



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER
HUMANO**

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TÍTULO DE PROYECTO

**ROL DE LAS ENFERMERAS EN LOS PARTOS NO
LITOTÓMICO. HOSPITAL BÁSICO JOSÉ CEVALLOS RUIZ,
CANTÓN YAGUACHI, PERIODO DICIEMBRE 2018- ABRIL
2019.**

**PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADAS EN
CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA**

AUTORA:

NARANJO CHILUISA KATERINE ALEXANDRA

TRABAJO REALIZADO EN COLABORACIÓN DE:

BORJA SISALEMA PAOLA MARGOTH

TUTOR

LIC. GLADYS NARANJO

GUARANDA - ECUADOR

AGOSTO - 2019

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis Padres Marcelino Naranjo Zaruma y Gladis Naranjo Chiluisa ya que son mi pilar fundamental y el apoyo en mi formación académica me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, y todo ello de una manera desinteresada y lleno de amor.

A mi tía Yolanda Naranjo que ha estado en los buenos y malos momentos ha sido una segunda madre y con su ejemplo a logrado que yo sea una persona perseverante y valiente que no les tema a los cambios que da la vida.

A mi primo Wimper Naranjo que por medio de sus alegrías me motivo a seguir adelante.

A mi esposo Vinico Monar que me ha animado y consolado aun en momentos difíciles y de constantes cambios para seguir siempre adelante sin miedo a nada.

Alexandra Naranjo

AGRADECIMIENTO.

Han pasado muchos años desde que nací. Desde ese momento e incluso antes de eso, ya estaban buscando maneras de ofrecerme lo mejor. Han trabajado duro, y sin importa si llegarían cansados de sus trabajos siempre tenían una sonrisa que ofrecerme. Agradezco cada uno de sus sacrificios por darme lo mejor, por darme la mejor herencia que los padres pueden dejar a sus hijos una profesión. Gracias a ustedes mis padres estoy donde estoy y soy la persona que quisieron que fuera siempre soñé en grande y cada esfuerzo que hice lo hice por ustedes para que se sientan orgulloso de la hija que tiene no me alcanzará la vida para agradecerles todo lo que hicieron por mí. Gracias papito y gracias madre mía.

Alexandra Naranjo

TITULO

ROL DE LAS ENFERMERAS EN LOS PARTOS NO LITOTÓMICO.
HOSPITAL BÁSICO JOSÉ CEVALLOS RUIZ, CANTÓN YAGUACHI,
PERIODO DICIEMBRE 2018- ABRIL 2019.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO.	III
TITULO	IV
ÍNDICE GENERAL.....	V
ÍNDICE DE TABLAS	VI
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VII
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR	VIII
RESUMEN EJECUTIVO.....	IX
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	12
CAPITULO 1	14
EL PROBLEMA.....	14
CAPÍTULO 2.....	19
MARCO TEÓRICO.....	19
CAPÍTULO 3.....	49
MARCO METODOLÓGICO.....	49
RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS	68
CAPÍTULO 5.....	70
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	70
BIBLIOGRAFÍA	72
ANEXOS	77

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	47
Operacionalización variable independiente	47
Tabla 2.....	51
Población.....	51
Tabla 3.....	53
Sexo del personal de enfermería	53
Tabla 4.....	54
Edad del personal de enfermería.....	54
Tabla 5.....	55
Estado civil del personal de enfermería	55
Tabla 6.....	56
Nivel instrucción del personal de enfermería.....	56
Tabla 7.....	57
Años de experiencia del personal de enfermería.....	57
Tabla 8.....	58
Conoce el rol que debe de cumplir en los partos no litotómicos	58
Tabla 9.....	59
Ha recibido capacitaciones sobre las actividades que debe desempeñar de acuerdo a cada etapa del parto.....	59
Tabla 10.....	60
Cumplimiento del rol de enfermería durante el parto no litotómicos.....	60
Tabla 11.....	68
Resultados por Objetivo.....	68

ÍNDICE DE FIGURAS

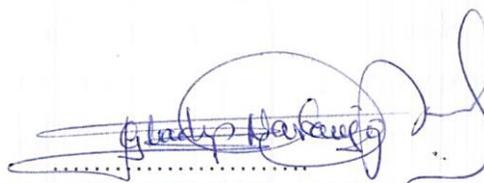
Figura 1. Sexo del personal de enfermería.....	53
Figura 2. Edad del personal de enfermería.....	54
Figura 3. Estado civil del personal de enfermería.....	55
Figura 4. Nivel instrucción del personal de enfermería	56
Figura 5. Años de experiencia del personal de enfermería	57
Figura 6. Conoce el rol que debe de cumplir en los partos no litotómicos	58
Figura 7. Conoce el rol que debe de cumplir en los partos no litotómicos	59
Figura 8. Primera etapa de la labor de parto: Dilatación y borramiento	63
Figura 9. Segunda etapa de la labor de parto normal: Expulsivo.....	64
Figura 10. Tercera etapa de la labor de parto: Alumbramiento -	65

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR

El suscrito Lic. GLADYS NARANJO, director del proyecto de Investigación, como modalidad de titulación.

CERTIFICA

Que el proyecto de investigación como requisito para la titulación de grado, con el tema: ROL DE LAS ENFERMERAS EN LOS PARTOS NO LITOTÓMICO. HOSPITAL BÁSICO JOSÉ CEVALLOS RUIZ, CANTÓN YAGUACHI, PERIODO DICIEMBRE 2018- ABRIL 2019, Realizado por las estudiantes NARANJO CHILUISA KATERINE ALEXANDRA con C.I. 0250066644 y BORJA SISALEMA PAOLA MARGOTH con C.I. 0202109005, han cumplido con los lineamientos metodológicos contemplados en la Unidad de Titulación de la Carrera de Enfermería, para ser sometido a revisión y calificación por los miembros del tribunal nombrado por el Consejo Directivo de la Facultad y posteriormente a la sustentación pública respectiva.



LIC. GLADYS NARANJO
DIRECTOR DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

RESUMEN EJECUTIVO

Debido a que muchas de las veces se vulnera el buen trato a las pacientes durante el parto surge la investigación denominada “Rol de las enfermeras en los partos no litotómicos. hospital básico José Cevallos Ruiz, Cantón Yaguachi, periodo diciembre 2018- abril 2019” con el objetivo de: determinar el nivel de cumplimiento del rol de las enfermeras en los partos no litotómicos esto con la finalidad de dar respuesta al problema ¿Cuál es el nivel de cumplimiento del rol de las enfermeras en los partos no litotómicos del Hospital Básico José Cevallos Ruiz, cantón Yaguachi, periodo diciembre 2018- abril 2019?, para lo cual fue indispensable realizar una investigación bibliografía y conocer todos los componentes del objeto de estudio y poder establecer adecuadamente todo aquello que se desea investigar.

Para lo cual de forma técnica se estableció que el estudio es tipo descriptivo ya que se dará a conocer cómo se desarrolla a cabo el objeto de estudio a través del análisis de sus componentes (actividades de acuerdo a cada una de las etapas del parto), siendo también indispensable determinar al estudio de tipo bibliográfico dado que el primer paso fue el investigar en fuentes bibliográficas todo lo referente al tema y conocerlo tanto de forma particular como general, también se conoce como investigación conjunta al estudio por ser de campo esto dado que la información que permitirá dar respuesta a cada objetivo se obtiene a través de la observación empleando una ficha en la cual se registra todas las acciones que desarrolla el personal de enfermería de acuerdo a los elementos considerados como necesarios y estructurados dentro de la ficha, debido a que la información se obtiene en un tiempo específico el estudio se considera transversal, la población considerada para el estudio son las 6 enfermeras que asisten regularmente en los partos no litotómicos.

Por medio de la aplicación de la ficha de observación se ha podido obtener información en donde se identifica que durante la primera etapa el 49% cumple con las funciones asignadas y la segunda etapa de la labor de parto el 48% cumple con las funciones asignadas mientras que de la tercera etapa solo el 40% de los funcionarios realizan las actividades que les corresponde de acuerdo al rol siendo

un 31% de las actividades ignoradas por las enfermeras a la hora de presentar su servicio en la sala de parto.

Palabras clave: parto no litotómico, rol de enfermería.

ABSTRACT

Due to the fact that many times the good treatment of patients during childbirth is violated, there is an investigation called “Role of nurses in non-lithotomic deliveries. José Cevallos Ruiz basic hospital, Canton Yaguachi, period December 2018- April 2019 ”with the objective of: determining the level of fulfillment of the role of nurses in non-lithotomic deliveries in order to respond to the problem What is the level of fulfillment of the role of nurses in the non-lithotomic deliveries of the José Cevallos Ruiz Basic Hospital, Yaguachi canton, December 2018-April 2019 period ?, for which it was essential to conduct a bibliographic investigation and know all the components of the object of study and power properly establish everything you want to investigate.

For which, in a technical way, it was established that the study is descriptive type since it will be announced how the object of study is carried out through the analysis of its components (activities according to each stage of labor), It is also essential to determine the study of bibliographic type since the first step was to investigate in bibliographic sources everything related to the subject and to know it both in a particular and general way, it is also known as joint research to the study for being this field since the Information that will allow to respond to each objective is obtained through observation using a file in which all the actions carried out by the nursing staff are recorded according to the elements considered necessary and structured within the file, because the information is obtained in a specific time the study is considered transversal, the population considered for the Study are the 6 nurses who regularly attend non-lithotomic deliveries. Through the application of the observation form it has been possible to obtain information where it is identified that during the first stage and second stage of labor 50% fulfill the assigned functions while of the third stage only 40% of the officials carry out the activities that correspond to them according to the role being 31% of the activities ignored by nurses when presenting their service in the delivery room.

Keywords: non-lithotomic delivery, nursing role.

INTRODUCCIÓN

La gestación en embarazos con feto único tiene una duración media de 40 semanas (280 días) a partir del primer día del último período menstrual lo que permite estimar la fecha probable del parto.

Parto litotómico: La posición de litotomía, se denomina comúnmente posición ginecológica o posición supina. La mujer embarazada se coloca en una cama o camilla, tumbada sobre su espalda, en una postura horizontal. Sus piernas se colocan en flexión y abiertas en abducción, apoyadas sobre las perneras de la cama o camilla.

Con el paso del tiempo han venido ganando fuerza los partos indistintos a la posición de litotomía por lo que surge la presente investigación e investigar si el personal de enfermería cumple con su rol a la hora de asistir estos partos durante las etapas de la labor de parto:

Primera Etapa: La primera etapa del trabajo de parto inicia con la presentación de contracciones efectivas y termina con la dilatación completa del cuello uterino. Esta etapa es la más larga del trabajo de parto y se divide en dos fases:

Fase latente del trabajo de parto.

Face activa esta fase se divide en tres: aceleracion, maxima aceleracion, desacelareacion.

Segunda Etapa: La segunda etapa del trabajo de parto es el periodo comprendido entre la dilatación cervical completa (10 cm) y la expulsión del feto.

Tercera Etapa: Esta etapa consiste en la expulsión de la placenta y membranas, la cual puede ser inmediata o tomar alrededor de 30 minutos. (Baquerizo & Molina, 2015)

Con el propósito de identificar si se cumple con este rol se lleva a cabo la investigación la misma que está conformada por las siguientes partes:

Capítulo I: Incluye el planteamiento de problema, formulación de problema, objetivo general, objetivos específicos y justificación.

Capítulos II: Contiene el marco referencial, antecedentes de la investigación, bases teóricas, sistema de variables y operacionalización de variables que permite contextualizar el tema.

Capítulo III: Se detalla la metodología de la investigación, técnica de recolección de información y análisis e interpretación de datos.

Capítulo IV: Presenta los resultados que se han obtenido basándose en los objetivos planteados en la investigación.

Capítulo V: Expone las conclusiones y recomendaciones, que se ha llegado una vez que se ha elaborado el proyecto de investigación.

El desarrollo de cada uno de los capítulos está expuesto en el cuerpo del documento.

CAPITULO 1

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Desde hace varios años al igual que en la actualidad el parto tumbado también conocido como de posición: ginecológica, litotomía o de cubito supino es más usada en los centros hospitalarios, olvidando según Palmer (2013) los **riesgos** o desventajas que puede surgir con relación a esta posición de parto, tales como: incremento de episiotomías, uso de instrumentales, alargamiento del tiempo del parto, difícil encajamiento del feto, la madre no puede participar activamente en el parto, produce más dolor, la madre puede requerir analgésicos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) un problema que aqueja a nivel internacional es la **muerte materna** llegando a registrarse que 830 mujeres mueren muchas de las veces a causa de complicaciones dentro del parto, por lo cual instituciones de salud han asumido la cesárea como un instrumento para evitar la mortalidad materna y perinatal convirtiéndose esta solución en una nueva problemática internacional denominándose como **violencia obstétrica** ya que según datos publicados en la revista Plos One la región de América Latina y el Caribe presenta la tasa más alta de cesáreas (CS) del 40.5% (Betrán, y otros, 2016) superando las recomendaciones de la OMS que los partos por cesáreas deben de estar entre el 5 y 15% realidad que en el Ecuador no se respeta ya que al 2015 existen 46,19% de los nacimientos por cesáreas (Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información de Salud, 2017) lo que implica que se está violentando a la integridad de la madre ya que muchas de estas no se han **justificado medicamento** sin analizar la repercusiones que pueden tener estos procedimientos como recuperación tardía pudiendo llegar a producirse fibrosis de la matriz e incluso causar la muerte.

A fin de garantizar el desarrollo de prácticas alternativas para la atención de la salud, el MSP del Ecuador ha dispuesto una Guía Técnica para la Atención del

Parto Culturalmente Adecuado que si bien es cierto se tiene información de que existe esta práctica en las casas de salud como es el caso del Hospital Básico José Cevallos Ruiz y hasta la actualidad no se han llevado a cabo procesos investigativos en los cuales se identifiquen si se está cumpliendo con esta normativa, por lo cual el **problema de la investigación** se podría manifestar que es la inexistencia de información o procesos en los cuales se evalué el cumplimiento del rol de las enfermeras en los partos no litotómicos.

1.2. Formulación del problema

¿CUÁL ES EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL ROL DE LAS ENFERMERAS EN LOS PARTOS NO LITOTÓMICOS DEL HOSPITAL BÁSICO JOSÉ CEVALLOS RUIZ, CANTÓN YAGUACHI, PERIODO DICIEMBRE 2018- ABRIL 2019?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de cumplimiento del rol de las enfermeras en los partos no litotómicos del Hospital Básico José Cevallos Ruiz

1.3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar al personal de enfermería que asiste a los partos no litotómicos.
- Identificar las actividades que realiza el personal de enfermería en las etapas del parto no litotómico.
- Establecer el nivel de cumplimiento del rol de las enfermeras durante las etapas del parto no litotómico.

1.4. Justificación de la investigación

El alto número de casos de partos por cesárea es alto en el Ecuador considerándose como violencia obstétrica debido a que muchos de estos procedimientos no se han justificado medicamente, a más de esto desde el año 2003 se ha dispuesto la adecuación de los servicios obstétricos en concordancia a las prácticas culturales locales estipulándose se lleve a cabo el Parto Culturalmente Aceptado con la finalidad de disminuir niveles de morbilidad y mortalidad de las gestantes, por lo que dentro del Hospital Básico José Cevallos Ruiz del cantón Yaguachi se ha implementado el parto Humanizado en el cual pueden las parturientas pueden elegir la posición de parto, razón por la cual se ha identificado la **necesidad** de llevar a cabo un investigación con la finalidad de conocer la realidad de este proceso, el trabajo de titulación es de **importancia** debido a que permitirá conocer las actividades que desarrollan las enfermeras al asistir una labor de parto y si el rol que desempeñan es acorde al parto no litotómico.

El proyecto es **pertinente** ya que a través del mismo se busca determinar si las enfermeras cumplen con su rol o no lo que permitirá emitir recomendaciones con la finalidad de mejorar el desempeño de los profesionales en enfermería a la hora de asistir un parto no litotómico.

Es viable el desarrollo de la investigación debido a que: las autoras realizaron su internado rotativo en la casa de salud y por su gran desempeño las autoridades han brindado toda la apertura y apoyo necesario, sumándose a esto la asesoría de la Tutora asignada quien es concedora de este tipo de procesos garantizando así que el enfoque y resultados del trabajo serán de calidad, a más de esto el contar con recursos tanto tecnológicos, económicos y conocimientos por parte de las autoras permite el desarrollo y ejecución del proyecto.

Los resultados de la investigación permitirán conocer las características de los enfermeros que participan en los partos no litotómicos, las actividades que desempeñan dentro de este proceso pudiendo así definir el nivel de cumplimiento del rol de enfermería en este tipo de partos.

Los beneficiarios directos serán las autoridades de la casa de salud quienes contarán con un documento que les permita conocer la real situación sobre el rol de enfermería en el parto no litotómico permitiéndoles tomar decisiones a favor de este proceso, mientras que los beneficiarios indirectos serán las mujeres gestantes quienes gozaran de una atención de calidad en conformidad a las prácticas culturales de cada una de las madres.

1.5. Limitaciones

- Casa de salud alejada de la Universidad Estatal de Bolívar lo que complica el traslado de las investigadoras para la realización del trabajo de campo.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Los antecedentes investigativos tomados como fundamento para definir adecuadamente el enfoque de estudio se presentan a continuación:

La investigación denominada: “Atención del parto humanizado en instituciones de salud de algunos países de Latinoamérica” fue realizado con el objetivo de: describir los criterios para realizar la atención de un parto humanizado llegando a concluir en que: para realizar la atención del parto humanizado se encuentra la definición de dos conceptos principales como lo son la humanización del parto, que se refiere a un proceso que de conocimiento científico- técnico en la búsqueda del cuidado de la gestante a partir de la observación de su evolución, mientras que el parto humanizado es el producto final del proceso, como modelo de atención que tiene en cuenta las necesidades psicológicas y emocionales de la gestante, llevando a cabo un equilibrio entre estas características y el manejo de su ansiedad a través de diferentes maniobras como masajes de presión y termoterapia a nivel del periné. (Jacobo, 2018)

El trabajo de titulación: “Evaluación del rol de la enfermera en el protocolo de atención del parto humanizado en el centro de salud de Guamani durante el último semestre del 2017” investigación que se publicó en el repositorio digital de la Universidad de las Américas planteado con el objetivo de: evaluar el cumplimiento del rol de la enfermera en el protocolo de atención del parto humanizado con lo cual han podido definir que: el parto humanizado favorece la libertad de posición a la madre en todo el trabajo de parto, genera un vínculo inmediato de la madre con el recién nacido, respeta la necesidad de elección de la mujer de las personas que lo acompañaran en el parto, promueve el vínculo entre la pareja y el equipo que la asiste, reconoce a los padre e hijos como los únicos protagonistas de todo este proceso, evita procedimientos innecesarios, e

intervención farmacológica; que un 47.06% de las enfermeras consideran y respetan las prácticas habituales de la comunidad, el 29.41% afirmó que siempre lleva a cabo esta acción, debido a que las pacientes de esta forma se sienten más tranquilas y tienen mayor confianza sobre lo que se está realizando durante la atención al proceso de parto. (Guevara, 2018)

Se ha considerado como referencia el trabajo de titulación: “Accionar de enfermería en la atención del parto culturalmente adecuado. abril-agosto 2018” investigación publicada en el repositorio digital de la Universidad Nacional de Chimborazo, proyecto que se planteó con el objetivo de: sistematizar el accionar de Enfermería en la atención del parto culturalmente adecuado con lo cual han podido establecer que: el personal de enfermería durante el parto culturalmente adecuado ejerce un papel fundamental para el bienestar materno-fetal, ya que es la primera persona que entra en contacto con las gestantes proporcionándoles una atención humanizada acorde con las creencias culturales con relación al parto; el personal de enfermería debe mantener el respeto a las creencias culturales de cada usuaria como la vestimenta, alimentación, posición para dar a luz entre otros aspectos, fomentando así un parto satisfactorio para madre, su recién nacido y los familiares, procurando el bienestar materno-fetal. (Fray, 2018)

La investigación denominada: “Cuidados de enfermería en el parto humanizado y su incidencia en el nivel de satisfacción de la mujer gestante” definió el siguiente objetivo general: determinar los cuidados de enfermería en la atención del parto humanizado y su influencia en el nivel de satisfacción de la puerpera; pudiendo identificar que: el personal de enfermería cumple con un cuidado continuo y de cálido en un alto porcentaje, mientras que el cuidado oportuno y seguro demuestran relativamente un porcentaje disminuido; el nivel de satisfacción de las madres se establece que al adecuado trato humanizado por parte del personal de enfermería las madres se encuentran satisfechas. (Rivera, 2018)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Parto

El trabajo de parto consiste en una serie de contracciones rítmicas, involuntarias y progresivas del útero que producen el borramiento (afinamiento y acortamiento) y la dilatación del cuello uterino. El estímulo para el inicio del trabajo de parto es desconocido, pero la manipulación digital o el estiramiento mecánico del cuello durante el examen aumenta la actividad contráctil uterina, muy probablemente por estimular la liberación de oxitocina en la glándula hipófisis posterior.

El trabajo de parto normal comienza dentro de las 2 semanas anteriores (antes o después) de la fecha estimada de parto. En el primer embarazo, el trabajo de parto en general dura 12 a 18 h en promedio; los trabajos de parto posteriores se acortan, y promedian las 6 a 8 h. (Carvajal, Barriga, & María, 2019)

El parto y el nacimiento son procesos fisiológicos. El garantizar los mejores resultados en la atención del parto debe observar la importancia que este proceso tiene en la vida de la mujer, en su bienestar emocional y en la adaptación a la maternidad, así como en el establecimiento del vínculo con su hijo o hija, en el éxito de la lactancia, en el estilo de crianza y en el desarrollo posterior de los niños y niñas.

Actualmente, la mayoría de las mujeres puede dar a luz con un cuidado de la salud mínimo, sin poner en riesgo la seguridad del proceso. Para ello es necesario que las mujeres recuperen la confianza en sus posibilidades de afrontar el parto y que los profesionales comprendan cuáles son las necesidades básicas de las mujeres durante este proceso fisiológico (seguridad, tranquilidad, privacidad, autonomía) y ofrezcan una atención diferente que satisfaga a las mujeres, garantizando su bienestar y el del RN. (Ministerio de Salud Pública, 2015).

2.2.2. Parto

El parto, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo, el periodo de salida del bebé del útero materno. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.

El proceso del parto humano natural se categoriza en tres fases: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta. El parto puede verse asistido con medicamentos como ciertos anestésicos o la oxitocina, utilizada ante complicaciones de retraso grave de alumbramiento. Junto con la episiotomía (incisión quirúrgica en la zona del perineo), todo esto no debe hacerse nunca de manera rutinaria, ya que el parto más seguro es el que evoluciona espontáneamente y en el que no se interviene innecesariamente. En algunos embarazos catalogados como de riesgo elevado para la madre o el feto, el nacimiento ocurre por cesárea: la extracción del bebé a través de una incisión quirúrgica en el abdomen. (Paredes, 2015)

2.2.3. Parto humanizado

El parto humanizado se establece como una actividad que pretende evitar la violencia a las que las mujeres son sometidas en las instituciones de salud, en las cuales se establecen maniobras y se administran medicamentos que en muchos casos responden al deseo de acelerar el parto, y no a las necesidades reales de la paciente.

El parto humanizado tiene como objetivo que todas las mujeres vivan esta experiencia de la forma más enriquecedora, a la vez que tengan la libertad de elegir sobre la forma como desea que nazcan sus bebés. Uno de los principios que caracterizan al parto humanitario corresponde a que las mujeres puedan decidir sobre la posición y los movimientos a través de los cuales dicho proceso resulte más cómodo para su cuerpo, y por tanto el personal médico, que generalmente está constituido por hombres, debe respetar sus decisiones y apoyarlas de manera eficiente.

El parto humanizado constituye una alternativa a través la cual las pacientes tienen un mayor grado de libertad para tomar decisiones respecto a las posiciones y medidas que se ha de tomar en cuanto a su cuerpo, con la guía del personal médico y de enfermería, que debe respetar las medidas más asertivas para cada caso, dejando de imponer aquellas acciones que suelen generar un alto grado de sufrimiento para las mujeres, y que generalmente incluyen una imposición respecto al uso de fármacos durante este proceso, así como el ordenamiento de la posición vertical, a través de la cual se ha hecho creer por mucho tiempo, que es la más adecuada para el alumbramiento. (Castro & Erviti, 2015)

2.2.4. Tipos de parto

2.2.4.1. Por el tiempo de gestación

2.2.4.1.1. Parto a término

Es el parto que se produce entre las 37 semanas de gestación y las 42 semanas de gestación. La gestación en embarazos con feto único tiene una duración media de 40 semanas (280 días) a partir del primer día del último período menstrual lo que permite estimar la fecha probable del parto. En el pasado se estimaba que el período comprendido entre 3 semanas antes hasta 2 semanas después de la fecha estimada del parto era considerado " a término", con la expectativa de que los resultados neonatales en este intervalo fueran uniformes y buenos. Cada vez más, sin embargo, las investigaciones se ha demostrado que los resultados neonatales, la morbilidad respiratoria especialmente, varían en función del momento del parto dentro de este rango de 5 semanas de gestación. (Cifuentes, y otros, 2016)

2.2.4.1.2. Parto pretérmino

Se denomina parto prematuro o parto pretérmino a la consumación del embarazo < de 37 semanas de gestación, embarazo que oscila entre 22 semanas y 36 semanas completas contadas desde el primer día de la última regla (FUR) < de 259 días, según la Organización Mundial de la Salud con un peso \geq a 500 grs y con una talla \geq a 25 cm.

La federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen el parto pretérmino o prematuro al que se produce entre las 22 y < de 37 semanas de gestación (154 y 258 días) el producto debe de tener un peso \geq 500gr y una talla \geq a 25 cm. (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2015)

2.2.4.1.2.1. Tipos de parto pretérmino

Parto prematuro natural o espontaneo con bolsa amniótica integra. - El trabajo de PPT se origina en forma natural o espontáneamente con la existencia de actividad uterina y a nivel cervical existe dilatación y borramiento, las membranas (corion y amnios) se encuentran intactas, representa el 31-40% de los PPT.

Parto pretérmino ligado a ruptura de la bolsa amniótica. - El trabajo de PPT comienza a surgir después de la ruptura de la bolsa amniótica (corion y amnios), se presenta con la presencia de actividad uterina el cérvix se encuentra dilatado con existencia de borramiento, de los partos pretérminos el 30-40% se producen por esta modalidad.

Parto prematuro iatrogénico. - Se interrumpe el embarazo por presentar una complicación o patología (preeclampsia, retardo de crecimiento intrauterino, diabetes, etc.) que pone en riesgo la salud del binomio feto y/o de la madre o el recién nacido, la interrupción de este tipo de embarazo se da después de una indicación médica, de los partos pretérmino el 20-25% son iatrogénicos. (Vargas & Tijerino, 2015)

2.2.4.1.3. Parto postérmino

Es el que se extiende más allá de las 41 semanas de amenorrea confiable. Las complicaciones fetales secundarias a los cambios en la perfusión útero placentaria han presentado una incidencia elevada desde la semana 41. Su incidencia varía entre el 2 y 10% de los partos, y es considerado de alto riesgo por condicionar una mayor morbimortalidad perinatal. (Machado, 2015)

2.2.4.2. De acuerdo a la finalización

- **Parto eutócico:** El parto eutócico se produce con la salida del bebé y la placenta mediante los pujos maternos por vía vaginal. La OMS define el parto normal como el parto de bajo riesgo en el que el bebé nace de manera espontánea con el esfuerzo materno en posición cefálica (con la cabeza fetal hacia abajo). (Carvajal & Ralph, 2018)
- **Parto distócico:** La distocia se refiere siempre a un problema que impide que se produzca el parto normal o eutócico. Los partos distócicos pueden ser a su vez partos instrumentales (vacuo o ventosa, fórceps o espátulas) o quirúrgicos (cesárea). Dependiendo de la situación del parto se utilizará un instrumento u otro si se produce el parto vaginal o un parto por cesárea cuando no hay posibilidad de un parto vaginal. (Arcos, 2018)

2.2.4.3. Según el comienzo

- **Parto espontáneo:** cuando el feto presenta diversas variedades de presentación, diferentes al vértice y no es necesario realizar maniobras quirúrgicas para su expulsión.
- **Parto inducido-estimulado:** La inducción al parto es lo que comúnmente se conoce como provocar el parto. Se debe realizar siempre en base a criterios clínicos y siempre valorando los riesgos y los beneficios que tiene tanto para la madre como para el bebé. Entre la causa que pueden indicar la finalización del embarazo mediante un parto inducido pueden estar el que por ejemplo el parto no se inicie de forma espontánea entre la semana 41 y la 42 o el que la cantidad de líquido amniótico no sea la adecuada para el bienestar del bebé.

2.2.4.4. Según la posición

- **Litotomía:** La posición de litotomía, se denomina comúnmente posición ginecológica o posición supina. La mujer embarazada se coloca en una cama o camilla, tumbada sobre su espalda, en una postura horizontal. Sus piernas

se colocan en flexión y abiertas en abducción, apoyadas sobre las perneras de la cama o camilla.

No fue una posición de las más utilizadas en la antigüedad, sin embargo, se ha introducido a nuestros días. La mayoría de mujeres dan a luz en esta posición, a pesar de que no tiene evidencia científica. (Coyago & Heras, 2018)

Beneficios:

- La posición de las piernas en máxima flexión favorece el aumento del diámetro pelviano, y de esta manera, facilita la salida del feto al exterior.
- Disminuye la cantidad de sangre que se pierde durante el parto, y en el postparto.
- Es posición cómoda para los profesionales del equipo obstétrico, ya que tienen buen acceso al periné de la madre, y monitorizan mejor al feto, de manera que controlan mejor el buen desarrollo del parto.
- Como la madre se coloca de forma horizontal, son beneficiosas para descansar.
- Son bien aceptadas porque la madre puede ver su periné y al bebé, lo que resulta beneficioso y positivo para su participación activa en el proceso del parto.
- No se han mostrado diferencias en las puntuaciones de Apgar tras el parto.
- No hay evidencia de más laceraciones de tercer grado. (Clavijo & Tigero, 2018)

Desventajas:

- Se encuentra un aumento de tasa de episiotomías y demás ayudas instrumentales.
- Se enlentece el parto ya que la posición no facilita el encajamiento del feto, se restringe el movimiento, y la madre está muy cansada y con mucho dolor.

- Afecta negativamente al estado anímico de la madre por el dolor, el cansancio, y porque resulta incómoda, ya que no se puede mover fácilmente y no puede participar activamente en el parto.
- Las contracciones maternas en esta posición son menos intensas, y menos efectivas
- Produce más dolor, ya que, como el feto no se encaja fácilmente, se produce una tensión en los ligamentos sacro ilíacos, por lo que la madre necesitará más analgesia.
- Afecta a la lactancia.
- La posición hace que se compriman la arteria aorta y vena cava por el peso del útero y del feto, provocando: En el feto: una insuficiencia útero-placentaria, falta de oxigenación fetal, déficit nutricional y disminución del pH de la arteria umbilical; y, en la madre, causa una disminución del retorno venoso de la sangre que lleva dirección hacia el corazón, lo cual, le causa edemas en los miembros inferiores. (Clavijo & Tigreiro, 2018)
- **Decúbito Lateral Izquierdo:** La posición de decúbito lateral (DL), también denominada posición de Sims o posición “a la inglesa”, se adopta colocando a la madre sobre un lado, de manera que solo contacte con la camilla o la cama, un solo hemicuerpo.

Se va a hacer una distinción entre DL derecho y el DL izquierdo, ya que la evidencia muestra efectos diferentes.

Por tanto, en el decúbito lateral izquierdo (DLI), la parturienta se colocará apoyando su lado izquierdo, y la pierna que queda superior (pierna derecha) reposará, en posición de abducción, sobre una pernera. (Sánchez, 2017)

Beneficios:

- Fácil de adoptar.
- A la madre le resulta una posición cómoda.
- Muy cómoda para los profesionales obstétricos ya que tienen un buen y directo acceso al periné materno
- Una posición ideal para realizar otras técnicas como por ejemplo el masaje

- Más tasas de perinés intactos que en la posición supina.
- La compresión de la vena cava y aorta no se produce en esta posición.
- Contracciones son más intensas, más eficaces, por tanto, serán necesarios menos pujos que en posición supina.
- El dolor percibido es menos intenso, y, por tanto, existe menos necesidad de analgesia.
- El feto se encajará con más rapidez.

Desventajas:

- Existe una reducción del número de episiotomías disminuye la estimulación o asistencia del parto en esta posición. (Sánchez, 2017)
- **Decúbito lateral derecho:** Se ha encontrado en la evidencia una distinción entre el DL derecho e izquierdo. Algunos autores manifiestan que los beneficios y desventajas entre una posición y otra son distintos.

La postura de decúbito lateral derecho (DLD) en sí, es la misma, aunque el apoyo se realiza en el lado contrario que en la anterior. (Clavijo & Tigrero, 2018)

Desventajas:

- La posición hace que se compriman la arteria aorta y vena cava por el peso del útero y del feto, de la misma manera que ocurre en la posición supina, provocando:
 - En el feto: una insuficiencia útero-placentaria falta de oxigenación fetal, déficit nutricional y descenderá el pH de la arteria umbilical.
 - En la madre, causa una disminución del retorno venoso de la sangre que lleva dirección hacia el corazón, lo cual, le causa edemas en los miembros inferiores. (Clavijo & Tigrero, 2018)
- **Rodillas, “hands and knees”:** La posición de rodillas, incluida en el grupo de posiciones verticales, la parturienta se coloca en el suelo o bien sobre una superficie acolchada (cama, cojines, camilla, etc.) y se coloca sólo con el apoyo de sus rodillas. Existen variables dentro de la misma posición, ya que el tronco o los brazos, pueden colocarse donde la gestante prefiera. Se puede

inclinarse hacia adelante y apoyarse sobre alguna superficie que le aporte comodidad, o bien, puede tener la asistencia de dos personas, que le confieran seguridad y ayuda en el mantenimiento de la postura y en el parto.

- **De pie:** En esta posición la madre se coloca de pie con las piernas ligeramente separadas y en flexión de rodillas. La madre puede realizar las variaciones que necesite para su comodidad; rotaciones de MI, inclinaciones del tronco hacia adelante o hacia atrás, etc.

Beneficios:

- Como no hay apoyo hay completo movimiento y libertad pelviana de manera que supone una de las posturas que más facilita la colocación del feto.

Desventajas:

- Supone una posición difícil para la madre, y no resulta cómoda para mantenerla durante el parto completo. (Chaw & Lucas, 2018)
- **Cuclillas:** En esta posición la mujer se agacha hacia el suelo manteniendo la columna vertical y solo apoya los pies en el suelo, no hay ningún apoyo en la pelvis. Las piernas están flexionadas y en abducción. La mujer parturienta puede mantener por sí misma la posición, o bien puede haber una persona que la sujete para ayudar en el parto, ya que resulta una posición muy difícil de mantener, por el equilibrio o bien por la flexión máxima de rodillas (que interfiere en la circulación sanguínea) Si la madre se nota cansada, sería beneficioso cambiar a otra posición, o adoptar variaciones como, por ejemplo, que la madre se apoye delante, o detrás, elevar talones, etc. (Pérez, 2015)

Beneficios:

- El componente de abducción de cadera, actúa aumentando la dimensión de la pelvis.
- Esta posición tiene una estimación de un 42% de perinés intactos, un 7% menos de fórceps y una reducción del tiempo del parto, un promedio de 15 minutos.

- El expulsivo resulta más fácil, por lo que estará indicada en partos con complicaciones.
- Para partos sin complicaciones, resulta muy beneficiosa ya que es necesaria menos oxitocina y menos instrumental para el expulsivo.

Desventajas:

- El profesional que asista al parto, debe ser conocedor de la técnica que requiere esta posición porque si no podría resultar peligroso para la evolución del parto. (Pérez, 2015)
- **Sentada: en sillas de parto:** En esta posición la madre está sentada en una silla de partos, colocada sentada sobre la superficie de la silla, con las piernas abiertas. El apoyo es únicamente en los muslos, aunque se puede apoyar sobre alguna superficie colocada detrás, a modo de respaldo, o bien, reclinada sobre una persona que haga de ayudante en el parto. (Canelón, 2015)

Beneficios:

- Las dimensiones de la pelvis, llegando a dilatarse el espacio pélvico hasta un 28%.
- Con el uso de pelotas de parto se han encontrado mejoras para disminuir el dolor y las episiotomías.
- El equipo obstétrico tiene muy buen acceso al periné.

Desventajas:

- Si colocamos alguna superficie dura bajo la pelvis de la madre, la pelvis ya no estará libre y no se podrá abrir libremente para albergar al feto en su paso al exterior.
- No es una posición que resulte cómoda a las madres, porque la deben mantener de forma activa y les produce más cansancio. (Canelón, 2015)
- **Cuadrupedia:** La mujer que adopta esta posición en su parto, se encuentra sobre una cama o camilla apoyando rodillas y manos, a lo ancho de las caderas y separadas ligeramente. Los codos pueden estar extendidos o se pueden apoyar.

Beneficios:

- Disminución del traumatismo que sufre el SP porque la gravedad aleja el peso del feto del y disminuye la presión en el SP.
- En el caso de presentaciones fetales posterior, (es decir, el feto mira hacia la parte posterior de la madre, hacia la espalda) adoptando una postura en cuadrupedia mantenida unos 10min, hacen que esa posición fetal anormal desaparezca.
- Immega G23 muestra su preferencia por la posición de cuadrupedia en lugar de la posición de litotomía, pero sin ninguna explicación científica.
- Favorece el descenso fetal.
- Las mujeres presentan menos dolor lumbar y también en el postparto en los tres primeros días.
- Las madres describieron como la posición más cómoda para el parto y la percepción fue de un expulsivo más corto.

Desventajas:

- El profesional que asista el parto debe tener experiencia en este tipo de parto, por la dificultad de la posición y porque es difícil oír el latido cardiaco fetal. (Chida & Tituaña, 2019)

2.2.5. Etapas del parto

El trabajo de parto de cada mujer es único, incluso de un embarazo al siguiente. En ocasiones, el trabajo de parto termina en cuestión de horas. En otras, pone a prueba la fortaleza física y emocional de la madre.

No sabrán cómo evolucionarán en el trabajo de parto y el parto hasta que sucedan. Sin embargo, te puedes preparar comprendiendo la secuencia típica de acontecimientos.

- 1. Primera Etapa:** La primera etapa del trabajo de parto inicia con la presentación de contracciones efectivas y termina con la dilatación completa

del cuello uterino. Esta etapa es la más larga del trabajo de parto y se divide en dos fases:

Fase latente del trabajo parto.

Fase activa esta fase se divide en tres: aceleración, máxima aceleración y desaceleración.

Fase latente: las contracciones son más fuertes, frecuentes y regulares, lo que contribuye a la dilatación del cuello uterino. La duración de esta fase es variable de mujer a mujer. Pero se espera que dure 14 horas en multíparas y máximo 20 horas en nulíparas. En esta fase se puede producir la ruptura espontánea de membranas, con la cual el proceso de parto se acelera.

Fase activa: esta fase inicia desde los 3-4 cm hasta los 10cm de dilatación. En ella la dilatación es más rápida y dura aproximadamente 5 horas en nulíparas y 2 horas en multíparas.(Baquerizo & Molina, 2015)

- 2. Segunda Etapa:** La segunda etapa del trabajo de parto es el periodo comprendido entre la dilatación cervical completa (10 cm) y la expulsión del feto. Tiene una duración de 2-3 horas en nulíparas y 1 hora o menos en multíparas. En esta etapa la intervención del profesional de la salud es clave en caso de ser necesario.

Se realizan maniobras de asepsia, se protege el periné para evitar desgarros y en caso de ser necesario se realiza procedimientos como episiotomía, utilización de fórceps o vacuum.

La posición de la madre durante esta etapa influencia de gran manera la duración y características de la misma.

- 3. Tercera Etapa:** Esta etapa consiste en la expulsión de la placenta y membranas, la cual puede ser inmediata o tomar alrededor de 30 minutos. (Baquerizo & Molina, 2015)

2.2.6. Rol

Está definido como el papel que ejercemos dentro de la sociedad, es decir, detallan y representan qué actividades o conductas son las esperadas en un entorno social determinado.

El rol se construye y lo adapta cada uno a sí mismo, puede que en un principio esté definido por lo que los demás contribuyentes del grupo esperen de mi conducta, pero será en líneas generales, ya que cada uno posteriormente deberá adaptar esas expectativas y exigencias a sus características personales. (Díaz, 2018)

2.2.7. Rol de la enfermería

Los profesionales de enfermería, perciben diversas expectativas del rol, expectativas que reflejan el compromiso y responsabilidad que asume el profesional, en busca de resolver los problemas de salud en la comunidad y el logro de las metas propuestas.

El personal de enfermería como prestador del servicio de salud hace referencia a las características específicas de la profesión y destaca la esencia de la enfermería, desde el arte de cuidar a la población, el tener empatía con el otro, a través de la relación de ayuda en el cuidado humanizado que desde el ser de enfermería se brinda a la comunidad, aspectos que los identifican frente a los demás profesionales.

Por otro parte, emerge el concepto la enfermería, como una profesión humana, con vocación de servir a los demás, completa e integral, que no pretende ningún reconocimiento y, por ende, vital para el funcionamiento de cualquier organización cuya razón de ser sea la atención integral y el mejoramiento de la calidad de vida de la población. (León & Lobo, 2015)

2.2.8. El rol de enfermería en sala de partos

- 1. Atención del primer periodo del parto:** Una vez decidida la hospitalización, se le explica a la gestante y a su acompañante la situación y

el plan de trabajo. Debe hacerse énfasis en el apoyo psicológico a fin de tranquilizarla y obtener su colaboración. Posteriormente, se procede a efectuar las siguientes medidas:

- Saludar a la madre afectuosamente, presentarse y hacer todo lo posible para que se sienta cómoda; mostrarle consideración, teniendo en cuenta que la paciente está miedosa, aprensiva por lo que pueda pasar a ella y al bebé.
- Preparar para el examen obstétrico: hacerla orinar, quitar la ropa y poner camisa de examen y ayudarla a colocar en la mesa ginecológica.
- Dar a conocer el procedimiento al que se va a someter
- Respetar las prácticas y costumbres de la paciente
- Dar apoyo emocional todo el tiempo. Especialmente cuando el esposo o algún familiar no puede permanecer con la paciente, se le debe brindar bastante apoyo emocional; explicarle qué está pasando de acuerdo con la evolución del parto. Durante la última parte del trabajo de parto procurar estar cerca de la paciente, ya que, la madre que se siente sola puede atemorizarse bastante. (De León, 2015)
- Colaborar en los procedimientos médicos.
- Revisar los informes médicos, dilatación y borramiento, para darse cuenta de la evolución del trabajo de parto.
- Enseñar la forma de respirar y dirigirla durante la contracción. Indicarle que cuando tenga la contracción tome bastante aire por la nariz y luego lo bote lentamente por la boca, manteniendo el cuerpo lo más relajado posible y que respire normalmente cuando no tenga la contracción.
- Enseñar a pujar y hacerla pujar cuando la paciente sienta el deseo de pujar, esto es, con dilatación completa nunca antes.
- Alistar y rotular la ropa para el bebé. (De León, 2015)
- Canalizar vena periférica que permita, en caso necesario, la administración de cristaloides a chorro, preferiblemente Lactato de Ringer o Solución Salina. Debe evitarse dextrosa en agua destilada, para prevenir la hipoglicemia del Recién Nacido.

- Tomar signos vitales a la madre cada hora: Frecuencia cardíaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria.
- Iniciar el registro en la partograma y si se encuentra en fase activa, trazar la curva de alerta.
- Evaluar la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y registrar los resultados en la partograma.
- Evaluar la fetocardia en reposo y postcontracción y registrarlas en la partograma.
- Realizar tacto vaginal de acuerdo con la indicación médica. Consignar en la partograma los hallazgos referentes a la dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas y variedad de presentación. Si las membranas están rotas, se debe evitar en lo posible el tacto vaginal.

Al alcanzar una dilatación de +2, la gestante debe trasladarse a la sala de partos para el nacimiento. El parto debe ser atendido por el médico y asistido por personal de enfermería. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Cuando la curva de alerta registrada en la partograma sea cruzada por la curva de progresión (prolongación anormal de la dilatación), debe hacerse un esfuerzo por encontrar y corregir el factor causante. Los factores causantes de distocia en el primer período del parto, pueden dividirse en dos grandes grupos:

- **Distocia mecánica:** en la mayoría de los casos hace referencia a la desproporción céfalo-pélvica. Si la gestante no progresa significativamente luego de la prueba de encajamiento y existe la sospecha de desproporción céfalo-pélvica, se debe remitir a la gestante a un nivel de mayor complejidad.
- **Distocia dinámica:** En este caso, los factores afectan el mecanismo de la contracción en presencia de una relación céfalo-pélvica adecuada. Los factores que se deben descartar son: Mal control del dolor, Hipodinamia uterina, Deshidratación e Infección amniótica. El tratamiento a instaurar deberá corregir el factor identificado. Si luego de aplicadas las medidas correctivas, no se logra progresión, se debe evaluar la capacidad

resolutiva de la institución y en caso necesario remitir a un nivel de mayor complejidad. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

2. Atención del segundo periodo del parto: El descenso y posterior encajamiento de la presentación, son fenómenos relativamente tardíos en relación con la dilatación cervical; esta circunstancia es particularmente válida en las primíparas más que en las multíparas. Por otro lado, estas últimas tienden a exhibir mayores velocidades de dilatación y descenso. Durante este período es de capital importancia el contacto visual y verbal con la gestante a fin de disminuir su ansiedad; así como la vigilancia estrecha de la fetocardia.

Inicialmente es preciso evaluar el estado de las membranas, si se encuentran íntegras, se procede a la amniotomía y al examen del líquido amniótico.

El pujo voluntario sólo debe estimularse durante el expulsivo y en las contracciones.

Si el líquido amniótico se encuentra meconiado y si no hay progresión del expulsivo, es necesario evaluar las condiciones para la remisión, si estas son favorables la gestante deberá ser remitida al nivel de mayor complejidad bajo cuidado médico. (Ibarra, 2017)

La atención recomendada es la siguiente:

- Equipo de ropa
- Instrumental y otros
- Recibir y colocar a la paciente en la mesa en posición ginecológica: Cadera al borde de la mesa, piernas en los estribos, cuidando que no queda ningún tipo de compresión; asegurarlas con las correas sin apretar demasiado.
- Abrir los paquetes de ropa e instrumentos
- Pasar los materiales que el médico solicite
- Estar atenta al estado de la paciente
- Observar hora del nacimiento.
- Realizar los cuidados inmediatos del recién nacido. (Solis, 2016)

3. Atención del alumbramiento: Generalmente la placenta se desprende de la pared uterina y se expulsa de manera espontánea. La atención en este período comprende:

- Observe la hora del alumbramiento.
- Aplique el medicamento que el médico ordene.
- Observe hemorragia y formación del globo de seguridad; sobre el globo de seguridad inicie con su mano movimientos circulares suaves y continuos.
- Controle TA y pulso.
- Verificar la adecuada entrada de aire, tono muscular, respiración, frecuencia cardíaca y color de la piel
- Pase a la paciente de la mesa a la camilla, bajando del estribo las dos piernas al tiempo y realizar ejercicios pasivos (5 o 10 veces) para activar la circulación y prevenir tromboflebitis (flexión y extensión)
- Explicar a la paciente cómo realizar masajes uterinos:
Ponga su mano sobre el abdomen: notará la presencia de una masa dura por debajo del ombligo que corresponde al útero (matriz).
Sobre esta masa inicie con su mano movimientos circulares permanentes y suaves. (Rivera, 2018)

Esperar a que se presenten los signos de desprendimiento de la placenta para traccionar el cordón. Estos signos son:

- Contracción del fondo uterino
- Formación del globo de seguridad.
- Expulsión súbita de sangre por genitales.
- Descenso de la pinza señal (descenso del cordón umbilical).
- Reparición de contracciones dolorosas.
- Palpación de la placenta en la vagina.
- Signo del pescador: tracción leve del cordón para valorar el descenso del fondo uterino si no ha ocurrido el desprendimiento.

- Signo del pistón: Tracción cefálica del segmento para valorar el ascenso del cordón cuando no ha ocurrido el desprendimiento. (González & Pita, 2016)

Al visualizar la placenta, se toma con las dos manos, se inicia un movimiento de rotación para enrollar las membranas y favorecer su expulsión completa. Debe revisarse la placenta tanto por su cara materna (observar su integridad), como por su cara fetal (presencia de infartos, quistes, etc.). También debe verificarse la integridad de las membranas, el aspecto del cordón umbilical, su inserción y el número de vasos (lo normal, dos arterias y una vena). Ante la duda de que haya alumbramiento incompleto, debe procederse a la revisión uterina y extracción manual de los restos retenidos.

Aplicar el dispositivo intrauterino (DIU) postparto si la madre lo ha elegido. Éste debe aplicarse antes de la episiorrafia o de la sutura de un desgarro perineal; si no es posible se hará dentro de las primeras 48 horas del postparto. Suturar desgarros de cuello y/o perineales y episiorrafia en forma anatómica por planos, con materiales sintéticos absorbibles, y sin dejar espacios muertos o hemorragia activa. (González & Pita, 2016)

4. Atención del puerperio inmediato: Este período comprende las 4 primeras horas postparto. Durante éste, se producen la mayoría de hemorragias por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Signos vitales maternos
- Globo de seguridad
- Sangrado genital
- Episiotomía para descartar la formación de hematomas.

Si no se producen alteraciones en este período, la madre debe trasladarse al sector de alojamiento conjunto y allí se le instruirá y apoyará sobre la lactancia materna a libre demanda.

En caso de presentarse hemorragia, debe evaluarse la capacidad resolutoria de la institución y si es necesario deberá ser remitida a un nivel de mayor

complejidad, previa identificación de su causa, estabilización hemodinámica e inicio del tratamiento, asegurando su ingreso en la institución de referencia. (Carvajal, Martinovic, & Fernández, 2017)

5. Atención durante el puerperio mediato: Este período comprende desde las primeras 2 hasta las 48 horas postparto. Las siguientes acciones deben incluirse durante este período, además de las acciones descritas en el puerperio inmediato:

- Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios.
- Detectar tempranamente las complicaciones como hemorragia, infección puerperal, taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
- Deambulación temprana.
- Alimentación adecuada a la madre. (Carvajal, Martinovic, & Fernández, 2017)

6. Atención para la salida de la madre y su neonato: En esta fase es preciso dar información a la madre sobre:

- Medidas higiénicas para prevenir infección materna y del recién nacido.
- Signos de alarma de la madre: fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio y/o en área perineal, vómito, diarrea. En caso de presentarse alguno de ellos debe regresar a la institución.
- Importancia de la lactancia materna exclusiva
- Puericultura básica
- Alimentación balanceada adecuada para la madre.
- Informar, dar consejería y suministrar el método de planificación familiar elegido.
- Inscribir al recién nacido en los programas de crecimiento y desarrollo y vacunación.
- Estimular el fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar.
- Tomar antianímicos tres meses después del parto.

- Entregar el registro de nacido vivo y promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata. (Oliva, 2014)

2.3. Definición de términos

Los términos que a continuación se presenta fueron obtenidos del Diccionario ginecológico digital del Instituto Bernabeu:

Amniocentesis: Procedimiento en el cual se extrae líquido amniótico del útero. Esta prueba se realiza con más frecuencia para permitir la examinación de los cromosomas del bebé para detectar algunas enfermedades genéticas. También se puede usar para buscar infección dentro del útero.

Amnios: Consultar saco amniótico.

Analgésico: Medicamento empleado para aliviar el dolor.

Anticuerpo: Tipo de proteína que es parte del sistema inmunitario. Los anticuerpos están diseñados para combatir factores específicos que podrían causar enfermedades o condiciones. Mediante la leche materna, los anticuerpos de la madre son entregados a su bebé. Esto ayuda a reforzar el sistema inmune del bebé.

Areola: Área circular de color que rodea el pezón. Si un bebé está bien sujetado durante la lactancia, tanto la areola como el pezón deben estar en la boca del bebé.

Aumento: El médico toma medidas para retomar la labor de parto si una mujer está con contracciones lentas o si estas se detuvieron. El médico puede aumentar la labor de parto al romper el saco amniótico o administrar oxitocina. La oxitocina es un medicamento que estimula a que el útero se contraiga.

Blastocisto: Bola hueca de células que se desarrolla a partir del óvulo fecundado. El blastocisto se mueve al útero y se sujeta al recubrimiento uterino. El blastocisto continúa creciendo y dividiéndose hasta que se vuelve un embrión.

Calostro: Primera leche que produce y segrega el seno de una mujer después del nacimiento del bebé. El calostro es de color amarillo/dorado y es alto en proteínas y anticuerpos.

Canal de parto: Trayecto que recorre el bebé para nacer. El canal de parto está conformado por el cérvix, vagina, y vulva.

Catéter: Dispositivo tubular médico que se introduce dentro de vasos, conductos o cavidades corporales. Por lo general se usa para inyectar medicamentos o retirar líquidos, o para mantener un conducto abierto.

Centro de alumbramiento: Instalación de salud que normalmente cuenta con enfermeros, parteras y un obstetra disponible en caso de emergencias. Un centro de partos proporciona un entorno más similar al hogar que un hospital.

Clamidia: Enfermedad de transmisión sexual. Si una mujer embarazada tiene clamidia, la enfermedad puede transmitirse a su hijo durante el parto. Esto podría causar una infección del ojo (conjuntivitis) o neumonía en el bebé.

Congestión de senos: Sensación incómoda de llenado o endurecimiento en los senos. Esto ocurre aproximadamente al tercer o cuarto día después del parto cuando viene la leche madura. Amamantar con frecuencia y usar ambos senos en cada alimentación puede ayudar a reducir este malestar.

Cubiertas para los pezones: Pequeñas almohadillas que se utilizan en el interior del sostén para proteger los pezones de roces y recolectar la leche materna que gotee. Algunos son ventilados, lo cual significa que tienen orificios para permitir que circule el aire alrededor del seno. Las cubiertas ventiladas se usan para proteger pezones adoloridos o agrietados, y para ayudarlos a sanar rápidamente.

Cuello del útero: Parte del sistema reproductor femenino. El cuello del útero es la abertura en la parte inferior del útero. Durante la labor de parto, el cérvix se adelgaza y se abre para permitir que el bebé pase a través del canal de parto.

Deficiencia de biotinidasa: La biotinidasa es una enzima que metaboliza la biotina, que es una vitamina B. Si el bebé no es capaz de producir dicha enzima, entonces tiene deficiencia de biotinidasa. Esta deficiencia puede causar serios efectos neurológicos, como convulsiones, pérdida auditiva y coma.

Desprendimiento de la placenta: La placenta se separa de la pared del útero antes de lo que debería. Si esto ocurre, se puede necesitar una sección cesárea.

Desproporción cefalopélvica: Sucede cuando la cabeza del bebé es demasiado grande para pasar a través de la pelvis de la madre. En este caso, se puede necesitar una sección cesárea.

Dolores posparto: Dolores abdominales agudos causados por la contracción del útero después del parto. Es normal y deseable que el útero se contraiga a medida que regresa al tamaño que tenía antes del embarazo. Los dolores posparto son más comunes durante la lactancia. La lactancia estimula la liberación de oxitocina, la cual causa que se contraiga el útero. Los dolores posparto generalmente desaparecen al tercer día.

Extractor de leche materna: Máquina (manual o eléctrica) que se utiliza para extraer la leche de los senos de una mujer. Las mujeres usan extractores de leche de los senos para extraer y almacenar su leche materna para uso futuro. La extracción de leche de los senos también es útil para mujeres que están lejos de sus bebés durante varias horas y necesitan aliviar la presión de los senos llenos.

Labor activa: La segunda parte de la primera etapa de la labor de parto. La labor activa de parto inicia cuando el cérvix tiene 3-4 centímetros de dilatación y hay contracciones regulares con no más de 10 minutos de separación. Durante la labor activa, las contracciones son más fuertes y ocurren con más frecuencia que durante la primera fase (fase latente) o etapa uno. Hacia el final de esta fase, el cérvix se dilata de 7 a 10 centímetros.

Líquido amniótico: Líquido que se encuentra dentro del saco amniótico. El líquido sirve para amortiguar y proteger al feto.

Método Bradley: Enfoque para el parto que hace hincapié en evitar medicamentos, a menos que sea absolutamente necesario. Este método también implica una función activa por parte del padre del bebé como preparador del parto. Se fomenta la buena nutrición y el ejercicio durante el embarazo. Se cree que las

técnicas de relajación y de respiración profunda ayudan con el dolor de la labor de parto. También se le llama parto preparado por el esposo.

Parto asistido: El médico toma medidas para acelerar el parto después de que el cuello uterino se dilató por completo. Dos métodos comunes son el parto con fórceps y el parto asistido con extractor de vacío.

Plan de nacimiento: Lista de sus preferencias utilizadas como guía para indicar la manera en la que le gustaría que se realizara su labor de parto y alumbramiento. Ya que la labor de parto puede ser impredecible, puede necesitar desviarse de este plan en momentos durante la labor.

Puntuación de Apgar: Índice utilizado para evaluar la condición de un bebé recién nacido. Se califica con 0, 1 ó 2 a cada una de cinco características: color, frecuencia cardiaca, respuesta a la estimulación, tono muscular y respiración. Una puntuación perfecta es de 10. La mayoría de los bebés saludables obtendrán un máximo de nueve porque es normal que los bebés tengan las manos y pies azules en los primeros minutos de vida. La puntuación Apgar se determina al minuto uno, cinco, y diez después del parto. Los bebés saludables sólo obtienen las primeras dos puntuaciones.

Saco amniótico: Bolsa dentro del útero que alberga el feto y contiene el líquido que le brinda contención. A este líquido se le llama líquido amniótico. El término "ruptura de la fuente" se refiere a la ruptura del saco amniótico; esto ocurre con frecuencia al comienzo de la labor de parto.

Sala de partos: Tanto la labor de parto como el alumbramiento se llevan a cabo en esta habitación hospitalaria. Las salas de partos están diseñadas con colores cálidos y muebles para que las mujeres se sientan más cómodas durante la labor de parto y el alumbramiento que en una sala normal de hospital.

Secreción con sangre: Hace referencia a la liberación de mucosa fibrosa o una secreción espesa color café, rosácea o rojiza de la vagina. Esta es una señal de

que la labor de parto comenzará pronto; por lo general dentro de un lapso de 72 horas.

2.4. Sistema de variable

- Rol de enfermería en partos no Litotómicos

Tabla 1					
<i>Operacionalización variable independiente</i>					
Variable	Concepto	Dimensión	Ítem	Escala	Instrumento
Rol de enfermería en partos no Litotómicos	Conjunto de prescripciones que definen el comportamiento del miembro de un grupo que tiene una determinada posición dentro de ese grupo. (Biddle & Thomas,1996) Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto. (Galvis, Bustamante, & Sarmiento, 2014)	Primera Etapa de la labor de parto: Dilatación y Borramiento	Recibe con calidez a la mujer gestante y acompañantes.	Si No A veces	Ficha de observación
			Controla: signos vitales, peso y talla.		
			Explica de forma clara el proceso al cual se va a someter.		
			Prepara para el examen obstétrico: hacer orinar, bañarse, cambiar la ropa, rasurar región púbica o perinatal, ayuda a colocar a la paciente en la mesa ginecológica		
			Respeto prácticas y costumbres de la paciente de acuerdo a la comunidad a la que pertenece.		
			Brinda tranquilidad y apoyo emocional continuo.		
			Colabora con el medico durante el examen.		
			Recauda y actualiza la información sobre la paciente en el caso de no tener historia clínica.		
			Enseña la forma de respirar y dirigirla durante la contracción.		
			Enseña a pujar		
			Explica sobre las diferentes posiciones que puede tomar a la hora del parto		
			Alista y rotula la ropa para el bebe		
		Segunda etapa de la labor de	Prepara: Equipo de ropa, instrumental y otros		

		parto normal: Expulsivo	Recibe y traslada a la paciente y su acompañante a la sala de parto		
			Abre los paquetes de ropa e instrumentos		
			Pasa los materiales al médico solicitante		
			Está atento al estado de la paciente		
			Observa la hora de nacimiento		
			Realiza los cuidados inmediatos del recién nacido		
		Tercera etapa de la labor de parto: Alumbramiento	Observa la hora del alumbramiento		
			Acerca la cubeta para recibir la placenta		
			Aplica oxitocina o ergometrina según la recomendación del médico.		
			Observa loquios y hemorragias		
			Controla los signos vitales de la paciente		
			Verifica adecuada entrada de aire, tono muscular, respiración, frecuencia cardíaca y color de la piel		
			Ayuda al traslado de la paciente		
			Enseña a la paciente como realizar masajes uterinos		
Elaborado por: Naranjo Alexandra y Borja Paola					
Fuente: (Pozo, Fuentes, & Calderón, 2008)					

CAPÍTULO 3

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Nivel de investigación

3.1.1. Profundidad

3.1.1.1. Estudio Descriptivo

Debido a que la investigación busca identificar si el personal de enfermería cumple con lo establecido en los protocolos y guías para la atención en el parto cuya posición no es la ginecológica se considera emplear este tipo de investigación, también denominada como diagnóstica ya que permitirá responder a interrogante ¿Cuál es nivel de aplicación del rol de enfermería en los partos no litotómicos?, a través de los datos que se obtengan de la observación que se realiza a las enfermeras que asisten los partos no litotómicos o posición no ginecológica, ya que esta permitirá conocer las características de los procesos que desempeña dentro de la labor de parto las/os enfermeras/os

3.1.2. Fuente

3.1.2.1. Bibliográfica

Se reconoce al estudio de este tipo debido a que para el desarrollo de la investigación es indispensable el que se fundamente teóricamente lo cual permite conocer el tema en estudio y los componentes que lo conforman pudiendo de este modo establecer de forma adecuada: el direccionamiento de la investigación, las técnicas e instrumentos a emplearse con la finalidad de dar respuesta a cada uno de los objetivos planteados.

3.1.2.2. De campo

La investigación de campo juega un papel muy importante en el proyecto ya que esta se aplica desde el proceso de identificación del problema (internado

rotativo) ya que consiste en que el investigador esté relacionado con el tema y que el mismo se desarrolle en el lugar en donde el problema se desarrolla es decir en el Hospital Básico José Cevallos Ruiz del Cantón Yaguachi, permitiendo a las autoras conocer el personal de enfermería que asiste las labores de parto especialmente los no litotómicos cumplen con el rol asignado.

3.1.3. Propósito

3.1.3.1. Investigación cuali - cuantitativa

Debido a que varios datos expuestos en la investigación dan a conocer las características del objeto de estudio sin la ponderación de los datos es indispensable se clasifique al proceso como cualitativo.

Mientras que por los datos a obtenerse en el proceso de observación el procesamiento de los mismos permitirán cuantificar el nivel de cumplimiento del rol de enfermería pro parte de los profesionales que laboran en el Hospital Básico José Cevallos Ruiz, rol o actividades que se encuentran definidas en protocolos y guías para la atención de los parto humanizados o culturalmente aceptados.

3.1.4. Según la relación al tiempo

3.1.4.1. Transversal

Este tipo de investigación se emplea cuando la misma no se espera realizar durante tiempos prolongados sino más bien en un periodo en específico como es el caso del presente trabajo de titulación donde su ejecución es en el periodo diciembre 2018- abril 2019.

3.2. Diseño

- Inicialmente se define la apertura por parte de las autoridades de la casa de salud.
- Conjuntamente con el personal asignado se identifica el problema y la necesidad y de este modo plantear el tema de investigación.

- Determinar fundamentos teóricos para el adecuado desarrollo del trabajo.
- Diseñar un proyecto con todos los componentes analizarse.
- Establecer técnicas o procesos que contribuyan a la investigación.
- Aplicar fichas de observación al personal de enfermería que asiste los partos no litotómicos.
- Procesar la información empleando el software SPSS.
- Realizar el análisis de la información obtenida.
- Emitir conclusiones y recomendaciones.

3.3. Población

Según datos obtenidos por la casa de salud las enfermeras/os que atienden labores de partos no litotómicos son: 6 los profesionales que ingresan a la sala de partos, siendo esta la población considerada para el estudio debido a que esta no es muy extensa no es recomendable calcular la muestra.

Tabla 2 Población						
Servicio	Enfermeras	Turnos	Mes mayo	Horas trabajadas	N° de observaciones por semanas	Total, de observacion
Sala de Parto	6	Día	3	80	3	9
		Noche	3	80	3	9
Total			6	160H	6	18
Fuente: Hospital Básico José Cevallos Ruiz						

Como se establece en la tabla anterior se observará a 6 enfermeras durante 3 ocasiones (3 por semana) se realiza 18 observaciones, dado que la frecuencia corresponde al número de personas que cumplen con cada actividad se decide trabajar con la media aritmética.

3.3.1. Criterios de inclusión

Personal de enfermería que asiste en los partos no litotómicos.

3.3.2. Criterios de exclusión

Personal de enfermería que labora en el hospital que no asiste en los partos no litotómicos.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Guía de observación

Técnica empleada que permite ser a las autoras del proyecto de titulación quienes definen que, y como evaluar a fin de conocer las actividades que desarrolla el personal de enfermería durante la atención en el parto, para lo cual se diseñó un instrumento (guía de observación) misma que está conformada por 29 ítems clasificados de acuerdo a cada una de las etapas del parto.

3.5. Técnicas de procesamientos y análisis de datos

Se emplea el procesamiento de información creado en el SPSS la base de datos que se obtiene a través de la tabulación de las fichas de observación aplicada a cada uno de los enfermeros/as.

3.6. Procesamiento de información obtenido del análisis del contenido

3.6.1. Resultados caracterización de los profesionales de enfermería

Tabla 3
Sexo del personal de enfermería

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	6	100,0

Elaborado por: Naranjo Alexandra y Borja Paola

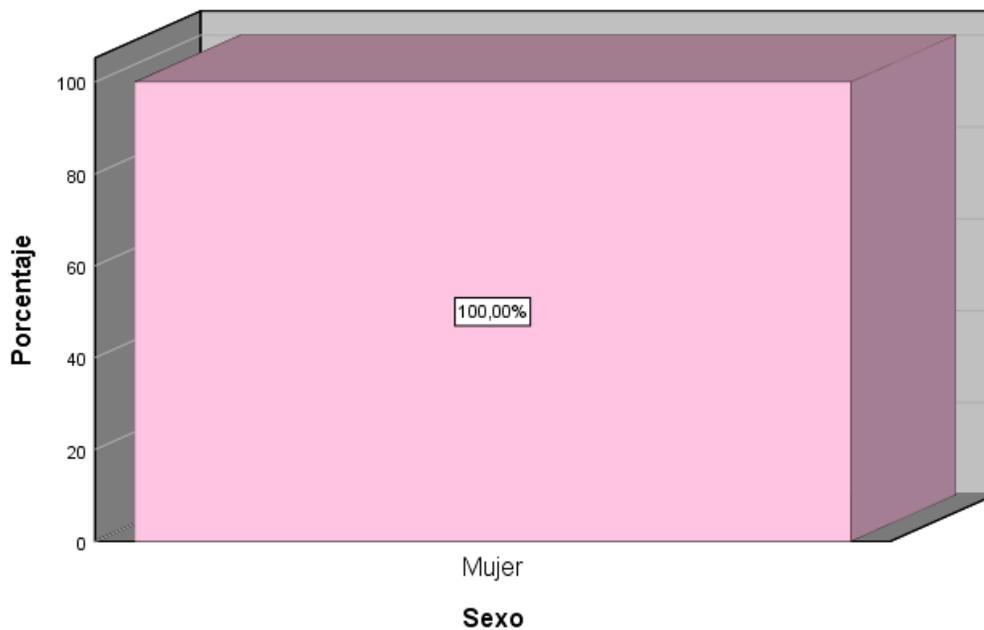


Figura 1. Sexo del personal de enfermería

Elaborado por: Naranjo Alexandra y Borja Paola

Análisis

De los resultados obtenidos podemos observar que el personal que asiste los partos no litotómicos, en su totalidad (100%) son de género femenino quienes asisten los partos de este tipo.

Tabla 4
Edad del personal de enfermería

	Frecuencia	Porcentaje
27	2	33,3
28	1	16,7
31	1	16,7
35	2	33,3
Total	6	100,0

Elaborado por: Naranjo Alexandra y Borja Paola

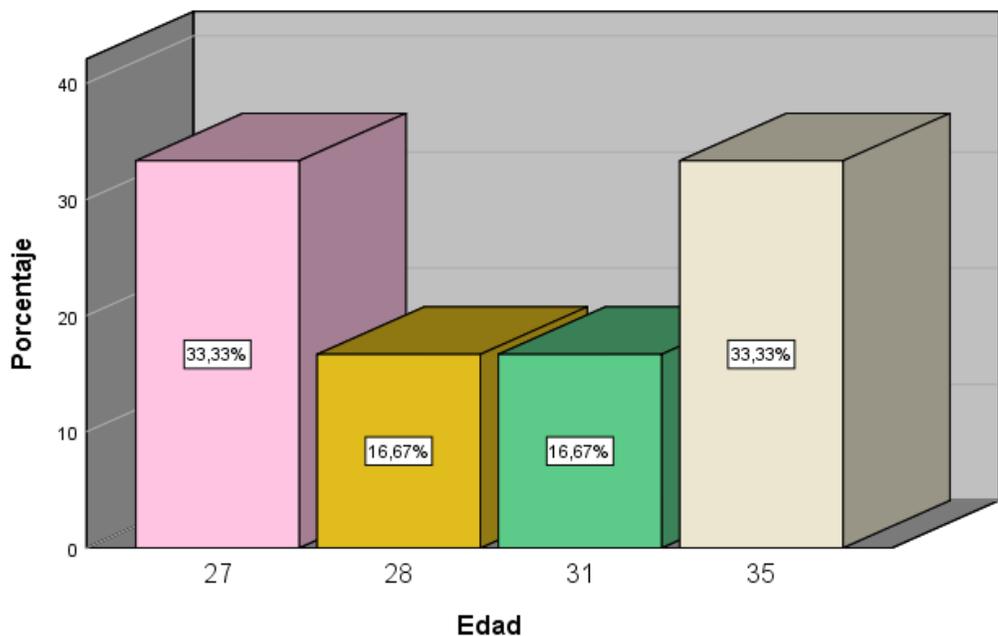


Figura 2. Edad del personal de enfermería

Elaborado por: Naranjo Alexandra y Borja Paola

Análisis

De acuerdo al estudio realizado se logró identificar que las edades de los profesionales de enfermería oscilan entre las edades de 27 a 35 años de edad con una media de 30 años predominando las edades de 27 años con un 33,33% y 35 años con otro 33,33% mientras que entre las edades de 28 y 31 años están el 16,67% de los profesionales respectivamente.

Tabla 5
Estado civil del personal de enfermería

	Frecuencia	Porcentaje
Solteras/os	3	50,0
Casadas/os	2	33,3
Unión libre	1	16,7
Total	6	100,0

Elaborado por: Naranjo Alexandra y Borja Paola

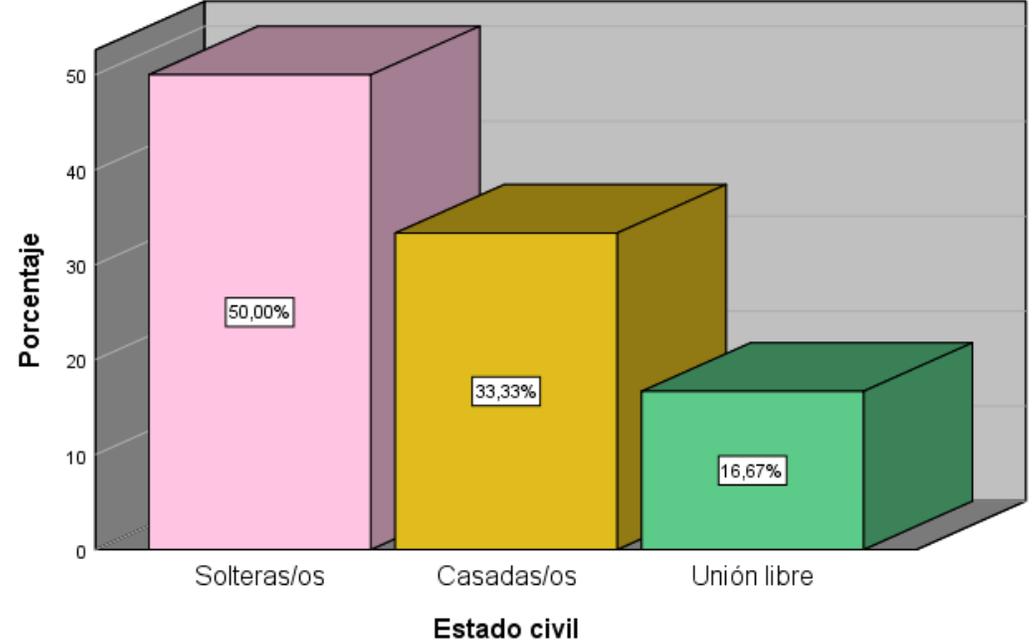


Figura 3. Estado civil del personal de enfermería
Elaborado por: Naranjo Alexandra y Borja Paola

Análisis

De acuerdo a los datos recogidos la mayor parte (50%) de las enfermeras son solteras mientras que un grupo menor (33,33%) casadas y el 16,67% de los profesionales están en unión libre.

Tabla 6
Nivel instrucción del personal de enfermería

	Frecuencia	Porcentaje
Tercer Nivel	5	83,3
Cuarto Nivel	1	16,7
Total	6	100,0

Elaborado por: Naranjo Alexandra y Borja Paola

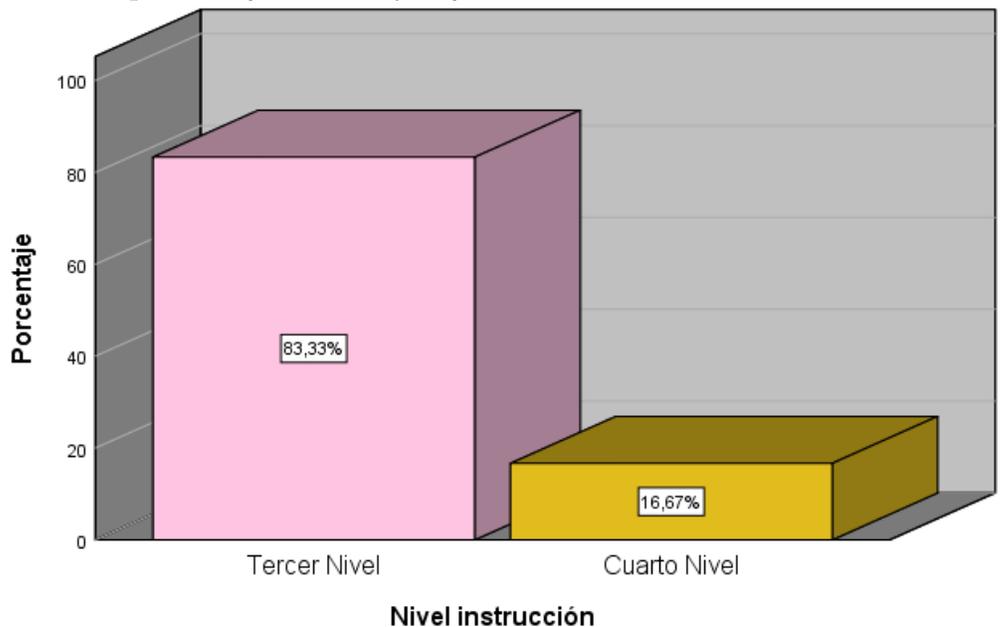


Figura 4. Nivel instrucción del personal de enfermería

Elaborado por: Naranjo Alexandra y Borja Paola

Análisis

El personal de enfermería que labora en Hospital Básico José Cevallos Ruiz, del Cantón Yaguachi en su mayoría (83,33%) posee títulos de tercer nivel mientras que el 16,67% posee títulos de cuarto nivel considerando que es una unidad de salud básica.

Tabla 7
Años de experiencia del personal de enfermería

	Frecuencia	Porcentaje
3	1	16,7
4	1	16,7
5	1	16,7
8	1	16,7
11	1	16,7
12	1	16,7
Total	6	100,0

Elaborado por: Naranjo Alexandra y Borja Paola

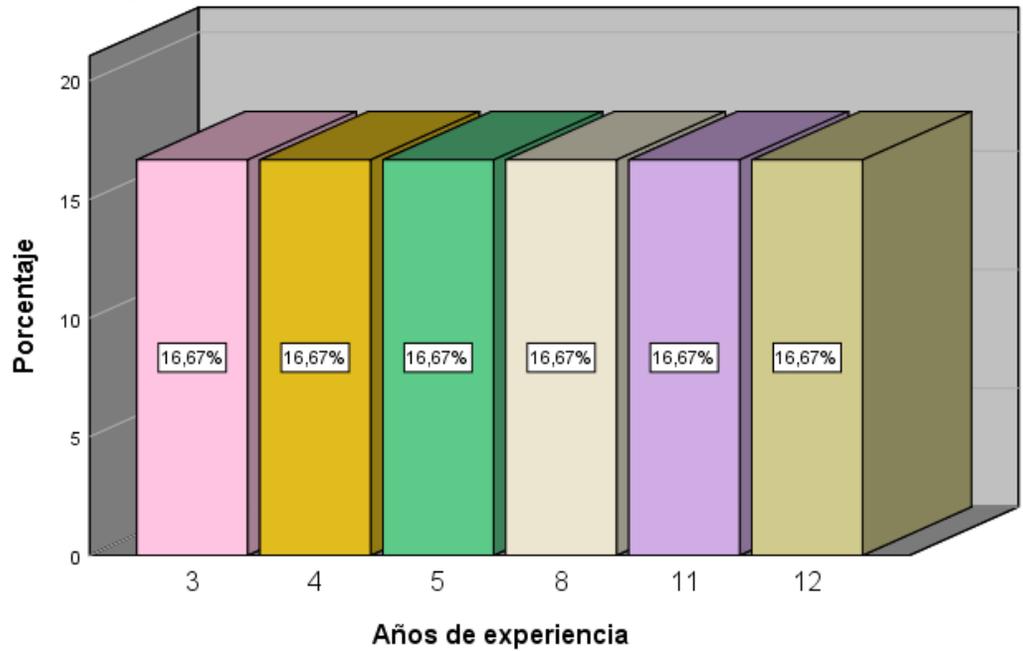


Figura 5. Años de experiencia del personal de enfermería
Elaborado por: Naranjo Alexandra y Borja Paola

Análisis

De acuerdo a la información recabada los profesionales enfermería tienen de 3 a 12 años de experiencia laboral con un promedio de 7 años prestando sus servicios como enfermeras.

Tabla 8
Conoce el rol que debe de cumplir en los partos no litotómicos

	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	66,7
No	2	33,3
Total	6	100,0

Elaborado por: Naranjo Alexandra y Borja Paola

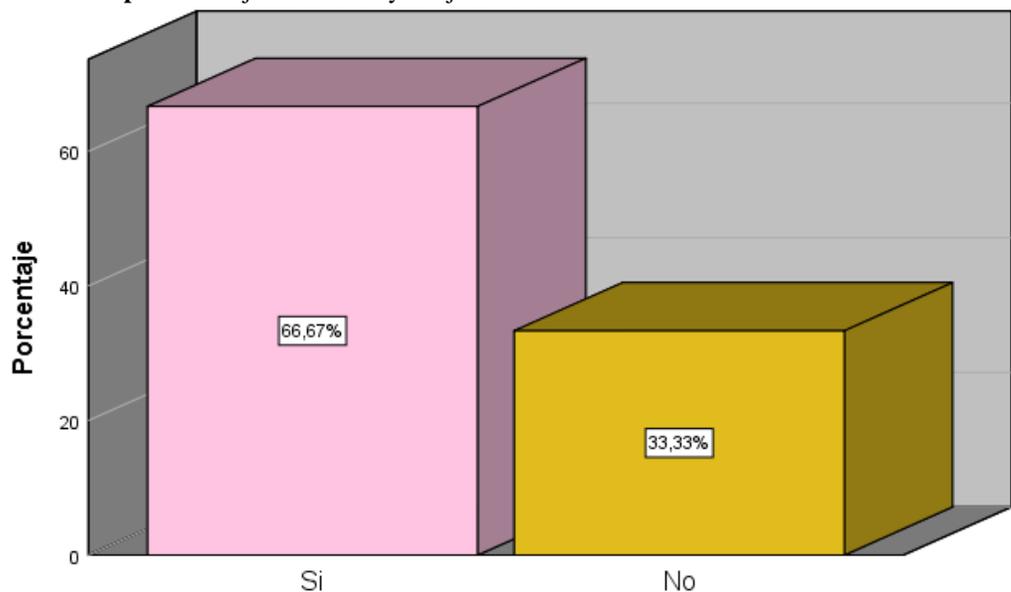


Figura 6. Conoce el rol que debe de cumplir en los partos no litotómicos

Elaborado por: Naranjo Alexandra y Borja Paola

Análisis

El 66,67% antes de asistir un parto manifestó conocer el rol que le corresponde como enfermera dentro de la sala de parto mientras que el 33,33% manifestaron no conocer claramente las actividades que deben desarrollar en cada una de las etapas del parto.

Tabla 9
Ha recibido capacitaciones sobre las actividades que debe desempeñar de acuerdo a cada etapa del parto

	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	50,0
No	3	50,0
Total	6	100,0

Elaborado por: Naranjo Alexandra y Borja Paola

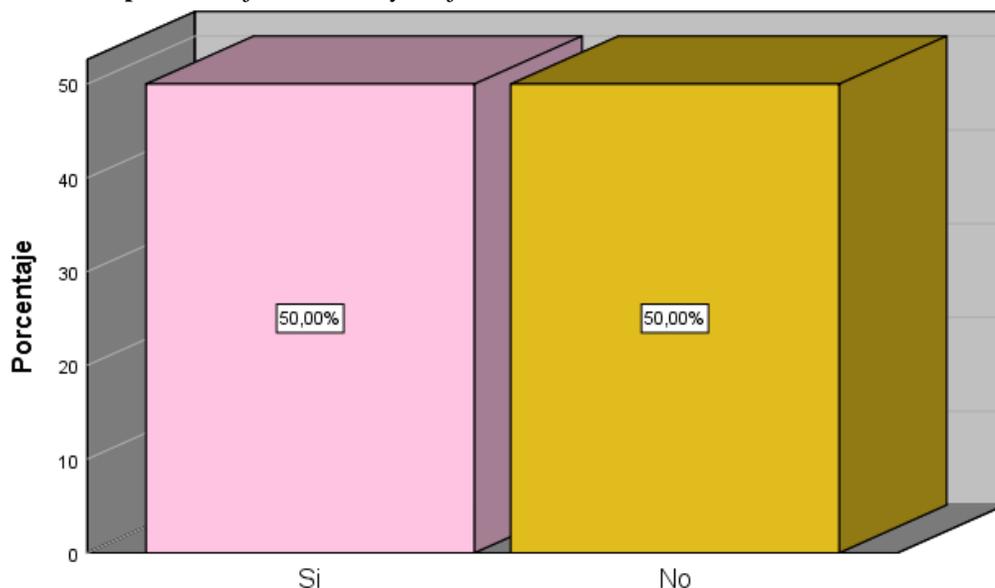


Figura 7. Conoce el rol que debe de cumplir en los partos no litotómicos

Elaborado por: Naranjo Alexandra y Borja Paola

Análisis

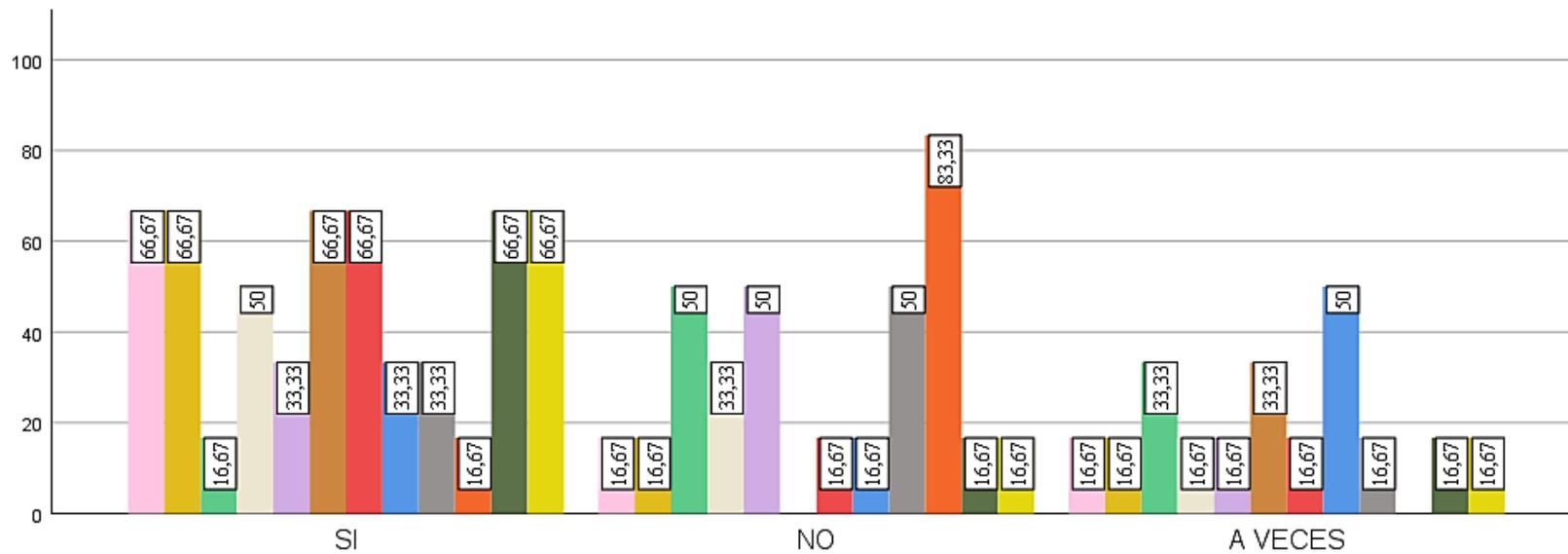
De acuerdo a la opinión vertida por parte de las profesionales que asisten los partos no litotómicos manifestaron un 50% no haber recibido capacitaciones específicas sobre el rol que deben desempeñar en los partos no litotómicos mientras que el 50% si fueron capacitadas para cumplir las actividades de enfermería en este tipo de parto.

3.6.2. Resultados obtenidos de la guía de observación en el cumplimiento de actividades del rol de enfermería durante las tres etapas del parto no litotómico periodo diciembre 2018- abril 2019

Tabla 10								
<i>Cumplimiento del rol de enfermería durante el parto no litotómicos</i>								
Primera etapa de la labor de parto: Dilatación y borramiento								
Actividades	Si		No		A veces		Total	
	Fre.	%	Fre.	%	Fre.	%	Fre.	%
Recibe con calidez a la mujer gestante y acompañantes	12	66,7%	3	16,7%	3	16,7%	18	100%
Controla: signos vitales, peso y talla	12	66,7%	3	16,7%	3	16,7%	18	100%
Explica de forma clara el proceso al cual se va a someter	3	16,7%	9	50,0%	6	33,3%	18	100%
Prepara para el examen obstétrico: hacer orinar, bañarse, cambiar la ropa, rasurar región púbica o perinatal, ayuda a colocar a la paciente en la mesa ginecológica	9	50,0%	6	33,3%	3	16,7%	18	100%
Respeto prácticas y costumbres de la paciente de acuerdo a la comunidad a la que pertenece	6	33,3%	9	50,0%	3	16,7%	18	100%
Brinda tranquilidad y apoyo emocional continuo	12	66,7%	0	0,0%	6	33,3%	18	100%
Colabora con el medico durante el examen	12	66,7%	3	16,7%	3	16,7%	18	100%
Recauda y actualiza la información sobre la paciente en el caso de no tener historia clínica	6	33,3%	3	16,7%	9	50,0%	18	100%

Enseña la forma de respirar y dirigirla durante la contracción	6	33,3%	9	50,0%	3	16,7%	18	100%
Enseña a pujar	3	16,7%	15	83,3%	0	0,0%	18	100%
Explica sobre las diferentes posiciones que puede tomar a la hora del parto	12	66,7%	3	16,7%	3	16,7%	18	100%
Alista y rotula la ropa para él bebe	12	66,7%	3	16,7%	3	16,7%	18	100%
Segunda etapa de la labor de parto normal: Expulsivo								
Prepara: Equipo de ropa, instrumental y otros	6	33,3%	3	16,7%	9	50,0%	18	100%
Recibe y traslada a la paciente y su acompañante a la sala de parto	6	33,3%	6	33,3%	6	33,3%	18	100%
Abre los paquetes de ropa e instrumentos	9	50,0%	6	33,3%	3	16,7%	18	100%
Pasa los materiales al médico solicitante	9	50,0%	6	33,3%	3	16,7%	18	100%
Está atento al estado de la paciente	9	50,0%	3	16,7%	6	33,3%	18	100%
Observa la hora de nacimiento	9	50,0%	6	33,3%	3	16,7%	18	100%
Realiza los cuidados inmediatos del recién nacido	12	66,7%	3	16,7%	3	16,7%	18	100%
Tercera etapa de la labor de parto: Alumbramiento								
Observa la hora de nacimiento	9	50,0%	6	33,3%	3	16,7%	18	100%
Realiza los cuidados inmediatos del recién nacido	12	66,7%	3	16,7%	3	16,7%	18	100%
Observa la hora del alumbramiento	6	33,3%	6	33,3%	6	33,3%	18	100%
Acerca la cubeta para recibir la placenta	3	16,7%	6	33,3%	9	50,0%	18	100%

Aplica oxitocina o ergometrina según la recomendación del médico	15	83,3%	0	0,0%	3	16,7%	18	100%
Observa loquios y hemorragias	12	66,7%	3	16,7%	3	16,7%	18	100%
Controla los signos vitales de la paciente	12	66,7%	3	16,7%	3	16,7%	18	100%
Verifica adecuada entrada de aire, tono muscular, respiración, frecuencia cardiaca y color de la piel	3	16,7%	3	16,7%	12	66,7%	18	100%
Ayuda al traslado de la paciente	0	0,0%	15	83,3%	3	16,7%	18	100%
Enseña a la paciente como realizar masajes uterinos	0	0,0%	18	100,0%	0	0,0%	18	100%
Elaborado por: Naranjo Alexandra y Borja Paola								



Estadísticas

Columna

- Recibe con calidez a la mujer gestante y acompañantes
- Controla: signos vitales, peso y talla
- Explica de forma clara el proceso al cual se va a someter
- Prepara para el examen obstétrico: hacer orinar, bañarse, cambiar la ropa, rasurar región púbica o perinatal, ayuda a colocar a la paciente en la mesa ginecológica
- Respetar prácticas y costumbres de la paciente de acuerdo a la comunidad a la que pertenece
- Brinda tranquilidad y apoyo emocional continuo
- Colabora con el medico durante el examen
- Recauda y actualiza la información sobre la paciente en el caso de no tener historia clínica
- Enseña la forma de respirar y dirigirla durante la contracción
- Enseña a pujar
- Explica sobre las diferentes posiciones que puede tomar a la hora del parto
- Alista y rotula la ropa para él bebe

Figura 8. Primera etapa de la labor de parto: Dilatación y borramiento

Elaborado por: Naranjo Alexandra y Borja Paola

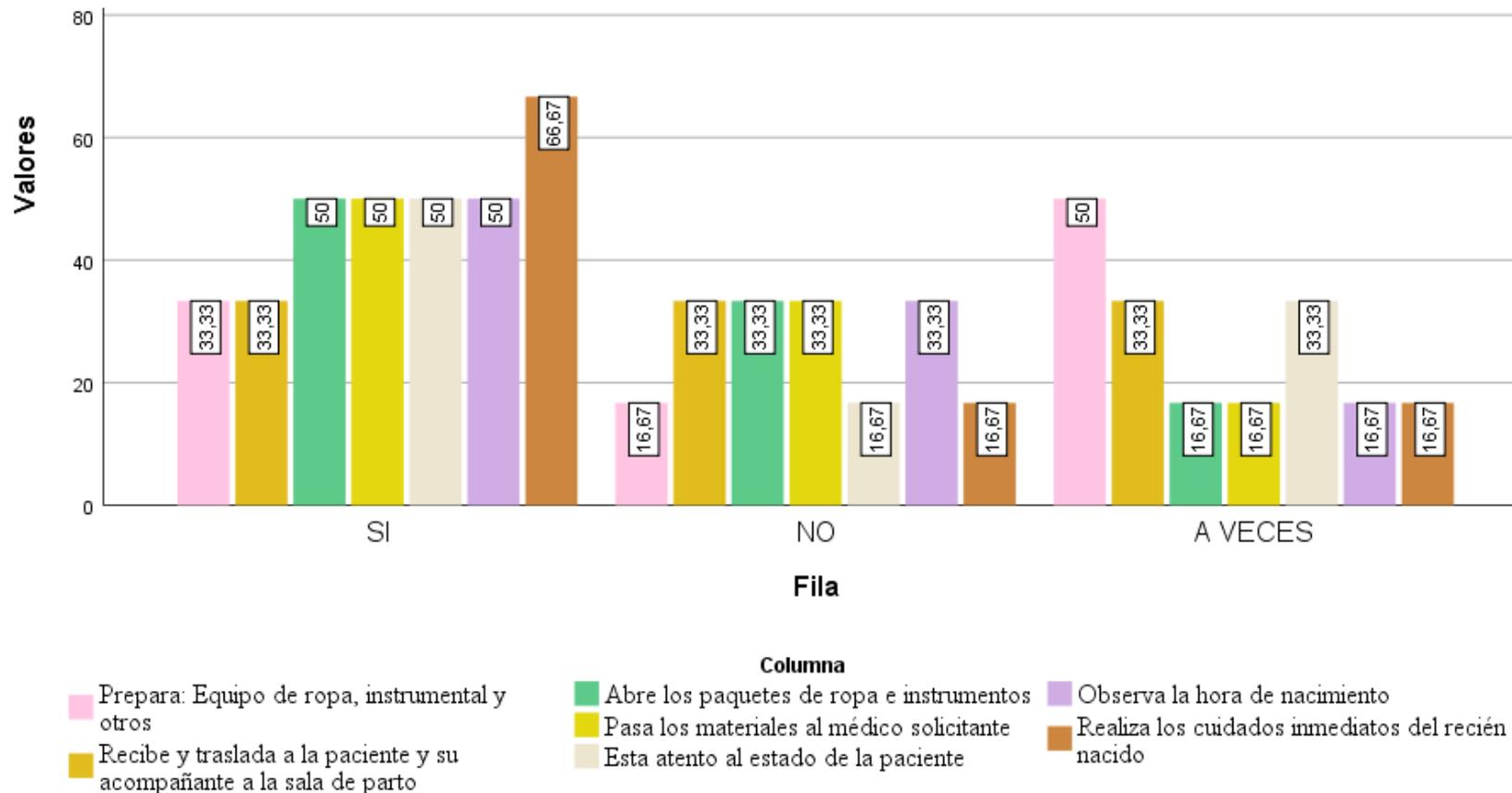


Figura 9. Segunda etapa de la labor de parto normal: Expulsivo

Elaborado por: Naranjo Alexandra y Borja Paola

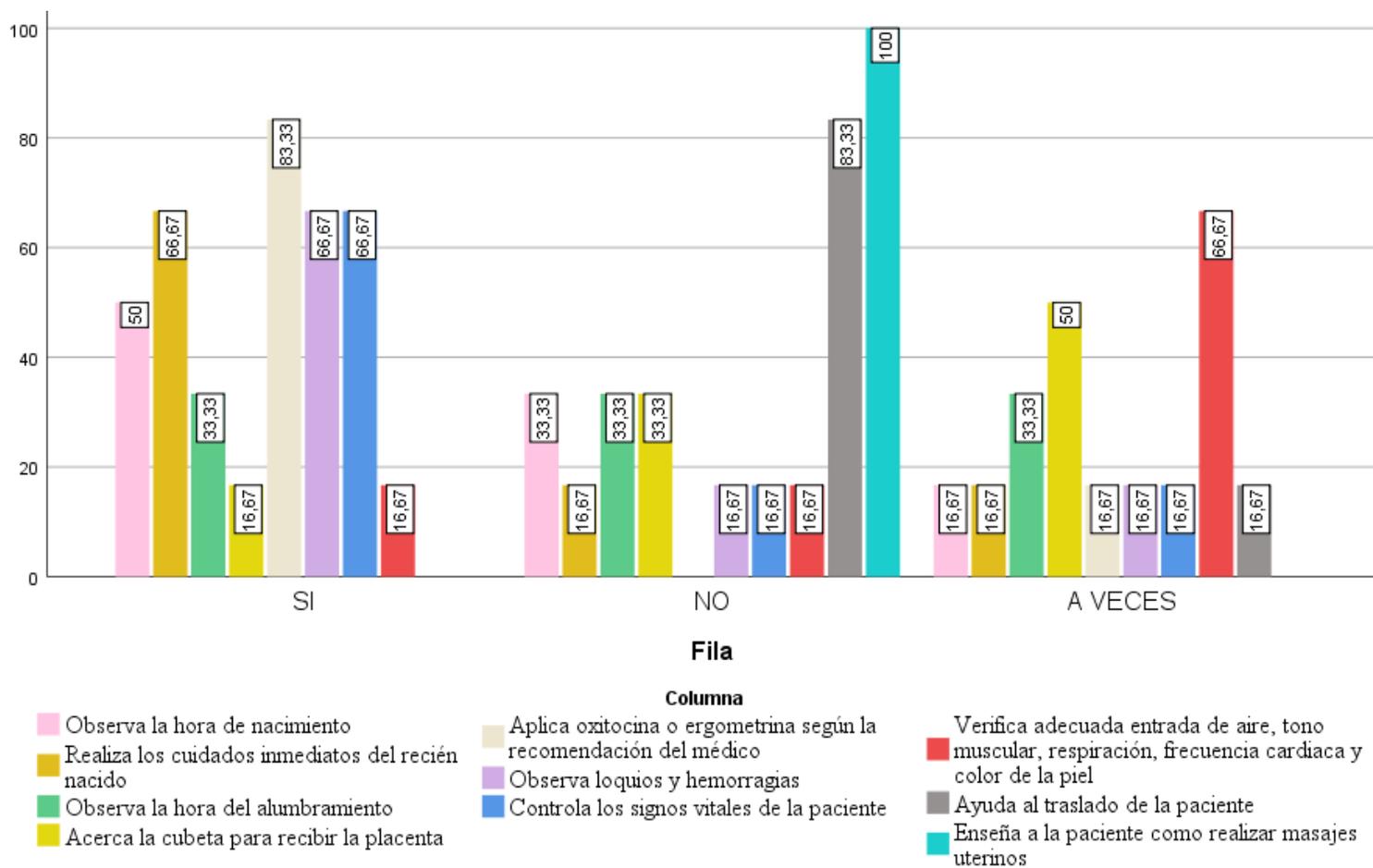


Figura 10. Tercera etapa de la labor de parto: Alumbramiento -
Elaborado por: Naranjo Alexandra y Borja Paola

Análisis de los resultados de la guía de observación realizada al profesional de enfermería del servicio de sala de parto del hospital José Cevallos Ruiz del cantón Yaguachi provincia del Guayas.

Dentro del rol que cumple el personal de enfermería en las tres etapas del parto se determina lo siguiente:

En la primera etapa de la atención del parto dilatación y borramiento encontramos que el 49% cumple con las siguientes actividades: recibe con calidez a la mujer gestante y acompañante, controla signos vitales, peso, y talla, prepara para el examen obstétrico, explica sobre las diferentes posiciones durante el parto, alista y rotula la ropa para el recién nacido, mientras que el 51% no cumple el explicar de forma precisa el proceso a realizarse, respetar prácticas y costumbres, recaudar y actualizar la información sobre la paciente en el caso de no tener historia clínica, enseñar la forma de respirar y dirigirla durante la contracción, enseñarle a pujar, lo que conlleva a que al no cumplir el rol de enfermera-o en su totalidad pueden surgir complicaciones en las siguientes etapas del parto.

En la segunda etapa del parto normal: expulsivo encontramos 7 ítems con un 48% de cumplimiento en: abrir los paquetes de ropa e instrumentos, pasar los materiales al médico solicitante, estar atentos al estado de la paciente, observar la hora de nacimiento y realiza los cuidados inmediatos del recién nacido, mientras que el 52% no realiza actividades como: preparar el equipo de ropa e instrumental, recibir y trasladar a la paciente y su acompañante a la sala de parto, abrir los paquetes de ropa e instrumentos, pasar los materiales al médico solicitante, estar atento al estado de la paciente, observar la hora de nacimiento, poniendo en riesgo el bienestar de la madre y del recién nacido.

En la tercera etapa del parto normal: alumbramiento de las 10 actividades a realizarse el 40% realiza las siguientes actividades: observa la hora del nacimiento del recién nacido realiza cuidados del recién nacido, aplica oxitocina o ergometrina según prescripción del médico, observa loquios y hemorragias, controla signos vitales, mientras que el 60% de las actividades no se cumple como son: hora de

nacimiento del recién nacido, observa la hora del alumbramiento, acerca la cubeta para recibir la placenta, verifica la adecuada entrada de aire, tono muscular, respiración, frecuencia cardíaca, y color de la piel del recién nacido, ayuda al traslado de la paciente, enseña a la paciente como realizar el masaje uterino, demostrando un incumplimiento en su rol durante las etapas de la atención del parto; siendo estas determinadas por el Ministerio de Salud Pública y que han sido implementados en esta Unidad de Salud.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

N°	OBJETIVO	RESULTADOS ALCANZADOS
1	Caracterizar al personal de enfermería que asiste a los partos no litotómicos.	Se ha podido establecer que el 100% de los profesionales de enfermería que asisten partos no litotómicos son del sexo femenino quienes en su mayoría están en 27 y 35 años, según la mayor parte (50%) de estas profesionales son solteras existe un numero representativo que están casadas (33,3%) y el 16,7% están solteras más del 80% tienen un nivel de instrucción de tercer nivel, la mayoría tienen de 3 a 12 años de experiencia laboral, de acuerdo a la opinión de estos el 66,7% conoce claramente el rol que debe desempeñar dentro de los partos no litotómicos, y el 50% ha expresado haber sido capacitadas para asistir partos no litotómicos.
2	Identificar las actividades que realiza el personal de enfermería en las etapas del parto no litotómico.	Según las etapas del parto se definieron actividades que deben de realizar los profesionales de enfermería en las etapas del parto no litotómico: Primera etapa: existe un 49% de los profesionales que si cumplen con las actividades y un 51% sin incumplidas. Segunda etapa: al igual que la anterior etapa la frecuencia con que se cumple las actividades correspondientes son del 48% si realizan las actividades, mientras que un 52% no realiza las actividades encomendadas siendo incumplidas con mayor frecuencia Tercera etapa: existe un promedio de 40% que si cumplen las actividades y un 60% no cumplen con las actividades poniendo en riesgo el bienestar materno y del recién nacido.

3	Establecer el nivel de cumplimiento del rol de las enfermeras durante las etapas del parto no litotómico.	Sobre el cumplimiento por parte de las enfermeras que asisten partos no litotómicos se puede expresar que de las 29 actividades que deben de llevarse a cabo durante la atención del parto no litotómico en sus tres etapas el 46% si las cumplen, mientras que el 54% no las cumplen, demostrando incumplimiento de su rol; a pesar de ser determinados por el Ministerio de Salud Pública e implementados en esta Unidad de Salud.
Elaborado por: Naranjo Alexandra y Borja Paola		

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Una vez concluido el trabajo de investigación se ha podido llegar a:

Que el personal de enfermería asignado para asistir en partos es del sexo femenino tienen títulos de tercer y cuarto nivel con edades de 27 a 35 años de edad y de 3 a 12 años de experiencia laboral quienes en su mayoría conocen sobre el rol que deben desempeñar en la labor de parto sumándose a esto que el 50% de las enfermeras han recibido capacitaciones en el área de sala de parto.

Se evidencia que el 83% del personal de enfermería no explica de forma clara el proceso por el cual pasara la paciente en su labor de parto siendo la comunicación el pilar fundamental de la relación enfermera- paciente.

El personal de enfermería en su 83% no enseña a pujar a la paciente; pudiendo presentarse complicaciones en la madre y el recién nacido.

Se determina que el 83% no verifica la adecuada entrada de aire, tono muscular, respiración, frecuencia cardiaca, y color de la piel del recién nacido; poniendo en riesgo el bienestar del recién nacido.

El 100% no enseña a la paciente como realizarse masajes uterinos, pudiendo evitarse con esta medida; complicaciones maternas graves.

El rol que cumple el personal de enfermeras/os en los partos no litotomicos un 46% cumplen las actividades durante las tres etapas del parto.

5.2. Recomendaciones

Una vez concluido el trabajo de investigación se recomienda:

Que a través del departamento de talento humano y de enfermería se realice capacitaciones continuas al personal de enfermería sobre el rol de la enfermera-o en la atención del parto no litotómico establecido por el Ministerio de Salud Pública.

Que se utilice la guía de atención de partos del Ministerio de Salud Pública actualizada para que se incremente la calidad de atención en el parto no litotómico y se limiten las complicaciones maternas y del recién nacido.

Que la coordinadora de enfermería realice supervisión directa al personal de enfermería para que se cumpla con todas las actividades que demanda el rol de enfermera en forma responsable.

Fortalecer la comunicación enfermera-paciente ya que es el pilar fundamental en la atención del parto considerando esta etapa de mayor vulnerabilidad para la madre y el recién nacido.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato*. Quito: Dirección Nacional de Normatización.
- Arcos, J. (2018). *PARTO DISTÓCICO POR OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO MÁS FETO SIRENOMÉLICO*. Ambato: Universidad Técnica de Ambato.
- Augusto, M. (Junio de 2018). Información Hospital José Cevallos Ruiz. Guayas, Yaguachi: MSP.
- Baquerizo, N., & Molina, E. (2015). *Comparación de resultante materno-fetal entre parto vertical y parto en posición de litotomía*. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Betrán, A., Ye, J., Moller, A., Zhang, J., Gülmezoglu, M., & Torloni, R. (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *Plos One*, 1-12.
- Canelón, M. (2015). *Significado del parto vertical para los/las obstetras. Una propuesta educativa*. Carabobo: Universidad de Carabobo.
- Carvajal, J., & Ralph, C. (2018). *Manual de obstetricia y ginecología*. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Carvajal, J., Barriga, & María. (2019). *Manual de obstetricia y ginecología*. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Carvajal, J., Martinovic, C., & Fernández, C. (2017). Parto natural. *ARS Médica*, 50.
- Castro, R., & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Chaw, H., & Lucas, E. (2018). *Reeducación Postural Global en gestantes con trastornos biomecánicos de la columna vertebral que acuden al Centro*

Materno Infantil Alfonso Oramas González del Cantón Durán en el período mayo – agosto 2018. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Chida, E., & Tituaña, J. (2019). *APLICACIÓN DE LA GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL CENTRO DE SALUD SIMIATUG DE LA PROVINCIA DE BOLÍVAR CANTÓN GUARANDA, PERÍODO DICIEMBRE 2018-ABRIL 2019.* Guaranda: Universidad Estatal de Bolívar.

Cifuentes, R., Hernández, M., Toro, A., Franco, V., Cubides, Á., & Duarte, I. (2016). A PROPÓSITO DE UNA NUEVA CLASIFICACIÓN DEL EMBARAZO A TÉRMINO. RESULTADOS NEONATALES EN UNA CLÍNICA DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN CALI, COLOMBIA. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2.*

Clavijo, E., & Tigreiro, D. (2018). *PARTO HUMANIZADO ASOCIADO A LAS CREENCIAS CULTURALES EN EMBARAZADAS. CENTRO DE SALUD VENUS DE VALDIVIA 2018.* Santa Elena: Universidad Estatal Península de Santa Elena.

Coyago, J., & Heras, J. (2018). *Comparación de las complicaciones maternas y neonatales entre el parto en posición vertical y en posición litotómica en el Centro de Salud Carlos Elizalde en el período 2014-2016.* Cuenca: Universidad de Cuenca.

De León, V. (2015). *Humanización del cuidado de enfermería en la atención del parto en el Hospital Regional de Occidente, Quetzaltenango, Guatemala. Enero-Febrero.* Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar.

Díaz, A. (27 de 03 de 2018). *La Mente es Maravillosa.* Obtenido de <https://lamenteesmaravillosa.com/teoria-de-los-roles-cual-es-nuestro-papel-en-la-sociedad/>

- Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información de Salud. (2017). *Boletín Nacimientospor Cesáreas 2013-2016*. Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
- Fray, E. (2018). *Accionar de enfermería en la atención del parto culturalmente adecuado. abril-agosto 2018*. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo .
- González, E., & Pita, L. (2016). *Atención al parto normal*. Asturias: Hospital Universitario Central de Asturias.
- Guevara, L. (2018). *Evaluación del rol de la enfermera en el protocolo de atención del parto humanizado en el centro de salud de Guamani durante el último semestre del 2017*. Quito: Universidad de las Américas.
- Ibarra, M. (2017). *La Humanización de los Partos. Cuando las Leyes en Salud no alcanzan. Una aproximación al análisis de las normas y las prácticas*. Rosario: Universidad Nacional de Rosario.
- Jacobo, L. (2018). *Atención del parto humanizado en instituciones de salud de algunos países de Latinoamérica*. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales .
- León, P., & Lobo, N. (2015). Rol del profesional de enfermería en la coordinación de los planes de salud territorial. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 7-9.
- Machado, K. (2015). *CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LAS COMPLICACIONES DE UN EMBARAZO PROLONGADO Y SU RELACIÓN CON LA MORBIMORTALIDAD PERINATAL*. Machala: Universidad Técnica de Machala.
- Oliva, M. (2014). *Vínculo prenatal y apego: Un acercamiento a las prácticas favorecedoras*. Argentina: Universidad del Aconcagua.

- Organización Mundial de la Salud. (16 de Febrero de 2018). *Mortalidad Materna*.
Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Palmer, E. (3 de Julio de 2013). Análisis de las diferentes posturas en el parto.
eFisioterapia , 1-42. Obtenido de <https://www.efisioterapia.net/articulos/diferentes-posturas-parto>
- Paredes, G. (2015). *Intervención del personal de enfermería, relacionado con el manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto en el centro obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato, durante el periodo agosto 2014 – enero 2015*. Ambato: Universidad Técnica de Ambato.
- Pérez, E. (2015). *Las diferentes posiciones maternas en el parto*. Jaén: Universidad de Jaén.
- Pozo, S., Fuentes, G., & Calderón, L. (2008). *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado*. Quito : Ministerio de Salud Pública - Sistema Nacional de Salud .
- Rivera, C. (2018). *Cuidados de enfermería en el parto humanizado y su incidencia en el nivel de satisfacción de la mujer gestante*. Ambato: Universidad Técnica de Ambato .
- Sánchez, M. (2017). *SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN MATERNAS DE LA ETNIA SHUAR ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL MACAS, ENERO-JUNIO 2017*. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca.
- Schwarcz, R., Fescina, R., & Duverges, C. (2015). *Obstetricia* . 2015: El Ateno .
- Solis, G. (2016). *Manual de procedimientos de atención de enfermería en el parto, cesárea y puerperio*. México: Centro de Excelencia Medica en Altura (CEMA).

Vargas, J., & Tijerino, E. (2015). *Factores asociados al parto pretérmino en pacientes ingresadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes en el periodo de julio a diciembre 2013*. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

ANEXOS

Anexo 1. Formato ficha de observación



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO ESCUELA DE ENFERMERÍA

Objetivo: Determinar el nivel de cumplimiento del rol de las enfermeras en los partos no litotómicos.

Sexo			
Masculino	<input type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>

Edad	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Estado civil			
Solteros/as	<input type="checkbox"/>	Casados/as	<input type="checkbox"/>
Unión libre	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>

Nivel instrucción			
Tercer nivel	<input type="checkbox"/>	Cuarto nivel	<input type="checkbox"/>

Años de experiencia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Conoce el rol que debe de cumplir en los partos no litotómicos			
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Ha recibido capacitaciones sobre las actividades que debe desempeñar de acuerdo a cada etapa del parto			
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

N°	Actividades	Observación n 1			Observación n 2			Observación n 3		
		Si	No	A veces	Si	No	A Veces	Si	No	A veces
Primera etapa de la labor de parto: Dilatación y borramiento										
1	Recibe con calidez a la mujer gestante y acompañantes									
2	Controla: signos vitales, peso y talla									
3	Explica de forma clara el proceso al cual se va a someter									
4	Prepara para el examen obstétrico: hacer orinar, bañarse, cambiar la ropa, rasurar región púbica o perinatal, ayuda a colocar a la paciente en la mesa ginecológica									
5	Respetar prácticas y costumbres de la paciente de acuerdo a la comunidad a la que pertenece									
6	Brinda tranquilidad y apoyo emocional continuo									
7	Colabora con el médico durante el examen									
8	Recauda y actualiza la información sobre la paciente en el caso de no tener historia clínica									
9	Enseña la forma de respirar y dirigirla durante la contracción									
10	Enseña a pujar									
11	Explica sobre las diferentes posiciones que puede tomar a la hora del parto									
12	Alista y rotula la ropa para el bebé									
Segunda etapa de la labor de parto normal: Expulsivo										
13	Prepara: Equipo de ropa, instrumental y otros									
14	Recibe y traslada a la paciente y su acompañante a la sala de parto									
15	Abre los paquetes de ropa e instrumentos									
16	Pasa los materiales al médico solicitante									
17	Está atento al estado de la paciente									
18	Observa la hora de nacimiento									

19	Realiza los cuidados inmediatos del recién nacido										
Tercera etapa de la labor de parto: Alumbramiento											
20	Observa la hora de nacimiento										
21	Realiza los cuidados inmediatos del recién nacido										
22	Observa la hora del alumbramiento										
23	Acercas la cubeta para recibir la placenta										
24	Aplica oxitocina o ergometrina según la recomendación del médico										
25	Observa loquios y hemorragias										
26	Controla los signos vitales de la paciente										
27	Verifica adecuada entrada de aire, tono muscular, respiración, frecuencia cardíaca y color de la piel										
28	Ayuda al traslado de la paciente										
29	Enseña a la paciente como realizar masajes uterinos										

Gracias por su colaboración

Anexo 2. Evidencia de observaciones



Observación parto no litotómicos



Observacion en la sala de parto no litotómico



Enfermeras que asisten a los partos no litotómicos

Anexo 3. Reseña histórica de hospital.

Nombre de la Unidad

“HOSPITAL DOCTOR JOSÉ CEVALLOS RUIZ”

Ubicación Geográfica

El Hospital “José Cevallos Ruiz” de Yaguachi, se encuentra dirigido actualmente por el director Dra., MARIA JOSE AUGUSTO este hospital se encuentra ubicado al suburbio de este cantón, km 30 vía a Babahoyo sus límites son:

Norte: La calle José Cevallos

Sur: Cdla. El tamarindo

Este: Avenida Petita Jaramillo

Oeste: Aurora Estrada

Vías de comunicación

Existen diferentes tipos de servicios de transportes urbanos e Intercantoniales e Interprovinciales que transitan cerca del Hospital Básico Dr. José Cevallos Ruiz

Antecedentes históricos

El hospital de Yaguachi fue fundado el 16 de noviembre de 1982 no era asfaltado su acceso era por el kilómetro 30 por la vía a Babahoyo, la estructura del hospital es de hormigón armado, de una sola planta, cuenta con 5 habitaciones para el servicio de hospitalización, con la capacidad de 15 camas y área de emergencia con observación con capacidad de 5 camas más.

Este hospital cuenta con el servicio de consulta externa donde encontramos los siguientes servicios:

Medicina interna:

Es una unidad encargada de brindar atención de clínica médica a través de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación.

Cirugía:

Es una unidad encargada de brindar atención de clínica médica a través de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación dichas acciones las realiza en las áreas de hospitalización, consulta externa, emergencia y centro quirúrgico.

Hospitalización:

Es un conjunto de procesos que agrupa a las especialidades médicas encargadas de dar atención y hospitalización a los usuarios.

Las especialidades básicas son:

- Pediatría
- Gineco obstetricia
- Medicina interna
- Cirugía

Pediatría:

Es la unidad encargada de proporcionar atención clínica y/o quirúrgica al niño desde su nacimiento hasta la adolescencia a través de acciones de fomento de protección, recuperación, y rehabilitación.

Dichas acciones la realizan en el área de hospitalización, consulta externa y emergencia.

Gineco obstetricia:

Esta unidad se encarga de brindar atención clínico quirúrgica a la mujer en condiciones de gestación, parto, post-parto y en situaciones realizadas con el aparato genital, a través de acciones, recuperación y rehabilitación, dichas acciones las realiza en las áreas de hospitalización, consulta externa, emergencia y centro obstétrico.

Emergencia – observación

El perfil del enfermo que debe estar en observación lo constituyen aquellos casos de pacientes con ingreso hospitalario de las áreas cirugía menor, reanimación y consultorios en los que el enfoque diagnóstico es difícil aclarar con la exploración física inicial y las pruebas complementarias de urgencia, y es necesario valorar la evolución y respuesta y tratamiento tras un periodo de tiempo.

Quirófano

Es una unidad hospitalaria que brinda atención global e individualizada de los pacientes por el equipo de salud especializado, para todos los actos que se realizan para mejorar el estado de salud del paciente, además coordina sus actividades con los servicios de Obstetricia, medicina interna, Emergencia, Cirugía con el fin de valorar y clasificar a los pacientes previo al ingreso y egreso de la unidad se está en la obligación de cumplir estrictamente con las disposiciones del manual de normas y procedimientos técnicos de quirófano.

Derechos del paciente

- Recibir atención médica adecuada
- Trato digno y respetuoso
- Recibir información clara y oportuna
- Decidir libremente sobre su atención y consentimiento informado
- Ser tratado con confidencialidad
- Recibir prescripción medica (Augusto, 2018)

Anexo 4. Presupuesto del proyecto de investigación

Presupuesto			
RECURSOS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	TOTAL
Impresiones		\$60,00	\$60,00
Anillados	3	\$3,00	\$9,00
CD		\$2,50	\$2,50
Copias		\$5,00	\$5,00
Internet		\$6,00	\$6,00
Transporte		\$25,00	\$25,00
Esferos	2	\$0,30	\$0,60
Alimentación		\$15,00	\$15,00
Empastado		10,00	\$10,00
TOTAL			\$143,10



Urkund Analysis Result

Analysed Document: parto no litotomico - Alexandra Naranjo.pdf (D64556413)
Submitted: 2/27/2020 10:40:00 PM
Submitted By: alexa4430@hotmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

Handwritten signature:
J. & A.
and
summit
020177445-2.