contracciones aumenta con la progresión del parto, la mujer se hace menos consciente del entorno y puede tener dificultad para oír y comprender las instrucciones verbales. El patrón de afrontamiento de las contracciones del parto varía desde la utilización de técnicas muy estructuradas de respiración ó masaje, menciona por ejemplo que algunas

mujeres notan que emitir sonidos les ayuda a afrontar y mejorar el trabajo del parto, mientras que otras emiten sonidos en voz alta sólo a medida que pierden la sensación de control.

- Es reconocido por la OMS de que el conocimiento de los valores, las costumbres y las prácticas de las diferentes culturas es tan importante durante el parto como en el período prenatal. Sin este conocimiento es menos probable que la enfermera comprenda el comportamiento de la familia y puede intentar imponer valores y creencias personales. A medida que la sensibilidad cultural aumenta, también lo hace la probabilidad de ofrecer una asistencia de calidad.

## **V. APOORTE DEL TEMA A LA PROFESIÓN**

- La labor de enfermería durante el proceso de trabajo de parto es de vital importancia ya que el profesional tiene la responsabilidad de brindar estos cuidados en forma integral, es por eso la importancia teórica de este trabajo monográfico pretendiendo así brindar información y conocimientos actualizados para tomarse encuentra durante la labor del parto.
- El personal de enfermería, dedicado a brindar atención a la gestante durante el proceso del trabajo de parto, tiene un rol muy importante en la identificación temprana de problemas que pueden poner en riesgo el estado de salud de la madre y el recién nacido contribuyendo a la disminución de la tasa de morbilidad materno perinatal.
- La elaboración de un plan de intervención para establecer criterios de buena práctica en lo referente a la labor de enfermería durante el proceso de trabajo de parto permite mejorar la calidad de atención y disminuir los riesgos de morbilidad tanto en la madre como el recién nacido. (Ver anexo).

## VI. CONSIDERACIONES FINALES

- El trabajo de parto es un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable por los genitales maternos comenzando generalmente con el inicio de las contracciones rítmicas experimentadas por la madre y finalizando con la expulsión de la placenta.
- Los factores que afectan el trabajo de parto, pueden recordarse con facilidad con la regla nemotécnica de las cinco P: pasadizo (canal del parto); compuesto por la pelvis ósea rígida de la madre y por los tejidos blandos del cérvix, el suelo pélvico, la vagina y el introito (el orificio externo de la vagina), pasajero (feto y placenta); está determinado por la interacción de varios factores (tamaño de la cabeza fetal, la presentación, la situación, la actitud y la posición fetal), poderes (contracciones), posición de la madre y psicología de la respuesta materna.
- Durante el proceso del parto se consideran cuatro etapas importantes: Etapa de dilatación, expulsión (abarca desde la dilatación completa hasta el nacimiento), alumbramiento (desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta) y una cuarta que dura entre 1 y 4 horas tras la expulsión de la placenta, llamada etapa de recuperación inmediata y reparación de la episiotomía.
- La valoración durante el trabajo de parto incluye la atención de parámetros tanto físicos como psicosocioculturales de la mujer, la valoración del feto, y la valoración continuada de situaciones que puedan poner en peligro a la mujer y a su feto.
- En la etapa de dilatación durante el trabajo de parto la labor de enfermería se centra principalmente en una valoración exhaustiva comenzando por una anamnesis: Datos personales, antecedentes, alergias, factores de riesgo, exámenes de laboratorio y ecografías, controles prenatales, nivel de conocimientos. Luego se realiza una valoración física: Signos vitales, peso, fondo uterino, edema, hidratación, periné, contracciones uterinas, cérvix (dilatación), descenso fetal, membranas, líquido amniótico, FCF,

presentación fetal, posición y situación fetal. También se realiza una valoración psicosocial: preparación para el parto (nivel de conocimientos), mecanismos de afrontamiento, ansiedad, sistemas de apoyo, violencia física o emocional, etc. para luego terminar con una valoración cultural: Influencias culturales: costumbres y prácticas.

- En la etapa de expulsión la labor de enfermería está enfocada en los signos vitales, las contracciones uterinas, descenso fetal, nivel de comodidad y las características del comportamiento (respuesta a los pujos, expresiones faciales, expresión verbal, etc.) Valoración de las respuestas a los procedimientos, valoración vesical, posición y la valoración del recién nacido inmediato: Las respiraciones normales de 30-60 por minuto e irregulares, el pulso apical normal de 120-160 por minuto, la temperatura corporal por encima de los 36.5 °C, el cordón umbilical la presencia de dos arterias y una vena, valorar malformaciones, la edad gestacional normal de 38-42 semanas.
- En la etapa de alumbramiento se valoran los signos vitales, las contracciones uterinas: palpar de manera ocasional el fondo uterino y manteniendo el patrón de contracciones hasta la expulsión de la placenta, valorar el estado hemodinámico y el nivel de conocimientos en la madre.
- En la cuarta y última etapa del trabajo de parto, se realiza la valoración de la madre en el posparto se realizara cada 15 min durante una hora, se controlan los signos vitales, estado uterino, valoración del periné, nivel de comodidad.

## VII. RECOMENDACIONES

- Promover las acciones de salud encaminadas a brindar una atención con calidad durante el proceso del parto.
- Establecer un trabajo coordinado entre los profesionales de Salud Obstétrico y de Enfermería en la atención integral del parto.
- Realizar actividades de promoción y prevención de salud, fomentando los controles Prenatales en las gestantes de los establecimientos.
- Solidificar la intervención educativa de calidad, desarrollada por un equipo multidisciplinario, que fomente la participación activa de la gestante, familia y sociedad.
- Promover la investigación sobre la labor de enfermería durante el trabajo de parto y posibles complicaciones durante este proceso.
- Promover el control prenatal y el parto institucional para detección de riesgo y acciones oportunas, mediante acciones de extensión universitaria.
- Establecer un programa educativo dirigido a los profesionales que brindan la atención a la madre gestante en lo referente a la calidad de atención del paciente durante el trabajo de parto.
- Fortalecer las capacitaciones sobre la labor que se cumplen durante el trabajo de parto y los cuidados que se debe proporcionar a la madre y recién nacido con atención de calidad.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS (Organización Mundial de la Salud). Cuidados en el Parto Normal: Una Guía Práctica. Rev Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá [Seriada en Línea] 2001;18(2): [55 páginas]. Disponible en:  
URL:[http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf).  
Consultado noviembre 12, 2009
2. Schwarcz R, Duverges C, Días A y Fescina R. Obstetricia. 5ta. ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial El Ateneo; 2004. "p" 368-414.
3. Ladewing P, London M, Soberly S, Olds S. Enfermería Maternal y del Recién Nacido. Quinta Edición. Madrid, España: Editorial McGraw-Hill interamericana; 2006. "p" 393-489.
4. OPS (Organización Panamericana de la Salud). Mortalidad Materna y Neonatal en América Latina y el Caribe: Estrategias de Reducción. 2007. [19 páginas]. Disponible en:  
URL:[http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D15.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D15.pdf).  
Consultado Noviembre 12, 2009
5. Lowdermild D, Perry S, Bobak I. Enfermería Materno Infantil. Sexta ed. Madrid España: Editorial Oceano; 2005. "p" 367-441.
6. López S. Influencia del Trabajo de Parto en la Saturación de Oxígeno de Fetos con Signos de Redistribución Hemodinámica. [Tesis Doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2003-2008.
7. Nápoles D, García A, Couto D, Torres Y. Características de la fase latente del trabajo de parto. Rev Medisan [Seriada en Línea] 2005;9(2): [5 páginas].  
Disponible en:  
URL:[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9\\_2\\_05/san04205.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san04205.pdf)  
Consultado Noviembre 12, 2009.
8. Benito E. Diccionario Lexus de Salud. 3ra. ed. Madrid España: Editorial Mosby/ Doyma Libros; 1999.

9. Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. Rev Wiley [Seriada en Línea] 2007;4(3): [55 páginas].  
Disponible en:  
URL: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD003766sp.pdf>.  
Consultado Noviembre 12, 2009.
10. Elbechouti H. Influencia de Analgesia Epidural con Ropivacaina en la Presión Intrauterina y la Saturación de Oxígeno Fetal en el Parto Programado. [Tesis Doctoral]. Valencia, España: Universidad de Valencia; 2005-2008.
11. Ojeda C. Enfermería y apoyo emocional: la perspectiva de la parturienta. 1ra ed. Santiago de Chile: El Ateneo; 2008.
12. Gale Ch. Actuación de enfermería durante el trabajo de parto. 2da. Ed. España: Océano; 2001.
13. Hodnett. A. Barreras culturales de la institución para el trabajo de parto. 1ra. ed. Colombia: McGraw-Hill interamericana; 2002.

# ANEXOS

## PLAN DE INTERVENCIÓN EDUCATIVO

### “ATENCIÓN A LA GESTANTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO”

1. **TÍTULO:** “Atención a la gestante durante el trabajo de parto”

2. **ZONA DE ESPECIFICACIÓN:**

**Departamento** : Cajamarca

**Provincia** : Jaén

**Distrito** : Jaén

**Sector** : Miraflores

3. **BENEFICIARIOS**

La población gestante que reside en el sector de Miraflores.

4. **DURACIÓN** (15 días)

**Fecha de Inicio:** 02/10/10

**Fecha de término:** 24/10/10

4. **OBJETIVOS:**

**General:**

- Promover actividades educativas en la población gestante relacionadas con la planificación del parto y las complicaciones que pueden producirse durante este proceso.

**Específicos:**

- Sensibilizar a las gestantes sobre la importancia de la planificación del parto.
- Explicar a las gestantes sobre el proceso del trabajo de parto y sus posibles complicaciones en este proceso.
- Lograr la participación y compromiso institucional del Botiquín Miraflores – CLAS Magllanal en el desarrollo de acciones dirigidas a la población gestante.

## 5. JUSTIFICACIÓN

Las muertes maternas y neonatales, como expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio constituyen un grave tema de salud pública. A pesar de ser un problema altamente evitable y de haber sido reducido en forma considerable en algunos países continúa siendo una agenda inconclusa. Tal es así que en el Perú cada día 2 mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. (4)

Generalmente en la gran mayoría de casos, los partos transcurren de forma completamente normal ya que se trata de un proceso fisiológico cuyo resultado es expulsar el producto. Sin embargo, existen casos en los que la asistencia médica se vuelve imprescindible para preservar la salud, o la vida, tanto de la madre como del recién nacido.

En referencia existen estrategias que contribuyen a reconocer signos de alarma que pueden provocar complicaciones durante el trabajo de parto, tal como la aplicación del plan de parto, estrategia de intervención educativa que previene complicaciones y brinda educación sobre las etapas de parto, sus características, complicaciones y formas de afrontar con naturalidad este proceso.

La planificación del parto es elaborado y escrito por la gestante y el personal de salud de modo que permita a la madre gestante sentir mayor control sobre su embarazo, manteniéndose informada acerca de todo lo que irá sucediendo durante el mismo. Asimismo, al diseñar su plan de parto, se comprometerá más y querrá saber todo lo que esté a su alcance sobre la experiencia del nacimiento de su bebé, lo que con toda seguridad la hará sentirse más confiada, capacitada y con mayor control sobre su cuerpo.

Asimismo facilita a la gestante descubrir en profundidad qué cosas ocurrirán durante el trabajo de parto y el alumbramiento, además de informarse sobre todas las posibles complicaciones que podrían surgir y que podrían requerir algún tipo de atención inmediata.

Por ello es necesario brindar a la población gestante educación sobre el proceso de trabajo de parto, para evitar complicaciones y coadyuvar a disminuir la morbimortalidad materna perinatal, para lo cual se ha seleccionado trabajar con gestantes del sector de Miraflores de la ciudad de Jaén.

## 6. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

- Para el efecto de cumplir con los objetivos propuestos en el presente plan, se ejecutarán las actividades bajo los siguientes pasos:
- Coordinación y gestión interinstitucional, solicitando apoyo de recursos humanos, económicos y materiales, y otros servicios. Para lograr esto se dirigirán oficios al centro de Salud Magllanal al área de promoción de la salud.
- Elaboración de material audiovisual. Se preparan diapositivas acerca del trabajo de parto, características de sus etapas, complicaciones posibles y formas de afrontar.
- Se elaboraran trípticos que luego serán distribuidos a los participantes de la sesión educativa, en ellos se describirá y explicará el trabajo de parto.
- Acondicionamiento del ambiente de capacitación del taller del Botiquín Miraflores.
- Aplicación del plan de parto individualizada a cada madre.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Setiembre		Octubre				Responsable
	Semanas		Semanas				
	3°	4°	1°	2°	3°	4	
- Elaboración del plan de intervención	x						Bachiller en enfermería.
- Presentación del plan de intervención		x					
- Repartición de documentos de coordinación con el C.S.Magllanal.		x					
- Elaboración de material educativo			x				
- Captación de las madres gestantes		x					
- Aplicación del PLAN DE PARTO		x					
- Realizar sesiones educativas al grupo captado			x	x	x		
- Evaluación de las sesiones educativas				x			
- Presentación Informe Final						x	

### 7. RESULTADOS ESPERADOS

- 100% (30 gestantes en el III trimestre) sensibilizadas.
- Instituciones participantes (Botiquín Miraflores) trabajan en equipo a favor de una mejor salud de la población de Jaén.

## **8. INDICADORES DE EVALUACIÓN**

- ✓ Plan elaborado.
- ✓ Grupo de riesgo captado.
- ✓ Documento de coordinación y gestión entregados.
- ✓ Material educativo elaborado.
- ✓ Local acondicionado.
- ✓ Desarrollo de las sesiones educativas
- ✓ Entrega de trípticos realizados.
- ✓ Planes de parto llenado por cada madre gestante debidamente firmadas
- ✓ Informe final elaborado.

## 9. PRESUPUESTO ANALÍTICO

Categoría	Unidad de Medida	Cantidad	Precio Unitario	Sub Total	Total
<b>1. Bienes y servicios</b>					
- Movilidad local	Servicio de moto taxi	60	2.00	120.00	
- Refrigerio para asistentes	litros	15	1.00	15.00	
✓ Chicha	unidad	10 L.	2.00	20.00	
✓ Sándwich	paquete	23	0.80	18.40	
✓ Servilletas					
- Equipo y material educativo:					
✓ Papel Sabana	unidad	10	0.30	3.00	
✓ Cartulinas	unidad	10	0.30	3.00	
✓ Cartulinas plastificadas	unidad	07	1.00	7.00	
✓ Rollo fotográfico	unidad	01	15.00	15.00	
✓ Pilas	unidad	1	4.0	4.00	
✓ Cinta maskintape	unidad	02	2.00	4.00	
✓ Plumones	unidad	15	2.00	30.00	
					<b>241.40</b>
<b>2. Servicios de terceros</b>					
✓ Internet	Horas	10	1.00	10.00	
✓ Tipeos	Hojas	50	1.00	50.00	
✓ Trípticos	Unidad	20	1.00	20.00	
✓ Revelado de fotografías	Unidad	36	1.00	36.00	
					<b>106.00</b>
<b>TOTAL</b>					<b>347.40</b>

## **10. FINANCIAMIENTO**

El proyecto será cofinanciado en un 50% por el bachiller y se buscará el apoyo del CLASS Magllanal u otras fuentes.

## **11. RECURSOS**

### **Humanos:**

- ✓ Bachiller de Enfermería UNC-SJ

### **Equipos y materiales**

- ✓ Computadora
- ✓ Lapiceros
- ✓ Rollo fotográfico
- ✓ Pilas
- ✓ Cartulinas
- ✓ Plumones
- ✓ Papel sabana.
- ✓ Mobiliario.
- ✓ Hojas de plan de parto.

## **12. ANEXOS:**

- ✓ Hoja de plan de parto.
- ✓ Lista de participantes
- ✓ Control de asistencia
- ✓ Modelo de tríptico



## LISTA DE PARTICIPANTES

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....
11. ....
12. ....
13. ....
14. ....
15. ....
16. ....
17. ....
18. ....
19. ....
20. ....



## CONTROL DE ASISTENCIA

### LISTA DE PARTICIPANTES

TEMA:.....

N°	Apellidos y Nombres	FECHA:
		FIRMA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

