

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

**COMPETENCIAS DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA  
IDENTIFICACION DE SIGNOS Y SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL  
TRABAJO DE PARTO EN EL MUNICIPIO DE CHISEC ALTA VERAPAZ  
2014**

**EDNA ANGELICA SUC CHOCOOJ**

**Tesis**

**Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Enfermería Materno Neonatal  
para obtener el título de  
Maestra en Enfermería Materno Neonatal  
Septiembre 2014**

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

**COMPETENCIAS DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA  
IDENTIFICACION DE SIGNOS Y SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL TRABAJO  
DE PARTO EN EL MUNICIPIO DE CHISEC ALTA VERAPAZ 2014**

**EDNA ANGELICA SUC CHOCOOJ**

**Tesis**

**Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestria en Enfermeria Materno Neonatal  
para obtener el título de  
Maestra en Enfermería Materno Neonatal  
Septiembre 2014**



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Licenciada: Edna Angélica Súc Chocóoj.

Carné Universitario No.: 200321322

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Artes en Enfermería Materno Neonatal, el trabajo de tesis "**Competencias del Personal Auxiliar de Enfermería en la Identificación de Signos y Señales de Peligro Durante el Trabajo de Parto en el Municipio de Chisec, Alta Verapaz**".

Que fue asesorado: Licda. Nancy Gabriela Agustín .

Y revisado por: Licda. Rutilia Herrera Acajabón Msc.

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

Guatemala, 25 de agosto de 2014



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



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

/mdvs

---

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



Guatemala, 08 de Agosto de 2014

Licenciada:

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

Licenciada Herrera:

Por este medio le informo que asesoré el contenido del informe final de tesis con el título "Competencias del personal auxiliar de enfermería en la identificación de signos y señales de peligro durante el trabajo de parto en el municipio de Shisec, Alta Verapaz" de Edna Angélica Súc Chocoó, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente;

*Nancy Agustín*  
LICENCIADA EN ENFERMERIA  
COLEGIADO No.  
EL-236

*Nancy Agustín*  
LICENCIADA EN ENFERMERIA  
COLEGIADO No.  
EL-236

*Nancy Agustín*  
Licenciada Nancy Gabriela Agustín MA.  
Asesor de Tesis

Escuela Nacional de Auxiliares de Enfermería



**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Universidad de San Carlos de Guatemala**

Guatemala, 08 de Agosto de 2014

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

Doctor Ruíz:

De manera atenta me dirijo a usted que revise el contenido del informe final de tesis con el título "Competencias del personal auxiliar de enfermería en la identificación de signos y señales de peligro durante el trabajo de parto en el municipio de Shisec, Alta Verapaz" de Edna Angélica Súc Chocooj, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente,

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



## NOTA DE AGRADECIMIENTO Y RECONOCIMIENTO.

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Por todas sus bendiciones

A ESCUELA NACIONAL EDUCACION PRIMARIA SAN CRISTOBAL A.V. Pilar donde se iniciaron mis primeras letras.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS GUATEMALA Y ESCUELA DE ENFERMERIA DE COBAN: Centros para mi formación académica

A LA INSTITUCION: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Jefatura de Área de Salud de Alta Verapaz, Distrito de Salud de Chisec A.V, Fundación del Desarrollo de la Mujer Indígena FUNDEMI TALITA KUMI, Distritos de Salud que contribuyeron a consolidar experiencia, conocimiento y mi desarrollo profesional.

A MI REVISORA TESIS: Magister Rutilia Herrera. Acajabon Dios la bendiga por trasmitirme sus conocimientos.

A MI MADRE: Lidia Margarita Chocooj de Suc y a mi Padre Sebastián Suc López que Dios tenga en su Gloria.

A MIS HERMANAS Y HERMANOS: Con respeto y lealtad.

A MIS SOBRINOS Y SOBRINAS: Con cariño y aprecio.

A MIS COMPAÑERAS/OS DE TRABAJO con respeto y admiración.

A USTED : Con mucho respeto que me acompaña en este día especial.

## INDICE

RESUMEN	
I.INTRODUCCION	1
II.ANTECEDENTES	3
1. La Magnitud	7
2. Trascendencia:	8
3. Vulnerabilidad	8
4. Factibilidad:	8
5. MADELEINE LEININGER	9
6. Auxiliar de enfermería:	9
6.1 Enfermera ambulatoria:	10
7. Jurisdicción:	10
7.1 Centro de convergencia fortalecido	10
7.2 Centro de convergencia comunitario	10
7.3 Centro de atención Permanente- CAP.	10
7.4 Centros de Atención Integral Materno Infantil CAIMI	11
8. Competencias técnicas del personal auxiliar de Enfermería.	11
9. EMBARAZO	12
9.1 ABORTO	12
9.2 HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO	13
9.3 CRITERIOS DIAGNOSTICOS HIPERTENSION	13
9.4 PARTO	13
9.4 ATENCION CALIFICADA DEL PARTO:	14
9.5 PARTO NORMAL O EUTOCICO DE BAJO RIESGO	15
9.6 ASISTENCIA TRABAJO DE PARTO DURANTE EL INGRESO:	16
9.7 Asistencia durante el periodo de dilatación Primer periodo del parto:	18
9.8 Partograma con curva de alerta	18
9.9 MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO EN GENERAL.	19
9.10 Entrada en el conducto de parto	20
9.11 Diagnóstico de la presentación de vértice:	21
9.12 Descenso y encajamiento	22
9.13 Desprendimiento	22
9.14 Practica de atención del parto limpio y seguro (con personal calificado)	23

9.15 Los periodos del Trabajo de parto	23
9.16 Distocias por anomalías en la posición fetal	24
10.TERCER PERIODO DEL PARTO	24
10.1. HEMORRAGIA OBSTETRICA:	25
10.1 HEMORRAGIA OBSTETRICA MASIVA.	25
10.2 FACTORES DE RIESGO/CAUSAS DE HEMORRAGIAS.	26
10.3 COMPLICACIONES DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA.	27
10.4 SINDROME HELLP:	29

## INDICE DE CONTENIDOS

III. OBJETIVOS.	31
1.Objetivo General.	31
IV. MATERIAL Y METODOS	32
4.1 Tipo de estudio:	32
4.2 Poblacion	32
4.3 Selección y tamaño de la muestra:	32
4.4 Unidad de análisis:	32
4.5 Criterios de inclusión y exclusión	33
4.6 Variables estudiadas	33
4.7 Operacionalizacion de Variables:	33
4.8 Instrumento utilizado para la recolección de informacion	33
4.9 Procedimiento para la recolección de informacion:	33
4.10 Procedimiento para garantizar aspetos éticos de la investigación	34
4.11 Procedimientos de análisis de informacion:	35
4.12 Analisis estadístico:	35
4.13. Recursos Humanos, Materiales y finacieros.	49

## INDICE DE CUADROS

### V. RESULTADOS 50

No.	Nombre del cuadro	PÁGINA
1.	Edad	50
2.	¿Cuánto tiempo tiene de laborar como Auxiliar de Enfermería?	50
3.	¿Qué grado de escolaridad llego a cursar?	50
4.	¿Es la unión del ovulo y espermatozoide inicia la concepción, la madre presenta una serie de cambios fisiológicos, el periodo de gestación dura 40 a 42 semanas?	.51
5.	Son cuidados y acciones que recibe la mujer durante el embarazo identificando temporalmente las complicaciones, los signos de peligro a través del auto cuidado y la participación de la familia, para lograr un parto en mejores condiciones	51
6.	¿Comprende una serie de procesos mediante los cuales la madre expulsa el producto de la concepción se llama?	51
7.	En la adecuación de la posición para atención del parto es un derecho e importante que elija la madre, debe de enfatizar la identificación de signos de peligro para prevención de complicaciones en la atención	52
8.	Al proceso de dilatación con 4 cms. y estiramiento de cuello uterino inicia con la primera contracción uterina del verdadero trabajo de parto finaliza al completar 10 centímetros de dilatación	52
9.	¿Qué nombre recibe el instrumento para representación gráfica del trabajo de parto y sirve para la toma de decisiones?	52
10.	¿El trabajo de parto es un proceso dinámico, cuya normalidad puede ser alterada en cualquier momento es importante identificar signos de peligro cómo?	52
11.	¿Signos de alarma maternos y fetales que debe identificar en el trabajo de parto?..	53
12.	¿Cuáles son las maniobras de Leopold que permite identificar signos de alarma en el trabajo de parto inicial?	53
13.	¿Puede ser podálica, Cefálica y transversa es importante evaluar en el primer periodo de trabajo de parto?	53

14. ¿Al signo de alarma que se caracteriza por salida de sangre roja rutilante vaginal, anillo Bandi en contracción se visualiza en el abdomen, dolor a la palpación en el trabajo de parto?	53
15. ¿Es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo, después de la 38 semana y/o en trabajo de parto, tiene relación con afecciones neurológicas?.....	54
16. ¿Comienza con la dilatación completa y termina con el nacimiento del Neonato en qué periodo se ubica ?	54
17. ¿Es el conjunto de intervenciones dentro del primer minuto posterior al nacimiento para prevenir hemorragias es importante?	54
18. ¿Es la perdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el embarazo, parto, o en el puerperio, proveniente de genitales internos o externos?	54
19. ¿Factores de riesgo en trabajo de parto precipitado y/o prolongado, retención de restos placentarios, gran múltipara puede presentarse complicaciones?	55
20. ¿Complicaciones en la tracción violenta del cordón al no hacer la contra tracción puede presentarse?	55
21. ¿Qué complicaciones se presenta en la ruptura prematura de membranas por la cantidad excesiva de líquido amniótico en el trabajo de parto?	55
22. ¿Signos de peligro cuando se presenta en contracciones regulares y dilatación del cuello uterino acontece cuando el embarazo tiene entre 22 y 36 semana de gestacion ?	55
23. ¿Qué acciones de enfermería realizaría en el Centro de convergencia al identificar signos y señales de peligro en situaciones de emergencia obstétrica describa ?.	56
24. ¿Escriba el nombre de guía, norma y manual para la atención materna neonatal?	56
VI. DISCUSION Y ANALISIS	57
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	62
RESULTADO DE INTERVENCIONES	63
VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	64
VIII. ANEXOS	67

## RESUMEN

Se realizó la presente investigación titulada COMPETENCIAS DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA IDENTIFICACION DE SIGNOS Y SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN EL MUNICIPIO DE CHISEC ALTA VERAPAZ 2014. la investigación fue descriptiva, cuantitativa de corte transversal el objetivo fue describir las competencias del personal Auxiliar de Enfermería, el 72% la fuerza laboral es joven, el 75% de 1 a 3 años es trabajador sin experiencia se evidencia la necesidad de actualizar y fortalecer los conocimientos en atención materno neonatal la motivación constituye un poderoso valor para lograr importantes resultados en satisfacer necesidades de salud de las personas que demandan atención en la red de los servicios de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención, 43% sabe que la Hemorragia obstétrica masiva son factores de riesgo en el trabajo de parto, la retención de restos placentarios, la ruptura uterina en gran múltipara son complicaciones que ponen en riesgo la vida de la madre y el feto, prevalece la deficiencia en utilizar como herramienta de trabajo las: Normas de Atención, Guías y Protocolo para Atención Materna Neonatal.

Palabras claves: Competencias, Auxiliar de Enfermería, Signos y Señales de Peligro, Trabajo de Parto, Complicaciones, Factores de Riesgo.

## BSTRACT

This research entitled AUXILIARY STAFF COMPETENCE IN NURSING AND IDENTIFICATION SIGNS WARNING SIGNS DURING LABOR IN THE MUNICIPALITY OF HIGH VERAPAZ CHISEC 2014 research was descriptive, quantitative cross sectional study aimed to describe the skills Auxiliary nursing staff, 72% of the workforce is young, 75% for 1 to 3 years experience is working without the need to update and strengthen knowledge in maternal and neonatal care is a powerful motivation to achieve significant value evidenced results in meeting the health needs of people requiring care in the network of health services of the first, second and third levels of care, 43% know that massive obstetric hemorrhage are risk factors in labor, retention placental remnants, large uterine rupture are complications multiparous threatening the life of the mother and fetus, the prevailing deficiency in use as a working tool in: Standards of Care, Guidelines and Protocol for maternal Neonatal Care.

Keywords: Contests, Nursing Assistant, Signs and Danger Signs, Labor, Complications, Risk Factors.

## I. INTRODUCCION

El Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, esta impulsando a través de las Jefatura de Area de Salud el Fortalecimiento de las Competencias técnicas del personal Medico, enfermeras profesionales, Auxiliar de Enfermería esta disciplina tiene la responsabilidad de la atención Materno Neonatal en la red de los servicios de salud específicamente en extensión de cobertura, es compromiso del Area de Salud de Alta Verapaz disminuir la morbi mortalidad Materna en los Municipios de riesgo en este caso el Municipio de Chisec la prevalencia de la morbi-mortalidad materna sigue siendo un factor de riesgo en la salud de la mujer en edad reproductiva.

Es importante fortalecer en el personal auxiliar de enfermería los conocimientos en normativas, protocolos, procedimientos de atención materno neonatal, para fortalecer la aplicación de habilidades y destrezas para la atención de necesidades urgentes en Materno Neonatal priorizando la identificación de signos y señales de peligro durante el desempeño de sus actividades en situaciones de proceso de trabajo de parto cuando las familias de las comunidades lo soliciten, es importante garantizar una prestación de servicios básicos con eficacia, eficiencia con calidez, calidad y que el personal Auxiliar de Enfermería ubicado en los Centros de Convergencias estén fortalecidos en las competencias técnicas para resolver y tomar decisiones oportunas en la referencia al segundo nivel para la resolución de emergencias obstétricas.

La justificación del estudio y objetivos planteados hace énfasis en fortalecer las competencias técnicas para la toma de decisiones en realizar una referencia oportuna en el proceso de la atención del parto a nivel de Jurisdicción en domicilio, centro de convergencia y comunidades del Municipio de Chisec A.V.

Se realiza revisión bibliográfica en temas relacionados en la identificación de signos y señales de peligro, en la atención Materno neonatal y emergencias obstétricas.

La investigación fue descriptiva cuantitativa de corte transversal su objetivo es describir, las competencias del personal Auxiliar de Enfermería en la identificación de signos y señales de peligro en proceso de atención en trabajo de parto en situaciones de emergencias obstétricas. La Investigación fue realizada en el mes de marzo y abril del 2014, los resultados se analizaron de forma sistemática por medio de procedimientos estadísticos, la población objeto fue de 28 auxiliares de enfermería que laboran en las jurisdicciones de Chisec Central, Sesuchaj, Carolina, Sehix, cada una se ubica en comunidades donde se encuentra los Centros de convergencias Fortalecidos del Municipio de Chisec Alta Verapaz.

Para realizar la investigación fue diseñado un cuestionario con 24 ítems planteándose preguntas abiertas y cerradas para recolectar la información .

## II. ANTECEDENTES

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el programa de salud reproductiva a través de la Unidad de Desarrollo de los servicios de Enfermería entendiendo su papel de rectoría de la profesión, se preocupa por mejorar la calidad de atención en el personal de enfermería que brinda atención en los tres niveles de atención, oportunidad que pone al alcance del gremio las competencias de enfermería, consensuado y en coordinación del Ministerio de Salud. A pesar de los compromisos de Estado adquiridos en la firma de los acuerdos de paz, la Reforma del Sector Salud en Guatemala tiene como propósito político la transformación integral del Modelo de atención en Salud enfocado a que la salud es una producción social en donde es necesario mejorar la equidad, eficacia y la calidad en la prestación de los servicios básicos de salud para lograr la respuesta social organizada para que las intervenciones sectoriales y comunidad identifique las causas de morbi-mortalidad y se involucren en la reparación del daño de la salud integral con énfasis al grupo de riesgo materno-neonatal. La salud materna neonatal sigue siendo un riesgo en mujeres de morir durante el embarazo, parto y puerperio, prevaleciendo el problema a nivel nacional la morbi-mortalidad materna.

El Departamento de Alta Verapaz por sus características geográficas y condiciones socioculturales los cambios sustanciales en los indicadores en morbi mortalidad materna en los últimos 10 años relacionados con la Salud materna neonatal han sido mínimo lo que se ha logrado, los compromisos del milenio son muy comprometedores para el 2015 para el cumplimiento en relación a los compromisos de Estado y de gestión de gobierno, es necesario realizar muchos esfuerzos para su cumplimiento. Las prioridades en atención primaria de salud de la declaración de Alma Ata, sin embargo muchos de los intentos no ha sido sostenible desde 1998 donde se operativiza esta política de salud a través de modelo de Salud en la implementación del programa de Extensión de Cobertura ofertándose una canasta básica para la prestación de los servicios básicos de salud en el primer nivel de atención con la estrategia de AIEPI-AIMC con énfasis en la identificación de signos y señales de peligro en la atención materna neonatal, estableciéndose la contratación de Organizaciones no Gubernamentales firmando convenios para la Prestación de Servicios Básicos de Salud con el objetivo de disminuir la inequidad, poner los servicios básicos de salud en las

comunidades postergadas prevaleciendo la necesidad y falta de recurso humano en enfermería.

Desde el año 2006 con el apoyo de la cooperación externa se inicia con el proceso de formación de Auxiliares de Enfermería Materno Neonatal con apoyo de Calidad en Salud USAID por medio de la unidad de educación continua del Ministerio de Salud se continua realizando la formación del recurso humano Auxiliares de Enfermería y las escuelas de enfermería formadoras autorizadas por el Ministerio de Salud Publica, los esfuerzos en la formación de auxiliares de enfermería no llenan la demanda de atención de la población por el crecimiento continuo de este.

El Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social desarrolla procesos de capacitación para actualizar conocimientos en Normas, Guías y protocolos en atención Materna Neonatal al personal institucional en el programa de extensión de cobertura prevalece la alta rotación de personal Auxiliar de Enfermería prevaleciendo la inestabilidad laboral.

En el municipio de Chisec Alta Verapaz se desarrollan acciones de prestación de servicios básicos de salud a través del Programa de Extensión de Cobertura desde 1998, se firman convenios anualmente con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el desarrollo de acciones de atención primaria en Salud Materno Neonatal con el modelo de extensión de cobertura su estructura en la prestación de servicios cuentan con Equipos Básicos comunitario e Institucional, cada uno con funciones específicas en el desarrollo de sus acciones y actividades en las Jurisdicciones. El modelo de salud del programa de extensión de cobertura da respuesta no ha sido la esperada ya es obsoleta, es necesario el diseño o planteamiento de un nuevo modelo de salud y las políticas de Salud deben ser rediseñadas para el cumplimiento de los objetivos y compromisos de gestión de gobiernos, prevaleciendo el factor socioeconómico la pobreza, y pobreza extrema, multicultural, acceso geográfico, la morbilidad materna en el Municipio de Chisec sigue poniendo en riesgo la salud reproductiva de la mujer prevaleciendo la alta razón de muerte materna año 2013.

Los esfuerzos realizados para disminuir la morbi-mortalidad materna el Municipio de Chisec A.V. no se refleja en los resultados en los indicadores de producción y de impacto en el año 2013 se presentaron 10 casos de muerte materna el 75% la causa fue por hemorragias obstétrica, y el 15% Eclampsia, 10% sepsis puerperal, anemia, la razón de mortalidad materna es 538.79 X 100,000 NV., los resultados esperados no han mejorado prevalece las causas de muertes maternas: Hemorragias Obstétricas, pre-eclampsia y Eclampsia, sepsis pos-parto, anemia todas las causas son prevenibles. <sup>1</sup>

En enero del 2013 se implemento el Modelo de Gestión se prioriza centros de convergencias fortalecidos para la contratación de Auxiliares de Enfermería permaneciendo 8 horas en los centros de convergencia fortalecidos, supervisadas por Enfermeras Ambulatorias, el personal auxiliar de enfermería es recién egresado de las escuelas formadoras, prevaleciendo la deficiencia en competencias técnicas en la atención materno neonatal, existiendo la necesidad del fortalecimiento de conocimientos para mejorar las competencias técnicas en la atención e identificación de signos y señales de peligro durante el trabajo de parto y la atención de urgencias Obstétricas para la referencia oportuna, el Auxiliar de Enfermería permanece en los centros de convergencias ubicadas en comunidades viven en ella, prestan servicios básicos de salud captan embarazadas, atienden y refieren emergencias obstétricas para realizar la referencia oportuna al Centro de Atención Permanente (CAP), prevalece la necesidad de desarrollar procesos de capacitación con el objetivo de fortalecer conocimientos para mejorar la calidad de atención a la madre y neonato por el contacto que tienen con las familias en la comunidad.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social rector de salud, a través de la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud, es responsable de la conducción procesos de organización y desarrollo de la red de los servicios de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención.

---

<sup>1</sup> Unidad de Estadística Área de Salud de Alta Verapaz, Memoria de Labores año 2013.

El Director Municipal de Distrito conduce el programa de extensión de cobertura en la jurisdicción, desde la selección técnica de comunidades, seguimiento, supervisión, monitoreo y evaluación de la prestación de los servicios básicos de salud y coordina actividades con la prestadora de servicios básicos de salud.

En 1,997 se inicia a través de la reforma sectorial de salud se implementa el programa de extensión de cobertura en el área de Salud de A.V., derivado de la problemática de alta tasa y razón de morbimortalidad materno.-neonatal se plantea el modelo de atención en salud del primer nivel el programa de extensión de cobertura para ampliar los servicios básicos de salud a las comunidades postergadas con difícil acceso del área de salud de Alta Verapaz, con el objetivo de fortalecer las acciones de atención primaria en salud con énfasis en la prevención y control de problemas prioritarios al grupos vulnerables de riesgo enfatizando la población riesgo reproductivo.

El proceso de pre-y selección de la Organizaciones no Gubernamentales Prestadora de Servicios Básicos de Salud en los Municipios se realiza bajo fundamentos legales normados por el Ministerio de Salud para la ejecución y firma de convenios.

Desde el 2004 hasta la fecha se ha fortalecido la implementación de procesos que respondan al desarrollo y los avances en extensión de cobertura en la prestación de los servicios básicos de salud en el componente de seguimiento y evaluación de los servicios Basicos de Salud conveniados con ONGs , para mejorar la calidad de atención la contratación de personal calificado con habilidades y destrezas en atención materna neonal.

En 1998 Firman convenios Organisations No Gubernamentales para la prestación de servicios básicos de salud, en el Municipio de Chisec Alta Verapaz, a pesar de los esfuerzos realizados prevalece la morbi-mortalidad materna en el municipio por las características de acceso geográfico, sociocultural el riesgo de enfermedad y muerte materna se presenta en las cuatro jurisdicciones el reto es impredecible para mejorar la salud materna neonatal haciendo necesario el cumplimiento de las estrategias y compromisos de estado, el objetivo fundamental es fortalecer las competencias técnicas del personal Auxiliar de Enfermería en la identificación de signos y señales de peligro durante el trabajo de parto en jurisdicciones de FUNDEMI TALITA KUMI del Municipio del Chisec Alta Verapaz, pues las urgencias obstétricas se presenta en la comunidad y en la vivienda de las usuarias.

Las prioridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por los compromisos adquiridos en el Plan de acción Mundial de Población y Desarrollo así como en la cumbre del Milenio de las Naciones Unidas en el cuarto y quinto objetivo se refiere a reducir la Mortalidad Infantil y Mejorar la salud Materna se idéntica la necesidad en fortalecer las competencias del personal técnico en la temática de urgencia obstétricas y neonatales reconociendo a toda embarazada está en riesgo, permitiendo la identificación de signos y señales de peligro oportunamente las complicaciones en el embarazo y en el proceso de atención de parto la identificación de signos y señales de peligro para brindar un tratamiento eficaz para disminuir la morbi-mortalidad materna, garantizar el acceso a todas la mujeres a los servicios de salud la atención con calidad y calidez con pertinencia cultural tomando la diversidad étnica, ubicación geográfica para la resolución del embarazo, atención del parto y posparto que sea limpio y seguro, es necesario actualizar los conocimientos del recurso humano en el cumplimiento de las practicas de medicina basada en evidencias en temas de atención materna y neonatal en los niveles de atención, fortalecer el sistema de referencia y contra referencia.<sup>2</sup>

En enero del 2013 se implementa el nuevo modelo de gestión ubicando en Centros de convergencias priorizados contratando auxiliares de enfermería para la atención Materna-neonatal prevaleciendo la deficiencia de un programa de educación permanente para la actualización de conocimientos en el personal técnico existe la necesidad de fortalecer las competencias técnicas en temas de urgencias obstétricas en la atención prenatal- parto-postparto para la disminución de la morbi-mortalidad materna neonatal.

1. La Magnitud: del problema de la salud Materna Neonatal sigue siendo Chisec un municipio de riesgo el año 2014 la población total es 71,436 con 2,500 de embarazos esperados para el municipio, en el programa de extensión de cobertura a través de prestadoras de Servicios Básicos de Salud cubre una población de 47,133 que es el 66% de la población total del Municipio de Chisec se espera 1,650 embarazos distribuidos en 4 jurisdicciones conveniados atendidos por el personal auxiliar de enfermería en los Centros de Convergencias. En el año 2013 se presentaron 10 muertes maternas el 90% se presentaron en las 4 Jurisdicciones de la ONG FUNDEMI

---

<sup>2</sup> Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social Departamento de Regulacion de los Materna y Neonatal, Calificada con Enfoque de Genero y con Pertinencia Cultural, en los servicios Institucionas con atención de parto 2011 2º Edicion Pag. 1 al 7

TALITA KUMI y el 10% en el área de influencia del municipio de Chisec, las causas: anemia, Puerperio inmediato complicado, pre-eclampsia severa, choque hipovolémico, choque séptico, retención placentaria, atonía uterina, Shock Hipovolémico, Síndrome de Help, dos muertes se presentaron a nivel de domicilio, la consulta prenatal fue en centros de convergencias todas las muertes fueron prevenibles.

2. Trascendencia: es evidente la necesidad de fortalecer competencias del personal auxiliar de enfermería ubicada en los centros de convergencia del primer nivel de atención, para contar con un desempeño eficaz en los puestos de trabajo, mejorar la actuación personal individual buscando la eficacia y la eficiencia operativa para éxito, contacto interpersonal con usuarias/os que demandan atención en Salud reproductiva, enfatizando la atención en prevención del riesgo obstétrico identificando oportunamente los signos y señales de peligro que se presenten durante el embarazo, parto el primer periodo, segundo periodo y tercer periodo en la atención del parto. Garantizando una atención de calidad y realizar las referencias con acciones que garanticen salvar la vida de la madre y neonato.

3. Vulnerabilidad El programa de extensión de cobertura a través de prestadoras de Servicios Básicos de Salud trabaja con personal Auxiliar de enfermería quien tiene una formación de 10 meses, presentando limitaciones en sus capacidades en competencias técnicas para brindar una atención que garantice la prevención y/o accionar en una situación de emergencia obstétrica.

4. Factibilidad: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuenta con personal calificado para el desarrollo del recurso humano en salud ejecutando talleres, diplomados en normas, guías y protocolos de atención materno neonatal para fortalecer las competencias técnica garantizando la atención calificada en los servicios de salud sexual, reproductiva, adolescentes, embarazo, parto, puerperio y neonato, existe personal Auxiliar de Enfermería que presta servicios básicos en el primer nivel en extensión de cobertura existe la necesidad para fortalecer conocimientos en atención materna neonatalen realizando acciones de atención primaria en salud informando, educando y comunicando en la promoción de la atención del parto

institucional el segundo y tercer nivel de atención para aumentar la cobertura en la red de los servicios de Salud<sup>3</sup>

5. MADELEINE LEININGER en el modelo del sol naciente describe a los humanos como personas no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social de su concepción del mundo, se baso en la disciplina de la antropología y de la enfermería la atención transcultural como una área principal de enfermería en los resultados de su estudio comparativo y el análisis de diferentes culturas y subculturas de la salud, enfermedad, el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados de enfermería específico para la cultura y una práctica de cuidados de enfermería universal de la cultura. La enfermería transcultural va mas allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados de enfermería cultural para practica de cuidados culturalmente congruente y responsable de basarse en la cultura y realizar cuidados específicos dirigidos al individuo, familia y grupos e instituciones, afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas en la práctica de enfermería, se refiere a la enfermería está formada en brindar cuidados transculturales y que tiene como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural<sup>4</sup>

#### 6. Auxiliar de enfermería:

Personal de salud pública y privada autorizado para prestar asistencia preventiva, curativa, rehabilitación que exige competencia técnica y aptitud para el trato humanizado, respeta culturas, convicciones religiosas y la apreciación de las necesidades, Bio-psicológicas, sociales, realiza técnicas y procedimientos de enfermería para el cuidado médico delegado, registra información, labora bajo las ordenes y supervisión de enfermero/a Profesional, fundamentándose con protocolos, normas y guías de atención, este personal es formado en un periodo de diez meses,

---

<sup>3</sup> Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social Plan de acción para la Reduccion de la Mortalidad Materna Neonatal y Mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010-2015" Cero tolerancia a la muerte matena y Neonatal" pag.8 al 11

<sup>4</sup> Madeleine Leininger Modelos y Teoría en Enfermería, Editorial HARCOUT BRACE Cuarta Edición 1999 Pag. 439-450

con fundamentación teórico y práctico por escuelas de enfermería autorizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.<sup>5</sup>

6.1 Enfermera ambulatoria: es un profesional técnica/o de enfermería y/o Licenciada en enfermería, dentro de sus funciones específicas realiza acciones de promoción, prevención y acciones fundamentales de atención primaria en salud con énfasis a la atención materno neonatal.

#### 7. Jurisdicción:

Es una área geográfica delimitada perimetral de un Municipio con una población finida por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por 10,000 habitantes, que comprende de 15 y más comunidades, su estructura organizacional está constituida por la organización comunitaria, Equipo Básico de Salud a nivel comunitario voluntario constituido por Vigilantes de Salud, Facilitador Comunitario Comadronas Tradicionales, desarrollan acciones de promoción.

Personal institucional contratado: Enfermera Ambulatoria, Facilitador Institucional, Educador en Salud Coordinador Técnico.

#### 7.1 Centro de convergencia fortalecido.

Es una infraestructura con ambientes mínimos para la prestación de los servicios básicos de salud está ubicado estratégicamente para que converjan comunidades, cubre una población de 1500 y más, actualmente es atendida por un Auxiliar de Enfermería de lunes a viernes de 8 a 16 horas y vive en la comunidad.

7.2 Centro de convergencia comunitario: es visitada una vez mensualmente por la Enfermera Ambulatoria cubre una población de 1000 personas.

#### 7.3 Centro de atención Permanente- CAP.

Establecimiento para atención médica permanente las veinticuatro horas del día, cuenta con servicios de consulta externa atención, emergencias, y Hospitalización, estabilización y referencia de urgencias obstétricas al tercer nivel, se ubican en cabeceras del municipios cubre toda el área geográfica con una población mayor de veinte mil habitantes, Desarrollan actividades dirigidas a la persona, familia y la

---

<sup>5</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Sistema Integral de Atención en Salud SIAS, Unidad de Desarrollo de Enfermería "UDSE" Normativa de Enfermería Comunitaria Nivel I y II, 2007, pag- 7 y 8.

comunidad, prestando servicios de promoción, prevención, vigilancia epidemiológica, recuperación y rehabilitación de la salud, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad, de acuerdo a lo establecido en Guías, Protocolos y normas de atención. Estos servicios, están habilitados para la resolución de parto eutócico, por lo que cuenta con salas de atención del parto.

7.4 Centros de Atención Integral Materno Infantil CAIMI, con el fin de hacer eficaz lo establecido en artículo 12 de la ley para la maternidad Saludable, se definen los centros de atención integral materno infantil, como establecimientos de salud para la atención integral materno infantil, el cual contara con servicios de consulta externa, atención, estabilización y referencia de urgencias cuando sobrepase su capacidad resolutive, los cuales estarán ubicados en áreas geográficas seleccionadas principalmente en áreas urbanas de alta concentración poblacional (cabeceras municipales), donde no se cuenta con un servicio de salud similar, áreas que constituyen un lugar de convergencia de otros establecimientos de salud para referencia de pacientes, interconsultas o comunidades rurales de difícil acceso. Estos centros prestan atención en el segundo nivel de atención de la Red de Servicios Públicos de Salud, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Estos centros desarrollan actividades de atención ambulatoria extramuros, brindando además servicios de Promoción, prevención y recuperación de la salud. Están habilitados para atención materna e infantil, para resolución de parto eutócico, resolución quirúrgica de parto, los cuales cuentan con encamamiento necesario, de acuerdo a la población y salas de atención de parto, por lo deberán de funcionar las veinticuatro horas del día.<sup>6</sup>

#### 8. Competencias técnicas del personal auxiliar de Enfermería.

Formación técnico en la práctica de enfermería, con valores éticos y morales, capacidad crítica, creativa e investigativa, evidenciando, poseer habilidades y destrezas para un desempeño y práctica basada en principios de equidad, brindando una atención de calidad, calidez y eficiente, con conocimientos científico, principios ético-legales, dirigido a mantener la continuidad de cuidado individual y colectivo. Desarrollando el

---

<sup>6</sup> DIARIO de CENTRO AMERICA, Guatemala VIERNES 20 de Abril 2012, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. REGLAMENTO DE LA LEY PARA MATERNIDAD SALUDABLE, ACUERDO GUBERNATIVO No. 65-2012 (Guatemala, 29 de marzo de 2012)  
**Artículo 16.** Institucionalización de los Centros de atención permanente

bienestar para mantener la salud del individuo, mejorar la calidad de vida y/o fuera una situación hasta la muerte.<sup>7</sup>

9. EMBARAZO: parte de la reproducción humana es cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del ovulo, fusionándose los núcleos y compartiendo ambos su dotación genética para dar lugar a una célula nueva o cigoto y se inicia en el momento de la anidación y/o se adhiere el blastocito a la pared del útero de 5 a 6 días después de la fecundación del ovulo y espermatozoide, el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma, el proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de anidación, comenzando el desarrollo del embarazo esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación tiene una duración de 38, 40 semanas de gestación (9 meses aproximadamente) signos y síntomas amenorrea interrupción súbita de la menstruación espontánea cíclica, cambios mamarios, náuseas vómitos, trastornos de la micción, fatiga, percepción de movimientos fetales, aumento de peso.<sup>8</sup>

9.1 ABORTO: Terminación del embarazo antes de la viabilidad del feto en términos cronológicos, antes de que el embarazo cumpla 20 semanas, en términos antropométricos fetales antes de que el producto alcance 500 gramos de peso o que su longitud creneo caudal llegue a los 18 centímetros. Aborto en curso; formas clínicas sangrado vaginal escaso en pacientes con embarazo demostrado, acompañado de dolor tipo cólico, hemorragia vaginal y orificio cervical cerrado. Aborto en curso: Dilatación cervical, hemorragia vaginal y se toca el producto de la gestación en el conducto vaginal. Aborto incompleto: El producto de la gestación ha sido expulsado parcialmente, orificios cervicales dilatados. Útero se manifiesta blando y grande, hemorragia persistente. Aborto completo: El producto de la gestación se ha expulsado en su totalidad. El útero disminuye de tamaño, se retrae y cierran los orificios cervicales, disminuye o desaparece la hemorragia uterina y el dolor hipogástrico. Aborto séptico :

---

<sup>7</sup> COMITE DE ABORDAJE METODOLOGICO EN COMPETENCIAS TECNICAS DE ENFERMERIA, COMPETENCIAS TECNICAS LABORALES PERSONAL DE ENFERMERIA GUATEMALA C.A. 2007, MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.

<sup>8</sup> Ginecología y Obstetricia, MARK MORGAN SAM SIDDIGHI, Primera edición en español 2006 McGRAW\_HILL/INTERAMERICANA EDITORES S.ADE C.V., capítulo 2 y 3 pag. 19 , 20,21.

Aborto complicado por infección, caracterizado por malestar general, fiebre, secreción vaginal con mal olor, secreción purulenta del cuello uterino.<sup>9</sup>

9.2 HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO: Incremento de la presión arterial (P/A), acompañada o no de proteinuria y/o edema (última no aplicable a la generalida) ocurre después de la semana 20 de gestación, a) aumento de la presión sistólica en 30 milímetros de mercurio (mmHg) o mayor, b) Presion Arteria (PAM) mayor a 105 mmhg o incremento de 20 mmHg en dos determinaciones de P/A, PAM= sistólica- diastólica/3 mas diastólica. Clasificación: Preeclapsia: Hipertensión arteria con o sin proteinuria después de las 20ª semana. Preeclapsia leve: Presión diastólica de 110 mm Hg en dos tomas con intervalo de cuatro horas. Preeclapsia severa : presión diastólica de 110 mm Hg en dos tomas con intervalo de cuatro horas o una sola toma de 120 mm Hg. Eclapsia : Preeclampsia con convulsiones y/o Coma.

9.3 CRITERIOS DIAGNOSTICOS HIPERTENSION: “ES EL SINE CUA NON DE LA PREECLAMPسيا” : Uno o mas de los siguientes criterios (observados en dos o mas ocasiones en un intervalo de 6 horas), Sistolicã 140 mm Hg, Diastolica > 90 mm Hg., Presion arterial media (PAM) >105 mm Hg, (PAM= Sistolica -diastolica)/3mas diastólica. Proteinuria (puede o no haberla): Si se emplea orina al azar, requiere tener análisis de dos muestras con un itervalo de 6 horas, 300 mgs/Lt. En orina de 24 horas, 2 cruces + ó 1 gr/Lt en orina al azar. Si no cuenta con posibilidad de examen de orina, hacer tira de ofina. EMBARAZO A TERMINO: ingreso a labor y partos, nada por via oral, hasta nueva orden(NPO HNO), reposo absoluto y ambiente tranquilo, signos vitales cada 15 minutos y anotar, vigilar por hipetension, trabajo de parto, frecuencia cardiaca fetal, convulsiones, cefalea, visión borrosa, epigastralgia, ingurgitación venosa.<sup>10</sup>

9.4 PARTO: es la expulsion de un feto con un peso igual o mayor de 500 g. (igual o mayor de 22 semanas completas desde el primer dia de la menstruación), parto posttermino es el que acontece cuando el embarazo se prolonga y alcanza las 42 semanas o más, espontáneo es el que se inicia sin que haya intervención de agentes externos. Inducido/provocado se inicia por intervención deliberada de agentes externos.

---

<sup>9</sup> Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social Guia del Facilitador I para orientar la presentación y resolucion de casos de complicaciones de la primera mitad del embarazos en servicios con atención de partos, con apoyo técnico USAID bajo contrato GHS-A-09-00015-00University Research Co.LLC(URC)/Cotratation. Guatemala 2013.

<sup>10</sup> Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social Guia del Facilitador II para orientar la presentación y resolución de casos de complicaciones de la segunda mitad del embarazo, Parto y Puerperio en servicios con atención de partos, con apoyo técnico USAID bajo contrato GHS-A-09-00015-00University Research Co.LLC(URC)/Cotratation. Guatemala 2013.

Disctosico presenta alguna alteración de su evolución. Espontaneo/ o Natural su acción es de sus fuerza natural. Parto artificial es el que finaliza con alguna intervención manual o instrumental es el que inicia espontáneamente pero durante su evolución se le administraron a la madre oxióticos analgésicos, anestésico y/o tranquilizantes.<sup>11</sup> Fisiología del Parto/Vertical: Parto Vertical: es el que se atiende en posición sentada, hincada, de cuclillas, en diferentes variantes, se está ofertando dentro de la Red de servicios del Ministerio de Salud con adecuaciones culturales dentro de la institución con orientación occidental. El parto es atendido por personal institucional realizando adecuaciones culturales como: Derecho de la paciente a elegir la posición para ser atendido su parto. Con acompañamiento de un familiar (madre, suegra, esposo o por la comadrona) en el servicio y durante la atención del parto ingesta de bebidas y comidas adecuados a la cultura, baños calientes, destino de la placenta según las normas culturales de los pueblos originarios, el parto vertical determina que el ángulo de encaje sea menos agudo ( más abierto) favoreciendo el encajamiento y la progresión del descenso del feto, hay un aumento de los diámetros de canal del parto, mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el periodo expulsivo, que suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxiócina en la conducción del trabajo de parto y menor riesgo de alteraciones de latidos cardiacos fetales.<sup>12</sup>

#### 9.4 ATENCION CALIFICADA DEL PARTO:

Se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su hijo/a, reciben cuidados adecuados durante el trabajo de parto, atención del parto, atención del recién nacido del post-parto. La atención del parto conlleva a la satisfacción de necesidades físicas, emocionales y culturales de la mujer, durante el proceso del parto. El parto comprende una serie de procesos mediante los cuales la madre expulsa los productos de la concepción (Recién nacido, placenta completa y membranas ovulares). Los tres

---

<sup>11</sup> Región de Murcia Consejería de Sanidad y Política social ATENCION AL PARTO Y NACIMIENTO (acezado 2 de agosto 20143) disponible <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/242134-atencionparto.pdf>.

<sup>12</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Departamento de Regulación de Programas de Atención a las Personas. Programa de Medicina Tradicional y Alternativa Manual de Adecuación del Parto Natural/Vertical y sus distintas Posiciones en el Marco Multicultural de GUATEMALA 2011 pag. 5 al 12

periodos del parto: a) primer periodo: comienza con la primera contracción uterina del verdadero trabajo de parto (4 centímetros de dilatación) termina con la dilatación completa, b) Segundo periodo: descenso y expulsión comienza con la dilatación completa y termina con el nacimiento del neonato, c) Tercer periodo expulsión de la placenta. La vigilancia oportuna de la paciente permitirá detectar anomalías en forma temprana, en los periodos así mismo instituir medidas terapéuticas que obtengan como resultado un binomio Madre – hijos sanos, las cuales van desde aplicación de Oxitocina para corregir una distocia de contracción, hasta autorizar la realización de una Operación Cesárea.<sup>13</sup> Una MALA ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO dejara secuelas maternas o fetales tanto físicas como bio-psico-sociales, y de Imagen Hospitalaria. Algunas complicaciones son de esperarse por ejemplo cuando existe un diagnóstico de Placenta Previa o Desprendimiento Placentario o Pre-eclampsia - Eclampsia, pacientes con enfermedades concomitantes como son insuficiencia renal o cardiopatía, etc. en las cuales existe mortalidad reportada en la literatura nacional e internacional y en donde los recursos Hospitalarios y equipamiento tecnológico logran disminuirla. Algunas complicaciones pueden ser la Muerte Materna o Fetal, daño fetal por Hipoxia o asfixia.<sup>14</sup>

#### 9.5 PARTO NORMAL O EUTOCICO DE BAJO RIESGO

Evoluciona con todos sus parámetros dentro de los límites fisiológicos con sentido estricto de la definición la mayoría de los partos son partos eutócicos porque reúnen todas las condiciones de normalidad, por lo que se brinda asistencia de calidad basada en evidencia durante el ingreso la gestante tiene una percepción de contracciones, salida de mucosidad, líquido o sangra a través de los genitales es imposible determinar el momento exacto del comienzo del trabajo de parto, si hay contracciones uterinas periódicas y regulares, percibidas por la madre o por un observador con un periodo de una hora, las contracciones tienen una frecuencia de 2 o más cada 10 minutos, al tacto vaginal el cuello uterino está al menos parcialmente

---

<sup>13</sup> Diagnóstico y Tratamientos Gineco-obstétricos. Alan H. De Cherney editor. Capítulo 10 Curso y Atención del Trabajo de Parto; Biswas y Craigo. Páginas 241-273. 7ª. Edición. Español.- Editorial Manual Moderno. 1997.

<sup>14</sup> Danforth Tratado de Obstetricia y Ginecología.- Capítulo 7 Trabajo de Parto, Parto y puerperio normales. Farrington y Ward.-8ª. Edición, Editorial Mc Graw Hill. 1999.

borrado, la dilatación es mayor de 2 centímetros en las nulíparas o se encuentra en progreso en las multíparas la dilatación esta en 4 centímetros. El periodo de dilatación esta precedido de una fase de duración variable que recibe distintos nombres: pre parto, pródromos del parto, etc. La gestante puede consultar en cualquier momento y debe ser adecuadamente para establecer el grado de trabajo de parto en el momento de su ingreso.<sup>15</sup>

#### 9.6 ASISTENCIA TRABAJO DE PARTO DURANTE EL INGRESO:

Objetivo diagnosticar el trabajo de parto e identificar el grado de riesgo, los componentes de la consulta en recepción: a) interrogatorio, b) interpretación de carne perinatal, c) examen clínico general, d) examen obstétrico. El interrogatorio está destinado a identificar las razones que motivaron la consulta y evaluar grado de riesgo en la identificación de signos y señales de peligro acontecimientos que aparecieron en el último control prenatal y si acude sin carnet perinatal se deberá interrogar de forma exhaustiva. Identificación la mayoría de factores de riesgo socio-económico y educacional no determinan cambios en la conducta frente al parto si el embarazo llega a término con un feto y madre sana es importante controlar los riesgos posnatales que pueden asociarse. Antecedentes familiares y obstétricos: ciertas condiciones patológicas se asocian con mayor riesgo materno, fetal y/o neonatal durante el parto, su existencia al momento del inicio del trabajo de parto determina que sea clasificada de alto riesgo. Examen clínico general permite evaluar el estado general de la embarazada (físico y psíquico), sus funciones vitales y descartar patologías que incrementen el riesgo, el examen clínico requiere ser efectuado por personal capacitado para evaluar apropiadamente los principales signos de patología de riesgo : Síndrome de hipertensión, Infección severa, anemia grave, cardiopatía, presentaciones fetales anormales, etc. Piel y mucosa deben tener una coloración, temperatura y humedad normales se verán signos orientadores de diversas situaciones patológicas, palidez, cianosis, ictericia, mucosas secas, edema, lesiones dérmicas. Presión Arterial los síndromes hipertensión detectados al inicio del trabajo de parto determina una hipertensión crónica y/o inducida por el embarazo (pre- eclampsia, eclampsia) son potencialmente de peligro para la madre y el feto, frecuentemente pasa inadvertidos pero su gravedad se asocian a síntomas de irritabilidad del sistema nervioso central,

---

<sup>15</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de regulación de Atención a las Personas Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guia para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal 1ª edición 2011,

compromiso renal y/o hepático. Pulso la frecuencia normal de la embarazada es de 60 a 100 pulsaciones por minuto, bradicardia menor 60 mayor de 100 pulsaciones por minuto. Temperatura la presencia de fiebre puede ser un signo de infección grave y/o un proceso poco importante que no altera el riesgo en el parto. Es importante investigar otros signos y síntomas que pueda orientar el origen de la fiebre. Peso actual debe ser evaluado mediante una tabla de ganancia de peso materno en función de la edad de gestación el escaso incremento de peso durante el embarazo se relaciona con restricción del crecimiento intrauterino, el incremento brusco y exagerado de peso materno puede deberse a retención hídrica<sup>16</sup>, pre-eclampsia-eclampsia diabetes, debe ser valorado con otros síntomas y signos para definir etiología. Examen clínico por sistemas aplica las técnicas semiológicas habituales al alcance del personal calificado cuando se identifica síntomas y signos sugerentes de patología médica grave (cardiopatía, anemia severa, etc) deberá referir a la gestante al tercer nivel para la resolución del riesgo. Examen obstétrico es confirmar el diagnóstico de trabajo de parto, evaluar el riesgo materno-fetal para el parto y recién nacido. Palpación abdominal, determina: volumen uterino, números de fetos, situación fetal, presentación fetal, posición y tamaño fetal, cantidad de líquido amniótico, altura de la presentación, presencia de contracciones uterinas, altura uterina permite evaluar el tamaño y crecimiento fetal, auscultación de la frecuencia cardíaca fetal permite la viabilidad y grado de bienestar fetal, asegura que el feto está vivo, auscultación de la frecuencia cardíaca fetal permite confirmar la viabilidad y grado de bienestar fetal.

La auscultación de los latidos fetales aseguran que el feto está vivo, la evaluación de la frecuencia cardíaca (FCF) antes, durante y después de las contracciones permite apreciar con cierta seguridad el estado de salud fetal. La presencia de severas alteraciones de la FCF indica una fundada presunción de hipoxia fetal con el riesgo fetal de muerte fetal, depresión al nacer, morbilidad neonatal, muerte peri-neonatal. Condiciones normales del feto tolera adecuadamente la disminución de la presión parcial de oxígeno (PO<sub>2</sub>) provocadas por contracciones uterinas, es frecuente observar en el transcurso del trabajo de parto, caídas de la FCF coincidentemente con la contracción(DIPI) en particular si las membranas están rotas y/o la cabeza del feto esta

---

<sup>16</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Regulación de Programas de Atención a las Personas DRPAP., Normas de Atención en Salud Integral para el Primer y Segundo Nivel, año 2010.

encajada, este signo responde a una hipoxia fetal sistémica, una simulación vagal por una compresión. Los DIPS I no se asocian generalmente con muerte fetal ni con hipoxia neonatal. Examen genital el tacto vaginal permite evaluar: amplitud y elasticidad de partes blandas, dilatación, corrimiento y posición del cuello, estado de las membranas ovulares, presentación, variedad de posición y altura de la presentación, grado de encajamiento, evaluación de la estructura y diámetros pélvicos (Angulo, subpúbico, diámetro bi-isquiático), proporcionalidad feto-pélvica. Evaluación de la amplitud y elasticidad del canal del parto constituye habitualmente obstáculos para el parto por falta de elasticidad y amplitud puede prologar su duración una primigesta, adolescente, mujer añosa, hipertrofia de musculatura perineal y otros. Dilatación, borramiento y posición del cuello el borramiento y la dilatación cervical se produce por efecto de las contracciones y modificaciones biquicas del cuello al final del embarazo, el borramiento se describe indicando la longitud del canal endocervical con valores absolutos 1 a 4 centímetros o en porcentajes de borramiento de 0 a 100%.

La dilatación es la ampliación del cuello uterino que varía entre algunos milímetros hasta llegar a los 10 centímetros. El cuello inmaduro el orificio cervical externo se encuentra generalmente en el fondo de saco posterior, al madurara su posición cambia hasta hacerse central. Perdida de secreciones por los genitales se debe de determinar a que corresponden: tapón mucoso (limos), líquido amniótico, orina sangre, secreciones purulentas

9.7 Asistencia durante el periodo de dilatación Primer periodo del parto:

Proceso dinámico cuya normalidad puede ser alterada en cualquier momento, es importante evaluar la contractibilidad uterina cada 30 a 60 minutos.

9.8 Partograma con curva de alerta: se trata de un sistema de vigilancia para la prevención del parto prolongado como para la prevención de intervenciones no siempre oportunas como la estimulación con oxitocina o la operación cesarea. El partograma es uno de los instrumentos indispensables para evaluar la calidad de la atención del parto a la vez que resulta una herramienta practica para vigilar el progreso del parto en un caso individual, las curvas marcan un límite extremo (percentil 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo, que incluye el 90% de partos normales, permite alerta precozmente ante casos que al traspasar este limite, este mostrando un entendimiento que requiere mayor vigilancia para descartar alguna posible distocia,

brinda el tiempo para la corrección de la anomalía en el propio lugar o para la referencia oportuna del caso. La curva de alerta se presenta la duración de la dilatación cervical desde 4-5 cm hasta el final del parto.

El objetivo del partograma: es reducir el parto prolongado, la necesidad de conducción, reducir la cesárea de emergencia, la tasa de muerte fetal y materna, atención del parto limpio y seguro. Logro de un parto sin riesgo para la madre. Incluye: frecuencia cardiaca fetal, número de contracciones en 10 minutos y la duración de las mismas en segundos. Uso de medicamentos (Oxitocina, antibióticos, sulfato de magnesio, etc.). Pulso y Presión Arterial, temperatura, orina (proteínas y cetonas, Diagnostico de trabajo de parto.

El Diagnostico y La Confirmación del periodo y la fase del Trabajo de Parto. evaluación del encajamiento y descenso del feto e identificación de la presentación y posición del feto. Un diagnostico incorrecto del trabajo de parto puede conducir a estados de ansiedad e intervenciones innecesarias, el punto clave del Partograma: la vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal. Puntos clave del Partograma son los parámetros considerados normales se encuentran dentro de 120 a 160 latidos por minuto (por debajo de 120 latidos es considerado sufrimiento fetal fase bradicardia ó por arriba de 160 latidos es considerado, sufrimiento fetal fase taquicardia), control de las características del liquido amniótico si es liquido claro, con meconio, con machas de sangre, membranas intactas y/o rotas, evaluar el Descenso, moldeamiento de Suturas lado a lado, suturas superpuestas per reducibles y no reducibles, Contracciones es importante registrar el numero en 10 minutos, duración de las mismas en segundos, duración de contracciones en segundos menos de 20 de segundos, entre 20 y 40 segundos, mas de 40 segundos progreso del primer periodo del trabajo de parto satisfactorio, cuello del útero dilatado 1 cms de dilatación <sup>17</sup>

#### 9.9 MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO EN GENERAL.

Se llama mecanismo del parto al conjunto de movimientos que, bajo la acción de fuerzas dinámicas del parto, debe efectuar el feto para salir al exterior. El feto es un ovoide, en virtud de sus dimensiones, la única forma que tiene de atravesar el conducto pelviano es presentándose por uno de los extremos de ese ovoide: presentación de

---

<sup>17</sup> Fesina RH. De Mucio B. Díaz Rossello JL Martínez G, Serruya S., Salud Sexual y Reproductiva, Guia para el CONTINUO DE ATENCION de la Mujer y del Recien Nacido focalizada en APS, 2º Edicion 2010 CLP/SMR-OPS/OMS

vértice o cara (la presentación de frente se considera inviable) o presentación de nalgas en las distintas variedades. Los movimientos del feto son de 3 tipos: progresión, cambios de actitud y cambios de progresión, necesarios por las condiciones especiales del canal de parto y por la forma irregular del feto. Así, el feto tiene que acomodar las dimensiones de las distintas partes a las del conducto pelvi-genital mediante unos cambios de actitud y de orientación, es decir, de movimientos pasivos, que en conjunto constituyen el mecanismo del parto.

Tienen que cumplirse 3 tiempos fundamentales: entrada en el conducto, recorrido por el conducto (encajamiento y descenso) y salida del conducto o desprendimiento. El mecanismo de presentación de vértice es el prototipo de mecanismo fisiológico. El resto serán anómalos (pero no patológicos) y se desarrollarán con mayor dificultad, siendo más fácil que se conviertan en patológicos.

#### 9.10 Entrada en el conducto de parto

Es la forma más frecuente de producirse el parto (95%). Es la presentación de la cabeza con la flexión máxima y el mentón pegado al tórax. Así el feto atraviesa la pelvis ósea y la masa músculo-aponeurótica oponiendo sus diámetros más pequeños: Diámetro biparietal (DBP) en sentido antero posterior = 95 milímetros; diámetro sub-occipitobregmático en sentido transverso oblicuo de 95 milímetros. Al final del embarazo la cabeza está apoyada en el estrecho superior de la pelvis, más o menos insinuada o fija.

La actitud de la cabeza es indiferente o ligeramente flexionada con la sutura sagital habitualmente orientada en el diámetro transverso. La posición suele ser en este momento izquierda o derecha transversa (OIIT u OIOT), pero también puede ocurrir que el diámetro mayor de la cabeza se oriente en dirección oblicua. Con las contracciones, la cabeza desciende un poco y tropieza con estructuras pelvianas encontrando resistencias que la obligan a flexionarse. Con ello el diámetro antero posterior mayor de la cabeza ya no es el occipitofrontal (OF), de 110 milímetros, sino el suboccipitofrontal (SOF), algo menor que el occipitofrontal: 100 milímetros. Esto hace que el centro de la pelvis esté ocupado por el vértice de la cabeza (zona situada por delante de la fontanela menor). La flexión inicial de la cabeza, que luego se acentuará, se explica por leyes de las palancas. El diámetro sub-occipitofrontal del feto es menor que el transversal obstétrico (120 milímetros) del estrecho superior de la pelvis materna, y a su vez, el diámetro biparietal del feto es menor que el conjugado obstétrico, por lo que la cabeza

fetal puede penetrar en la pelvis sin modificar su posición inicial (en OIIT o OIOT). Sin embargo, con mayor frecuencia la entrada en la pelvis se efectúa situándose el diámetro sub-occipitofrontal en un diámetro oblicuo mediante un giro de 45°, por lo general en el primer diámetro oblicuo o izquierdo, y puede hacerlo con el occipucio hacia delante (OIIA), que es lo más frecuente, o hacia atrás (OIDP). Pero también puede entrar por el segundo diámetro oblicuo en sus dos variedades: OIDA u OIIP. Así la cabeza aprovecha el mayor tamaño de los diámetros oblicuos para entrar más fácilmente en la pelvis. La cabeza puede efectuar pequeños movimientos de flexión lateral por la gran movilidad de las articulaciones del cuello (asinclitismos). Éstos desplazan la sutura sagital hacia delante o hacia atrás y permiten que un parietal descienda más que el otro, ayudando a que toda la cabeza entre en la pelvis. Así, los movimientos de la cabeza en parto de vértice son: ligera flexión, descenso, flexión máxima, rotación, deflexión y rotación externa. Variedades y frecuencias: OIIA 57%, OIIP 6%, OIDA 3%, OIDP 33%. OIOT y OIIT son infrecuentes. La variedad de presentación no se determina hasta que la posición esté fijada definitivamente, es decir, en el trabajo de parto.

#### 9.11 Diagnóstico de la presentación de vértice:

Se realizan las maniobras de Leopold:

- 1- Palpación del fondo, cabeza o nalga
- 2- Lateral derecha o izquierda para ver el dorso. Se palpa el surco del cuello y se adivina más o menos el grado de flexión
- 3- Identificación del polo cefálico
- 4- Grado de encajamiento

También detectaremos el latido cardiaco fetal. En presentación cefálica de la mitad del ombligo hacia abajo, en las anteriores, próximo a la línea media, y en las posteriores alejado de ella, derecha o izquierda dependiendo de que lado se escuche. Se realiza un tacto vaginal: se toca la cabeza, suturas y fontanelas, se diagnostica el grado de borramiento y dilatación y nos permite una evaluación de la pelvis ósea. También podemos realizar una ecografía para Diagnóstico.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> RICARDO SCHAWARCZ-RICARDO FECINA- CARLOS DUVERGES, OBSTETRICIA, sexta edición julio 2005, séptima reimpresión 2012, pag. Capítulo 11 El Parto normal pag 432 al 484

### 9.12 Descenso y encajamiento

La cabeza continuará avanzando hacia el suelo de la pelvis sin modificar su posición. Sólo superadas las dificultades de la entrada desaparecerá el asinclitismo (presentación de la cabeza por medio de una de las protuberancias parietales) y se recupera el sinclitismo normal (con la cabeza bien centrada en el eje pelviano o eje umbilicococcígeo) cuando el mayor diámetro de la cabeza ha superado el estrecho superior se dice que la cabeza está encajada. Esto sucede cuando el punto más descendido de la cabeza ha llegado al tercer plano de Hodge (espinas ciáticas). Ahora hay un cambio de la curvatura del canal de parto hacia delante, y además la musculatura del suelo de la pelvis ofrece una gran resistencia, y presenta una abertura (hiato genital) cuyo diámetro mayor es antero posterior. Así, y por leyes de las palancas, se produce otra flexión máxima de la cabeza y el diámetro suboccipitobregmático de 95 mm se convierte ahora en el mayor diámetro cefálico. La fontanela menor se encuentra en el centro de la pelvis. Este cambio de actitud (flexión) es causante de una modificación en la variedad de presentación a lo largo del parto.

La cabeza va a sufrir una rotación dirigiendo el occipucio hacia delante debido al buen acomodo que el macizo frontal encuentra en la cavidad del sacro y por acción de la musculatura perineal. El suboccipucio encontrará un buen lugar para apoyarse en el sub-pubis (hipomoclium). Se produce así un cambio de posición que ahora será occipito-púbica (OP). Así, en el caso más frecuente de encajamiento OIIA u OIID la cabeza girará 45°. En OIIT u OIIT el giro será de 90°. En OIIP u OIIP es la posición más difícil al ser el giro de 135°.

### 9.13 Desprendimiento

El occipucio encuentra resistencias mínimas del ángulo sub-pubiano, pero la frente no puede progresar. Las fuerzas dinámicas del parto obligan a distender al máximo al periné y a retro-pulsar el coxis, con lo que aumenta el diámetro antero posterior del canal de parto, y el occipucio acaba asomando en la vulva. La fuerza elástica del periné obliga a la cabeza a dirigirse hacia delante no pudiendo progresar en la misma dirección y produciéndose una deflexión de la misma. Poco a poco se desprende a través de la vulva toda la circunferencia occipitofrontal, después la frente y la cara, y por último el

mentón, al tiempo que el periné se retrae y queda fuera ya toda la cabeza con la cara mirando hacia el ano de la madre. <sup>19</sup>

#### 9.14 Practica de atención del parto limpio y seguro (con personal calificado).

La mayoría de los embarazos, partos y alumbramiento vaginal se producen espontaneo y sencillo, sin embargo puede presentarse una complicación que pone en riesgo la vida de la madre y neonato, la desviación del progreso esperado del parto puede provocar patrones en las contracciones, dilatación y del cérvix o del descenso del feto através del canal pélvico, con intervenciones simples como la realización de un parto limpio y seguro o el apoyo a la madre por parte de la familia. La practica del parto Limpio y seguro el acceso a una atención calificada en un servicio de salud proveida por personal de salud durante el embarazo, parto y puerperio es critico para garantizar la salud de lamadre y Recien nacido . Evidencia los partos atendidos por personal calificado en un servicio de salud tiene menos complicaciones, presentan menos morbilidad y mortalidad perinatal neonatal es importante : a) Acompañamiento a la madre duente el trabajo de parto, a) Practica de atención del parto limpio y seguro con personal calificado, b) Acompañamiento a la madre durante el parto es fundamental el apoyo emocional de la persona de confianza, c) Manejo activo del tercer periodo, d) Pizamiento tardío del cordón umbilical.realizando 2 y 3 minutos, es fisiológico e incrementa el hematocrito neonatal hasta el 50%<sup>20</sup>

9.15 Los periodos del Trabajo de parto: la musculatura uterina y las partes óseas del canal pélvico son estructura fundamental en el trabajo de parto y el parto. De ahí la importación del profesional de enfermería de identificar los fenómenos activos del parto y los fenómenos pasivos para determinar el progreso del mismo y proponer las intervenciones oportunas si este se desvía de los parámetros fisiológicos, los mecanismos del parto es el conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida del feto a través de los órganos genitales de la mujer, durante el mismo se dan

---

<sup>19</sup> Universidad de Barcelona MECANISMOS DEL PARTO Pagina disponible <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/977/1/> acezado 30 de noviembre de 2013

<sup>20</sup> Ministerio de Salud Publica y Asitencia social Deptamento de Regulación de Programas Atencion a las personas Programa de Salud Reproductiva Referencia sobre Medicina Basada en Evidencia en salud Neonatal AIEPI- Guatemala de la Asucción 2012, Pag. 25 y 26

eventos psicosociales de gran importancia para la mujer madre, el padre, el niño y la familia <sup>21</sup>.

**9.16 Distocias por anomalías en la posición fetal:** a) Posición transversa persistente se produce cuando la sutura sagital esta orientada en el diámetro transverso de la pelvis, tanto en el encajamiento como el descenso lo va hacer en transverso asociada a anomalía pélvica plana, es frecuente en partos polidraminios, la atención es por cesarea. c) Presentación de cara la cabeza se presenta en su máxima deflexión, se presenta en cada 250 a 650 nacimientos, la posición mas frecuente es el mentón, las posiciones mas frecuentes son la mentoilica izquierda anterior y la mentóiliaca derecha psterior, diagnosntico mediante el tacto vaginal , Radiografía, ecografía, curso del parto es prologado, encajamiento difícil, todo trabajo de parto interacciona: Dinamica uterina, canal pélvico y el feto. Distocia por anomalías en la situación fetal y distocia por anaomalias en la presentación fetal principalmente la presentación de nalgas en diferentes partes .<sup>22</sup>

#### 10.TERCER PERIODO DEL PARTO

Alumbramiento de la Placenta es el periodo comprendido entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. En este lapso se separa de su inserción y se expulsa junto con las membranas ovulares la vigilancia de los cuidados obstétricos y el estado general materna son fundamentales. En este periodo se producen la mayoría de las hemorragias graves, representa una principal causa obstétrica directa de muertes maternas. Estas muertes evitables se producen principalmente se producen donde no están garantizadas las “condiciones obstétricas y neonatales” para la asistencia del parto<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> UNIVESIDAD DEL VALLE Vicerrectoría Académica, CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA MUJER DURANTE EL PARTO Y POS PARTO, 2001 por: Universidad del Valle, © 2001 por: Dirección de Educación Desescolarizada. Pag. 32-33

<sup>22</sup>FUNDACION PARA EL DESARROLLO DE ENFERMERIA Caecid Juana Macías Seda, Juan Gómez Salgado Atención del parto y puerperio de riesgo ENFERMERIA OBSTETRICO- GINECOLOGIA 2008, pag. 61 al 62

<sup>23</sup> RICARDO SCHWARCZ, RICARDO FESINA, CARLOS DUVERGES, et. Al Op. Cit. Pag.488 al 494.

### 10.1. HEMORRAGIA OBSTETRICA:

La hemorragia obstétrica es la pérdida sanguínea en cantidad variable que puede que puede presentarse durante el embarazo o en el puerperio, proveniente de genitales internos o externos. La hemorragia puede ser hacia el interior (cavidad peritoneal) o al exterior (a través de los genitales externos). Para el diagnóstico inicial, es conveniente clasificar las hemorragias de acuerdo con el periodo obstétrico, en el informe del Comité técnico de la Secretaría y Planificación de la Presidencia (Sgeplan) el Centro Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a partir de cifras de mortalidad materna provenientes del INE y aplicando el factor de corrección por subregistro las primeras causas directas de muerte materna son las hemorragias obstétricas defunciones evitables e injustificadas (razón 153 por 100,000 nacidos vivos una de las más altas año 2,000 del país) para el abordaje de hemorragias obstétricas en las complicaciones del embarazo, parto y puerperio es necesario fortalecer las competencias técnicas del personal calificado para el adecuado manejo del segundo y tercer periodo del parto para reducir las hemorragias intra y posparto.<sup>24</sup>

#### 10.1 HEMORRAGIA OBSTETRICA MASIVA.

Perdida de todo el volumen sanguíneo en un periodo de 24 horas. También se define como la pérdida de más del 50% del volumen sanguíneo en un periodo de 3 horas o una pérdida de más de 150 ml/minuto por 20 minutos. En esta situación es necesario la transfusión masiva (TM) de componentes de la sangre en cantidades equiparable de los 3 hemo-componentes, en proporciones, 1:1:1: de células empacadas/plasma fresco/plaquetas. En la hemorragia masiva se presenta la triada letal (Hipotermia, acidosis y coagulopatía) de forma agresiva y precoz con hemo-componentes se recomienda: Control de la causa de hemorragia lo más rápidamente posible, Limitar la infusión de cristaloides para prevenir la coagulopatía y la trombocitopenia, transfundir productos sanguíneos, Monitoreo de estado acido-base, electrolitos y coagulación.

---

<sup>24</sup> Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Estudio Nacional de Mortalidad Materna INFORME FINAL , Guatemala, noviembre del 2011 pag. 12 al 21.

a. Prioridades en el manejo de la hemorragia aguda :

- Restaurar y mantener el volumen sanguíneo con la rápida infusión de soluciones cristaloides a través de un acceso venoso de grueso calibre.
- Mantener el adecuado transporte de oxígeno a los tejidos: con el reemplazo rápido de las pérdidas de sangre a través de la transfusión de células empacadas
- Mantener la hemostasia y detener el sangrado.

## 10.2 FACTORES DE RIESGO/CAUSAS DE HEMORRAGIAS.

El 66% de los casos no tienen factores identificables hemorragia obstétrica, podemos afirmar que la hemorragia podrá ocurrir en cualquier momento. Sin embargo el 33% de pacientes donde intervienen factores de riesgo para hemorragias periparto es importante identificarlos para clasificar desde el ingreso hospitalario cuando se detecta a la paciente: Mujer con riesgo de sangrar, con el objetivo que el equipo puede brindar atención a la paciente este preparado para el manejo adecuado de esta emergencia obstétrica y con ella evita el retraso en el diagnóstico, la referencia oportuno (según nivel de resolución) y la aplicación del tratamiento adecuado.

1. Factores asociados con el riesgo de alteraciones de la contractilidad uterina. (Atonía uterina).

Sobre-distensión uterina, Polidraminios, embarazos múltiples, macrostomía.

- Trabajo de parto precipitado o prolongado. Miomatosis uterina, Corio-amnionitis.
- Alteraciones anatómicas uterinas polisistolia sobre estimulación con uterotonicos, Gran multiparidad.

1. Ruptura uterina.

- Embarazos Múltiples, presentación anormal, Mal uso de la Oxitócicos, Cicatriz uterina (cesárea o miomectomias).

2. Inversión Uterina :

- Tracción violenta del cordón o no hacer contracción, acretismo placentario, cordón umbilical corto, Sobre-distensión uterina, Polidraminios, embarazos múltiples y macrostomias.

3. Factores predisponentes retención de restos placentarios y/o trastornos de adherencias placentario (acretismo placentario)

4. Lesiones del canal del parto
5. Diferentes tipos de lesiones correspondientes al canal del parto.
6. Prevención de la hemorragia obstétrica

Es importante para disminuir la incidencia y/o gravedad de la hemorragias obstétrica es la captación de la embarazada antes de las 12 semanas es importante lo siguiente: Corrección de la anemia antes del parto, confirmar la edad gestacional con la mayor precisión posible, con el objetivo de identificar las causas mas frecuentes relacionadas a cada una de las etapas del embarazo. Identificar los factores de riesgo para la hemorragia obstétrica. Con el fin de clasificar a la mujer con riesgo de sangrado su ingreso al servicio de salud, hidratación durante el trabajo de parto, acceso venoso de grueso calibre de forma profiláctica. Uso del manejo activo del tercer periodo que es conjunto de intervenciones que se realizan dentro del primer minuto posterior al nacimiento para prevenir la hemorragia postparto , de inmediato MATEP la aplicación es obligatorio en: parto vaginal, cesárea. La administración 10 unidades de oxitocina IM, la tracción controlada de la cara-anterior del útero hasta que salga la placenta completamente. El masaje uterino abdominal, luego de la salida de la placenta, cada 15 minutos por 2 horas y el apego inmediato madre/neonato.

### 10.3 COMPLICACIONES DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA.

Las dos principales causas de la hemorragia obstétrica:

- a) Choque hipovolemico, b) Coagulación intra-vascular diseminada.(CID)

Choque hipovolemico: es una condición producida por una rápida y significativa pérdida de volumen intravascular y provocando consecuentemente inestabilidad hemodinámica, disminución de la perfusión tisular, del intercambio gaseoso, hipoxia celular, daño a órganos y la muerte. Cuando el choque se encuentra desarrollado se expresa como una Hipotensión arterial presión sistólica P/A menor 90/mm Hg, taquicardia, pulso débil, signos de hipo-perfusión tisular, oliguria, deterioro del estado de conciencia, Signos cutáneos: palidez, sudoración, hipotermia, llenado capilar enlentecido. En el parto, existe una sub estimación visual en el monto del sangrado que conlleva a la posibilidad de sub-valorar los volúmenes perdidos este error se incrementa cuando es la hemorragia la estimación del monto representa solo una

parte del volumen total del sangrado, en consecuencia debe guiarse por datos clínicos y los parámetros obtenidos luego de la reposición de la volemia.

El diagnóstico clínico es fácil en los casos extremos, pero es difícil en la fase inicial se calcula la pérdida de sangre subestimada en un 50%,. Por los cambios fisiológicos del embarazo incrementa la volemia de 30-50%, llega al 8.5 a 9% de peso corporal, si la pérdida de volumen es del 10% al 15% (500-1000 ml) es tolerada por la gestante con hemoglobina normal, la P/A permanece normal no ocurre cambios clínicos significativos. si la pérdida esta entre 16%-30%, (500-1000 ml) aparecen signos de hipo perfusión como palidez y frialdad , leve excitación la P/A disminuye ligeramente de 90mm hg. con signos de compensación hemodinámica y del reflejo simpático aparece una taquicardia leve 100-120 por minuto, .

Cuando la pérdida de sangre esta 30%-40% (1500-2000 ml) es moderado aparece cambios sensoriales como ansiedad o confusión mental hay sudoración y la presión arterial sistólica cae a 70-79, hay aumento mayor del pulso.

1. El grado de choque hipovolémico lo establece el parámetro mas alterado.  
Los parámetros clínicos que se deben evaluar son en primer lugar, el estado de conciencia y la perfusión, debido a que las alteraciones en el pulso y la presión arteria puede ser tardíos en la mujer embarazada.
2. La demora en el diagnostico implica retraso para iniciar el tratamiento , y conduce al incremento de la morbi-mortalidad materna fetal . a) Coagulación intravascular diseminada, trastornos hematológico adquirido donde se encuentra activados anormalmente los mecanismos hemostáticos, caracterizados por el alto consumo de factores de coagulación.
3. Modelos para la atención sistemática del choque hipovolemico: CODIGO ROJO.  
En una situación de emergencia, como la hemorragia obstétrica, la vida corre peligro y es necesario que el equipo de salud esta suficientemente actualizado en las mejores técnicas y estrategias para salvar la vida de la madre y trabaje de manera coordinada y con lógica y dirija sus esfuerzos hacia objetivos concretos como salvarle la vida a la madre y disminuir la morbi-mortalidad resultante del proceso hemorrágico o de las mismas acciones de la reanimación, el manual contiene un esquema de trabajo organizado para situaciones en

emergencia obstétrica para que el persona de salud siga los pasos indicados, trabajar de forma ordenada, coordinada aplicar el protocolo del código rojo.<sup>25</sup>

#### 10.4 SINDROME HELLP:

Este síndrome, descrito por Weinstein en 1,992, es un cuadro grave que se caracteriza por la aparición de hemolisis, presenta tres elementos importantes el sistema sanguíneo: hemolisis, enzimas hepáticas elevadas y por descenso del número de plaquetas, la hemolisis implica la destrucción de los glóbulos rojos, es una afección potencialmente mortal para la madre que se presenta en un 0.2% a 0.6% de los embarazos y en un 10 a 20% de las mujeres con preeclampsia, no hay hipertensión en el momento del diagnóstico el síndrome puede presentar complicaciones: insuficiencia pulmonar, cardíaca, hepática y renal, accidente cerebrovascular, otras complicaciones serias en la madre desprendimiento prematuro de placenta de la pared uterina que causa la muerte del feto los grupos de edades de mayor riesgo menores de 20 años y mayores de 35 años, el síndrome de HELLP puede presentarse antes o después del parto, las complicaciones más frecuentes son la CID y el DPPNI, las más difíciles de tratar son las roturas de hematoma hepático y la hemorragia cerebral puede considerarse un tratamiento conservador en una UCOI si la respuesta del tratamiento es satisfactorio.<sup>26</sup>

#### 11. Ley para la Maternidad Saludable:

Capítulo I, Disposiciones Generales . Artículo 1. La presente Ley tiene como objetivo la creación de un marco jurídico que permita implementar los mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, y promover el desarrollo humano a través de asegurar la maternidad de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información oportuna, veraz y completa, servicios de calidad antes y durante el embarazo, parto y posparto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna neonatal. Artículo 3. El cumplimiento de la presente ley es responsable: Ministerio de Salud pública y Asistencia Social, Instituto de Seguridad Social y Organizaciones No Gubernamentales que tienen entre sus fines, los servicios de salud y que están

---

<sup>25</sup> Manual "código Rojo" para el manejo de la hemorragia obstétrica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Programa Nación de Salud Reproductiva. Primera Edición 2013. Pag.5 al 15.

<sup>26</sup> XIII CURSO INTENSIVO DE FORMACION CONTINUA MEDICINA INTERNA MATERNO-FETAL, Prof. L. Cabero Roura, Prof. V. Cararach Ramoneda. 2006 pag.169 al 173.

debidamente contratadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Artículo 4. Principios rectores del desarrollo de la presente Ley : a) Gratuidad en la red de los servicios públicos se garantiza la acción gratuita en todas las intervenciones relacionadas con la salud materna-neonatal. b) Accesibilidad el estado garantiza que los servicios de para la atención materno neonatal sea accesible geográficamente y culturalmente con énfasis a los grupos socialmente excluidos. c) Equidad en la prestación de los servicios se dará especial atención a las mujeres más vulnerables en pobreza y pobreza extrema, de áreas rurales, adolescentes, indígenas, migrantes, discapacitados a efecto de disminuir la inequidad en condición de género y socioeconómico, d) Respeto a Interculturalidad los servicios de salud materno-neonatal la prestación de los servicios básicos de salud .e) Sostenibilidad : El estado debe asignar los recursos necesarios y suficientes para el desarrollo de los programas en materia materno neonatal que reduzcan los riesgos y aseguren la vida de mujeres, adolescentes y neonato.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> CONGRESO DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA, DERECHO 32-2010, Ley para la Maternidad Saludable, Emitido en el Placón del Organismo Legislativo en la Ciudad de Guatemala Nueve de Septiembre dos mil trece .

### III. OBJETIVOS.

#### 1.Objetivo General.

Describir las competencias técnicas del personal Auxiliar de Enfermería en la identificación de signos y señales de peligro durante el trabajo de parto en jurisdicciones de FUNDEMI TALITA KUMI del Municipio del Chisec Alta Verapaz.

#### IV. MATERIAL Y METODOS

##### ✓ Tipo de Diseño de la investigación.

##### 4.1 Tipo de estudio:

El estudio no experimental de corte transversal, cuantitativa descriptiva porque su objetivo fue describir las competencias del personal Auxiliar de Enfermería en la identificación de signos y señales de peligro durante el trabajo de parto en el Municipio de Chisec Alta Verapaz la investigación se realizó en el mes de marzo y abril 2014 por lo que es de cohorte transversal porque se realizo en un tiempo determinado.

##### 4.2 Poblacion:

La cosntituyeron a 28 Auxiliares de enfermería fue el 100% ubicadas en centros de convergencias fortalecidos en extensión de cobertura que desarrollan acciones de atención primaria para la prestación de servicios básicos de salud ONG FUNDEMI TALITA KUMI en 4 jurisdicciones en el mes de marzo y abril 2014 de Chisec A.V.

##### 4.3 Selección y tamaño de la muestra:

La muestra fue probabilística de selección aleatorio simple por la ventaja de que poderse elegir, medible tienen las mismas características para describir<sup>28</sup> las copetencias de 15 auxiliaesr de enfermería que es el 54% del 100% de la poblacion investigada.

##### 4.4 Unidad de análisis:

El instrumento utilizado para recolectar la informacion fue un cuestionaro con preguntas cerradas y abiertas de selección múltiple que respondieron los Auxiliares de Enfermería, posterior fue tabulado en cuadros de Excel con información cuantitativa, descriptiva y cualitativa para su respectivo análisis.

---

<sup>28</sup> HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto, FERNANDEZ COLLADO, Carlos y PAPTISTA LUCIO, Pilar, Metodología de la Investigación 5ta Ed. McGRAW-HILL/Interamericana Editores. S.A. de C.V. Editorial Mexicana 2010 pag. 174 a 176

#### 4.5 Criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión Auxiliares de Enfermería que participen voluntariamente durante el estudio durante los meses de marzo y abril 2014
- Criterios de exclusión: Auxiliares de Enfermería que rehúsen participar y se encuentren en vacaciones en el área de extensión de cobertura en la investigación año 2014 ONG FUNDEMI TALITA KUMI Chisec A.V.

#### 4.6 Variables estudiadas

- Competencias del personal Auxiliar de Enfermería.
- Identificación de signos y señales de peligro durante el trabajo de parto.

#### 4.7 Operacionalización de Variables:

- Dependiente : Auxiliares de Enfermería ubicada/os en Centros de Convergencias Fortalecidos de Extensión de Cobertura (primer nivel de atención).
- Independiente: Signos y Señales de peligro durante el trabajo de parto .

#### 4.8 Instrumento utilizado para la recolección de información :

- Se utiliza boletas de encuesta de 24 ítems conteniendo información de datos personales y preguntas abiertas y cerradas para facilitar la respuesta.

#### 4.9 Procedimiento para la recolección de información:

- Revisión y análisis de la información, guardando confidencialidad por la naturaleza de los datos y por la ética que toda investigación debe practicar.
- Se identifica en los resultados necesidades de fortalecimiento en los conocimientos en competencias en la atención materno neonatal en Centros de convergencias Fortalecidos en cuatro Jurisdicciones FUNDEMI TALITA KUMI del Municipio de Chises A.V.
- Para el diseño se seleccionó un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas de selección múltiple pues se requiere una respuesta precisa que responda a los objetivos y variables planteadas en la investigación, no se aplica otro tipo o metodología de recolección de información porque los sujetos de estudio se encuentran laborando en comunidades donde se ubican los Centros de

convergencias, los resultados se tabularon y se consolidaron, posteriormente se analizaron los datos y se presentaron en tablas con su análisis respectivo.

#### 4.10 Procedimiento para garantizar aspectos éticos de la investigación :

- **Confiabilidad:** La confiabilidad de este estudio radica en que las respuestas que se obtuvieron través de los instrumentos utilizados en la investigación las respuestas son confidenciales.
- **Validez:** Los Auxiliares de Enfermería investigados ejercieron su libre voluntad para acceder o declinar voluntariamente su participación en responder el cuestionario.
- **Veracidad:** Los datos recopilados fueron analizados de acuerdo a las respuestas facilitadas en el cuestionario.
- **Consentimiento informado:** Los Auxiliares de Enfermería tuvieron previo conocimiento y comprensión de la encuesta donde se realizó la investigación. El consentimiento, los participantes lo otorgaron por libre voluntad.
- **Beneficiencia:** Con el beneficio de la información obtenida no pone en riesgo la vida de ninguna persona, se pretende crear estrategias que permitan fortalecer las competencias técnicas en la atención materna neonatal la información obtenida de los cuestionarios se maneja con confidencialidad en reserva a la identidad de las personas que participaron en la entrevista y anonimato de quien responde los planteamientos.
- **Justicia:** La encuesta se realizó sin discriminación alguna, tomando en consideración el idioma, cultura y respetando la decisión de participar libremente en la investigación.
- **Confidencialidad.** La información obtenida servirá ser analizada y se utilizará de manera confidencial para la toma de decisiones en acciones de fortalecer las competencias técnicas del personal auxiliar de enfermería.
- **Autonomía o autodeterminación :** El Auxiliar de Enfermería estuvo en libertad que posee para participar o no en la presente investigación.
- **Autorización institucional:** Se solicitó por escrito a la Directora de Chisec y Gerente general de FUNDEMI TALITA KUMI para realizar la

## investigación en Extensión de Cobertura y Prestadora de Servicios Básicos de Salud ONG FUNDEMI TALITA KUMI.

### 4.11 Procedimientos de análisis de información:

Primera etapa:

- Se reviso de archivos de extensión de cobertura del Distritos de Chisec A.V.
- Se paso cuestionario dirigido a 28 Auxiliares de Enfermería que laboran en Centros de Convergencias Fortalecidos en cuatro Jurisdicciones de Prestadoras de servicios básicos de Salud ONG FUNDACIN DE LA MUJER INDIGENA TALITA KUMI ubicada en el Municipio de Chisec A.V.

Procedimiento: El objetivo fundamental fue recolectar la información necesaria de la investigación, el diseño del cuestionario es de 24 preguntas abiertas y cerradas, se analizara posteriormente de forma cuntitativa y cualitativa.

### 4.12 Analisis estadístico:

En la ejecución del análisis de resultados del instrumento de investigación fue necesario contar antes con la confiabilidad y validez del cuestionario. Para la validación del instrumento se realizó las correcciones pertinentes para su aplicación en campo de investigación cuntitativa, cualitadtiva de corte transversal realizado en marzo y abril del 2014 en el Municipio de Chisec A.V. con características similares, para determinar la técnica de recolección, instrumentos, procesamiento de información, análisis de datos son viables y factibles que permiten el establecimiento de conclusiones y recomendaciones para alcanzar el objetivo planteado con la información obtenida del producto de la investigación de campo se aplico la estadística descriptiva para detallar los datos obtenidos por cada indicador, se elaboró cuadros con los resultados obtenidos en la investigación realizándose el análisis respectivo al pie de cada cuadro, tomando como base la revisión bibliográfica y de referencia del presente documento y la experiencia que la investigador. Así mismo se presentaran conclusiones y recomendaciones de situaciones encontradas.

- Instrumento: Se utiliza boletas de encuestas conteniendo 24 items conteniendo información de datos personales y preguntas habiertas, cerradas para facilitar la respuesta.

Definición y Operacionalización de Variables.

- Dependiente: Competencias del personal Auxiliares de Enfermería ubicadas en centros de convergencias fortalecidos del primer nivel de atención.
- Independiente : Identificar signos y señales de peligro durante el trabajo de parto

Variable	Definición conceptual.	Definición operacional	Indicadores	Ítems
Competencias del personal Auxiliar de Enfermería en la identificación de signos y señales de peligro durante el trabajo de parto.	Auxiliar de Enfermería en la comunidad su característica con habilidad y destreza en la Atención Materno Neonatal en la identificación temprana de signos y señales de peligro en procesos de trabajo de parto para la referencia oportuna y garantizar o lograr un parto sin riesgo, con la observación que " todo embarazo tiene riesgo",	Es la capacidad que tiene El Auxiliar de Enfermería en identificar signos y señales de peligro en el proceso de trabajo de parto y realizar una referencia oportuna con el objetivo de salvarle la vida a la madre.	Edad.	18 años a 25 años, 26 años a 35 años, 36 años a 45 años
			Tiempo Laboral.	1 mes a 11 meses, 1 a 3 años, 3 a 6 años .
			Escolaridad:	Nivel Basico, Diversificado, Otros

			<p>Conocimientos en atención prenatal.</p>	<p>¿Es la unión del ovulo y espermatozoide inicia la concepción, la madre presenta una serie de cambios fisiológicos, el periodo de gestación dura 40 a 42 semanas?</p> <p>a) Amenorrea b) Embarazo c) Trabajo de parto Activo d) Atención prenatal-</p> <p>5. ¿Son cuidados y acciones que recibe la mujer durante el embarazo identificando temporalmente las complicaciones, los signos de peligro a través del auto cuidado y la participación de la familia, para lograr un parto en mejores condiciones?</p> <p>a) Atención de la</p>
--	--	--	--	---

				<p>madre y/o del producto</p> <p>b) Atención del Puerperio</p> <p>c) Atención Prenatal personalizada y reenforcada</p> <p>d) Atención Parto</p>
		.	<p>Conocimientos en atención del parto.</p>	<p>6.¿Comprende una serie de procesos mediante los cuales la madre expulsa el producto de la concepción se llama?</p> <p>a)Atención del RN</p> <p>b)Producto de la concepción.</p> <p>c)Atención del parto</p> <p>d)Satisfacción de necesidades</p> <p>7.En la adecuación de posición para la atención del parto es un derecho e</p>

				<p>importante elegir, debe de enfatizar la identificación de signos de peligro para prevención de complicaciones en la atención.</p> <p>a)Parto en posición de litotomía</p> <p>a)Parto vertical/natural</p> <p>b)Atención del parto a nivel familiar</p> <p>c)Parto distócico</p> <p>8.Al proceso de dilatación con 4 cms. y estiramiento de cuello uterino inicia con la primera contracción uterina del verdadero trabajo de parto finaliza al completar 10 centímetros de dilatación.</p> <p>a)Primer periodo de encajamiento</p> <p>b)Segundo periodo de</p>
--	--	--	--	---

				<p>contracciones</p> <p>c)Primer periodo de dilatación cervical</p> <p>d)Segundo periodo de dilatación cervical</p> <p>9.¿Que nombre recibe el instrumento para representación grafica del trabajo de parto y sirve para la toma de decisiones.?</p> <p>a)Control de signos vitales</p> <p>b)Mapa del trabajo de parto</p> <p>c)Parto-grama</p> <p>d)Registro de la frecuencia cardiaca fetal.</p> <p>10.¿El trabajo de parto es un proceso dinámico, cuya normalidad puede ser alterada en cualquier momento es importante identificar signos de peligro cómo?</p> <p>a)Segundo periodo de</p>
--	--	--	--	---

				<p>expulsión</p> <p>b)Frecuencia cardiaca fetal</p> <p>c)Trabajo de parto activo</p> <p>d)Contracciones moderadas</p> <p>e)Contractibilidaduterina,Frecuencia cardiaca fetal,Duración del trabajo de parto.</p> <p>11.¿Signos de alarma maternos y fetales que debe identificar en el trabajo de parto?</p> <p>a)Hipotensión arterial</p> <p>b)Pulso acelerado</p> <p>c)Variación de la frecuencia cardiaca fetal</p> <p>d)Ninguna es correcta</p> <p>e)Todas son correctas</p> <p>12.¿Cuáles son las maniobras de Leopold que permite identificar signos de alarma en el trabajo de</p>
--	--	--	--	--

				<p>parto inicial?</p> <p>a) Situación, Posición, Presentación</p> <p>b) Descenso Presentación, Situación</p> <p>c) Situación, Descenso, Encajamiento</p> <p>e) Rotación, Presentación, Situación</p> <p>13. ¿Puede ser podálica, Cefálica y transversa es importante evaluar en el primer periodo?</p> <p>a) Situación.</p> <p>b) Posición</p> <p>c) Presentación</p> <p>d) Descenso</p> <p>14. ¿Al signo de alarma que se caracteriza por salida de sangre roja rutilante vaginal, anillo de contracción se visualiza en el abdomen, dolor a la</p>
--	--	--	--	--

				<p>palpación en el trabajo de parto?</p> <p>a) Placenta previa</p> <p>b) Ruptura Uterina</p> <p>c) Shok séptico</p> <p>Contracciones fuertes</p>
			<p>Factores de riesgo obstetrico en el embarazo y parto.</p>	<p>15. ¿Es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo, después de la 38 semana y/o en trabajo de parto, tiene relación con afecciones neurológicas?</p> <p>a) Epilepsia</p> <p>b) Convulsiones</p> <p>c) Pre-eclampsia y Eclampsia severa</p> <p>d) Shock séptico</p> <p>16. ¿Comienza con la dilatación completa y termina con el nacimiento del Neonato. en qué periodo se ubica?</p>

				<p>a) Tercer periodo del nacimiento del neonato</p> <p>b) Segundo periodo de descenso y expulsión</p> <p>c) Primer Periodo de Encajamiento</p> <p>d) Nacimiento del Neonato</p> <p>17. ¿Es el conjunto de intervenciones dentro del primer minuto posterior al nacimiento para prevenir hemorragias es importante?</p> <p>a) Manejo activo del tercer periodo.</p> <p>b) Manejo integral del parto</p> <p>c) Palpar el útero</p> <p>c) Evaluar estado de conciencia</p> <p>18. ¿Es la pérdida sanguínea en cantidad variable que puede</p>
--	--	--	--	--

				<p>presentarse durante el embarazo, parto, o en el puerperio, proveniente de genitales internos o externos?</p> <p>a) Hemorragia Vaginal b) Hemorragia obstétrica c) Ruptura uterina d) Atonía uterina,</p> <p>19. Factores de riesgo en trabajo de parto precipitado y/o prolongado, retención de restos placentarios, gran múltipara puede presentarse complicaciones?</p> <p>a) Desgarro Vaginal b) Hemorragia obstétrica masiva c) Ruptura uterina. d) Atonía uterina</p> <p>20. ¿Complicaciones en la tracción violenta del cordón</p>
--	--	--	--	---

				<p>al no hacer la contra tracción puede presentarse?</p> <p>a)Retención de Placentaria  b)Inversión uterina  c)Hemorragia  d)Ruptura uterina</p> <p>21.¿Qué complicaciones se presenta en la ruptura prematura de membranas por la cantidad excesiva de líquido amniótico en el trabajo de parto?</p> <p>a)Taquicardia en la madre  b)Procidencia de cordón umbilical  c)Prolapso de miembros superiores  d)Retención Placentaria-</p> <p>22.¿Signos de peligro inicia contracciones regulares y dilatación del cuello uterino se presenta cuando el</p>
--	--	--	--	--

				<p>embarazo tiene entre 22 y 36 semana de gestación?</p> <p>a) Trabajo de parto a termino</p> <p>b) Trabajo de parto prematuro</p> <p>c) Trabajo de parto activo</p> <p>d) Trabajo de parto activo.</p> <p>23. ¿Qué acciones de enfermería realizaría en el Centro de convergencia al identificar signos y señales de peligro en situaciones de emergencia obstétrica describa?-----</p> <p>24. ¿Escriba el nombre de guía, norma y manual para la atención materna neonatal?----</p>
--	--	--	--	---

#### **4.13. Recursos Humanos, Materiales y financieros.**

##### **a. RECURSO HUMANO.**

- Responsable de la investigación
- 28 Auxiliares de Enfermería
- 1 Revisor
- 1 Asesor

##### **b. RECURSOS MATERIALES:**

1 Materiales y Suministros

- Equipo de computo, impresora, Internet
- Tinta para equipo de computo, mobiliario.
- Papel bond, Lapiceros y Lapices, Fotocopias, Folders, Fastener

#### **4.14.. Recursos Financieros .**

Los gastos económicos y de logística serán costeados por la responsable de la investigación.

## V. RESULTADOS

Los resultados de las respuestas fueron obtenidos por Auxiliares de Enfermería que laboran en Centros de Convergencias Fotalecidos en cuatro Jurisdicciones ubicados en el Municipio de Chisec Alta Verapaz.

1. Edad:		
18 años a 25 años	20	72%
26 años a 35 años	6	21%
36 años a 45 años	2	7%
Total	28	100%

2. ¿Cuánto tiempo tiene de laborar como Auxiliar de Enfermería?		
1 mes a 11 meses.	4	14%
1 año a 3 años	21	75%
3 años a 6 años	3	11%
6 años y mas	0	0
Total	28	100%

3. ¿Qué grado de escolaridad llevo a cursar?		
Nivel básico	20	72%
Diversificado	2	7%
Otros	6	21%
Total	28	100

4. ¿Es la unión del ovulo y espermatozoide inicia la concepción, la madre presenta una serie de cambios fisiológicos, el periodo de gestación dura 40 a 42 semanas?		
a) Amenorrea	0	
b) Embarazo	22	79%
c) Trabajo de parto Activo	5	18%
d) Atención prenatal	1	3%
Total	28	100%

5. Son cuidados y acciones que recibe la mujer durante el embarazo identificando temporalmente las complicaciones, los signos de peligro a través del auto cuidado y la participación de la familia, para lograr un parto en mejores condiciones		
a) Atención a la madre y/o del producto	0	0
b) Atención del Puerperio	0	0
c) Atención Prenatal personalizada y reenforcada	12	43%
d) Atención del parto	16	57%
Total	28	100%

6. ¿Comprende una serie de procesos mediante los cuales la madre expulsa el producto de la concepción se llama?		
a) Atención del RN	5	18%
b) Producto de la concepción	6	21%
c) Atención del parto	17	61%
d) Satisfacción de necesidades	0	0
Total	28	100%

7. En la adecuación de la posición para atención del parto es un derecho e importante que elija la madre, debe de enfatizar la identificación de signos de peligro para prevención de complicaciones en la atención.		
a) Parto en posición de litotomía.	15	53%
b) Parto vertical/natural	10	36%
c) Atención del parto a nivel familiar	1	4%
e) Parto distócico.	2	7%
Total	28	100%

8. Al proceso de dilatación con 4 cms. y estiramiento de cuello uterino inicia con la primera contracción uterina del verdadero trabajo de parto finaliza al completar 10 centímetros de dilatación		
a) Primer Periodo de encajamiento	7	25%
b) Segundo Periodo de contracciones	10	36%
c) Primer periodo de dilatación cervical	3	11%
d) Segundo periodo de dilatación cervical	8	28%
Total	28	100%

9. ¿Qué nombre recibe el instrumento para representación gráfica del trabajo de parto y sirve para la toma de decisiones?		
a) Control de signos vitales	2	7%
b) Mapa del trabajo de parto	3	11%
c) Parto-grama	21	75%
d) Registro de la frecuencia cardiaca fetal	2	7%
Total	28	100%

10. ¿El trabajo de parto es un proceso dinámico, cuya normalidad puede ser alterada en cualquier momento es importante identificar signos de peligro cómo?		
a) Segundo periodo de expulsión	1	3%
b) Frecuencia cardiaca fetal	2	7%
c) Trabajo de parto activo	3	11%
d) Contracciones moderadas	3	11%
e) Contractibilidad uterina, Frecuencia cardiaca fetal, Duración del trabajo de parto.	19	68%
Total	28	100%

11 ¿Signos de alarma maternos y fetales que debe identificar en el trabajo de parto?		
a) Hipotensión arterial	1	4%
b) Pulso acelerado	1	4%
c) Variación de la frecuencia cardiaca fetal	1	4%
d) Ninguna es correcta	9	32%
e) Todas son correctas	16	57%
Total	28	100%

12 ¿Cuáles son las maniobras de Leopold que permite identificar signos de alarma en el trabajo de parto inicial?		
a) Situación, Posición, Presentación	8	29%
b) Descenso, Presentación, Situación	4	14%
c) Situación, Descenso, encajamiento	13	46%
d) Rotación, Presentación, Situación	3	11%
Total	28	100%

13. ¿Puede ser podálica, Cefálica y transversa es importante evaluar en el primer periodo de trabajo de parto?		
a) Situación	0	0
b) Posición	7	25%
c) Presentación	21	75%
d) Descenso	0	0
Total	28	100%

14. ¿Al signo de alarma que se caracteriza por salida de sangre roja rutilante vaginal, anillo Bandi en contracción se visualiza en el abdomen, dolor a la palpación en el trabajo de parto?		
a) Placenta previa	11	39%
b) Ruptura Uterina	10	36%
c) Shok séptico	6	21%
d) Contracciones fuertes	1	4%
Total	28	100%

15. ¿Es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo, después de la 38 semana y/o en trabajo de parto, tiene relación con afecciones neurológicas?		
a) Epilepsia	9	32%
b) Convulsiones	7	25%
c) Pre eclampsia y Eclampsia severa	12	43%
d) Shock Séptico	0	0
Total	28	100%

16. ¿Comienza con la dilatación completa y termina con el nacimiento del Neonato en qué periodo se ubica ?		
a) Tercer periodo del nacimiento del neonato	7	25%
b) Segundo periodo de descenso y expulsión	9	32%
c) Primer Periodo de Encajamiento	4	14%
d) Nacimiento del Neonato	8	29%
Total	28	100%

17. ¿Es el conjunto de intervenciones dentro del primer minuto posterior al nacimiento para prevenir hemorragias es importante?		
a) Manejo activo del tercer periodo	5	18%
b) Manejo integral del parto	10	36%
c) Palpar el útero	10	36%
d) Evaluar estado de conciencia.	3	10%
Total	28	100

18. ¿Es la perdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el embarazo, parto, o en el puerperio, proveniente de genitales internos o externos?		
a) Hemorragia Vaginal	23	82%
b) Hemorragia obstétrica	3	11%
c) Ruptura uterina	2	7%
d) Atonía uterina	0	0
Total	28	100%

19. ¿Factores de riesgo en trabajo de parto precipitado y/o prolongado, retención de restos placentarios, gran múltipara puede presentarse complicaciones?		
a) Desgarro Vaginal	8	29%
b) Hemorragia obstétrica masiva	12	43%
c) Ruptura uterina	2	7%
d) Atonía uterina	6	21%
Total	28	100%

20. ¿Complicaciones en la tracción violenta del cordón al no hacer la contra tracción puede presentarse?		
a) Retención Placentaria	19	68%
b) Inversión uterina	3	11%
c) Hemorragia	4	14%
d) Ruptura uterina	2	7%
Total	28	100%

21. ¿Qué complicaciones se presenta en la ruptura prematura de membranas por la cantidad excesiva de líquido amniótico en el trabajo de parto?		
a) Taquicardia en la madre	12	43%
b) Procidencia de cordón umbilical	9	32%
c) Prolapso de miembros superiores	0	0
d) Retención Placentaria	7	25%
Total	28	100%

22. ¿Signos de peligro cuando se presenta en contracciones regulares y dilatación del cuello uterino acontece cuando el embarazo tiene entre 22 y 36 semana de gestacion ?		
a) Trabajo de parto atermينو	12	43%
b) Trabajo de parto prematuro	15	53%
c) Trabajo de parto activo	1	4%
d) Trabajo de parto activo	0	0
Total	28	100%

23 ¿Qué acciones de enfermería realizaría en el Centro de convergencia al identificar signos y señales de peligro en situaciones de emergencia obstétrica describa ?.		
Activar el plan de emergencia familiar y comunitario	3	11%
Referencia al servicio más cercano	12	43%
Identificar signos de peligro	9	32%
Respondieron acciones no relacionada a la atención de materna y/o emergencias obstétricas.	4	14%
Total	28	100%

24. ¿Escriba el nombre de guía, norma y manual para la atención materna neonatal?		
Normas de atención	3	11%
Código Rojo	2	7%
No respondió	23	82%
Total	28	100

## VI. DISCUSION Y ANALISIS

Para el abordaje de la temática de fortalecer las habilidades, conocimientos y competencias técnicas del personal de enfermería específicamente Auxiliares de Enfermería para realizar el diagnóstico, manejo y tratamiento oportuno en atención materno neonatal en el primer, segundo y tercer nivel de atención en la red de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es necesario establecer metodologías de formación en procesos de capacitación, la discusión del Tema competencias del personal Auxiliar de Enfermería en la identificación de signos y señales de peligro durante el trabajo de parto en el Municipio de Chisec Alta Verapaz, investigación realizada a 28 Auxiliares de Enfermería que laboran en Centros de convergencias en el mes de abril y mayo del 2014 ubicadas en jurisdicciones de la prestadora de servicios básicos de salud, bajo la responsabilidad de la Fundación para el Desarrollo de la Mujer Indígena FUNDEMI TALITA KUMI.

La fuerza laboral es joven el 72% su quehacer en la profesión la promoción del autocuidado en la atención materno neonatal en la comunidad y tomar decisiones oportunamente, compartir momentos especiales del ser humano como nacer, crecer, desarrollarse físicamente, reproducirse sentir sufrimiento o el déficit en momentos de morir, este cuidado debe ser efectivo. En relación al tiempo de laborar y desempeñarse como auxiliar de enfermería el 75% de 1 a 3 años es trabajador joven sin experiencia es evidente la necesidad de actualizar y fortalecer los conocimientos en atención materno neonatal, la motivación construye un poderoso valor para lograr importantes resultados que satisfagan necesidades de salud de las personas que demandan atención específicamente el grupo de riesgo reproductivo mujeres la experiencia y los conocimientos son factores que fortalecen las competencias técnicas para brindar una atención de calidad y con calidez. En relación al grado de escolaridad del Auxiliar de Enfermería: el 72%, cuenta con Nivel Básico la escolaridad es un factor determinante para fortalecer el desempeño del personal para su desarrollo personal e intelectual, orientado atención de calidad al usuario específicamente el grupo materno neonatal.

Al realizar el análisis de la variable en relación al embarazo un 79% tienen conocimiento del periodo de gestación dura, mientras que el 43% identifica la importancia de la atención prenatal personalizada y reenfocada, comprende sobre el 61% la atención del parto, solo un 36% tienen conocimientos de la atención del parto vertical es la posición natural con adecuación cultural, un 11% identifica el primer periodo de dilatación cervical, 75% tienen conocimiento que el partograma es el instrumento para representación gráfica del trabajo de parto y sirve para la toma de decisiones, el 68% identifica contractibilidad uterina, frecuencia cardíaca fetal y duración del trabajo de parto es un proceso dinámico, 57% responde que la hipotensión arterial, pulso acelerado, variación de la frecuencia cardíaca fetal son signos de alarma maternos y fetales que debe de identificarse durante el trabajo de parto, 29% identifica que la situación, posición, presentación al realizar la maniobra de Leopold permite identificar signos de alarma, y 75% responde es importante identificar la presentación del feto es necesario evaluar en el primer periodo de trabajo de parto con la maniobra de Leopold para identificar signos de peligro en la madre y la toma de decisiones para la referencia inmediata y oportuna.

En el análisis de las competencias del personal auxiliar de enfermería en identificación de signos y señales de peligro: un 36% identifican ruptura uterina como signo de alarma se visualiza en el abdomen, dolor a la palpación en el trabajo de parto, 43% responde que la pre eclampsia y eclampsia severa es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo, después de la 38 semana y/o en trabajo de parto, tiene relación con afecciones neurológicas,

En la determinante del segundo periodo del parto comienza con la dilatación completa y termina con el nacimiento del Neonato respondieron el 32% identifican correctamente segundo periodo del parto con la dilatación completa del cérvix y termina con el nacimiento del neonato en este suceso es importante mantener la vigilancia de las contracciones y la frecuencia cardíaca fetal, 18% saben y tienen conocimiento del manejo activo del tercer periodo es el conjunto de intervenciones dentro del primer minuto posterior al nacimiento para prevenir hemorragias, 11% identifica que la hemorragia obstétrica es la pérdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el embarazo, parto y/o en el puerperio, proveniente de genitales internos o externos, 43% sabe que la Hemorragia obstétrica masiva son factores de riesgo en trabajo de parto precipitado y/o prolongado, retención de restos placentarios, gran múltipara puede

presentarse complicaciones que ponen en riesgo la vida de la madre y el feto, el 11% tiene conocimiento que la inversión uterina es una de las complicaciones que se presenta en la atención del parto al realizar la tracción violenta del cordón, al no hacer la contra tracción puede presentarse una emergencia obstetrica, respondieron el 32% identifican y tienen conocimiento que la procidencia de cordon ubilicales una de las complicaciones se presenta en la ruptura prematura de membranas por la cantidad excesiva de líquido amniótico en el trabajo situación que pone en riesgo supervivencia del feto, y el 53% sabe que el trabajo de parto prematuro es un signos de peligro cuando se presenta contracciones regulares y dilatación del cuello uterino acontece cuando el embarazo tiene entre 22 y 36 semana de gestación, situacion que pone en peligro la vida de la madre y el neonato.

Las intervenciones de la auxiliar enfermería en los centros de convergencias fortalecidos es realizar acciones con la organización comunitaria para la toma de decisiones en situaciones de emergencias obstetricas respondieron el 11% Activar el plan de emergencia familiar y comunitario, el 32% identifican signos de peligro, 43% realizar referencia al servicio más cercano en situaciones de emergencias obstétricas, y el 14% respondieron realizar acciones no relacionadas a la atención materno neonatal, prevaleciendo el poco conocimiento en la aplicación de la Guia y la función del plan de emergencia comunitario, 82% no respondió se evidencia desconocen la existencia de la Guia para la Implementacion de la Atencion Integrada Materna y Neonatal Calificada con enfoque de Genero y con Pertinencia Cultural en los servicios institucionales de Atencion de Parto, manual delCodigo Rojo, Guia del Facilitador I y II para orientación la presentación y resolucion de casos de complicaciones en la primera mitad del embarazo, parto y Puerperio en la red de los servicios de salud prevaleciendo el poco conocimiento en la aplicación de normas y protocolos como herramientas de trabajo para la atención materno neonatal.

## 6.1. CONCLUSIONES

6.1.1 Es evidente en los resultados estadísticos la edad 72% la fuerza laboral es joven, nivel de escolaridad y el 75% de 1 a 3 años es trabajador joven sin experiencia, tiempo de ejercer y el 72%, cuenta con Nivel Básico de escolaridad siendo un factor determinante para los Auxiliares de Enfermería para desarrollar los conocimientos y fortalecer las competencias técnicas para brindar una atención con eficiencia, de calidad y calidez.

6.1.2 Los resultados de los datos estadísticos el 43% identifica la importancia de la atención prenatal personalizada y reenfocada, 36% tienen conocimientos de la atención del parto vertical es la posición natural con adecuación cultural, el 11% el primer periodo de dilatación cervical saben que es proceso de dilatación con 4 cms. y estiramiento del cuello uterino inicia con la primea contracción del verdadero trabajo de parto finaliza al completar 10 centímetros de dilatación, 68 % saben contractibilidad uterina, frecuencia cardiaca fetal, duración del trabajo de parto es un proceso dinámico que cuya normalidad puede ser alterada en cualquier momento es importante identificar signos y señales de peligro para la toma de decisiones para la referencia oportuna de la paciente con emergencias obstétricas.

6.1.3 El personal auxiliar de enfermería en los resultados obtenidos evidencia la deficiencia en conocimientos y en el manejo de las hemorragias Obstétricas, pues 11% identifica que la hemorragia obstétrica es la pérdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el embarazo, parto y/o en el puerperio, proveniente de genitales internos o externos, en el municipio de Chisec el 60% de las muertes maternas ocurridas en el año 2013 fueron por hemorragias obstétricas es de trascendencia la atención de hemorragias específicamente en situaciones de emergencias obstétricas que se presenta en el primer nivel de atención, es necesario realizar acciones de atención inmediatas para la toma de decisiones y referencia oportunamente.

6.1.1 Dentro del contexto del fortalecimiento de la organización se evidencia que el/la auxiliar de enfermería el 11% Activa el plan de emergencia familiar y comunitario prevaleciendo la debilidad en el funcionamiento de los comités de salud en situaciones de emergencias obstétricas lo cual pone en riesgo la toma de desiciones y el funcionamiento correcto del mismo, el 82% no respondieron en escribir el nombre de herramientas de trabajo y consulta en Normas de atención del Primer y segundo nivel de atención, Guías para la implementación de Atención Integral Materno y Neonatal, Manual delCodigo Rojo, el personal auxiliar de enfermería que labora en los centros de convergencias fortalecidos no tiene claro la importancia de mantener como herramienta de trabajo las: Normas de Atencion, Guia y Protocolo para atención Materna Neonatal

## 6.2 RECOMENDACIONES.

6.2.1 Fortalecer las competencias en conocimientos de procesos de trabajo de parto en la identificación de signos y señales de peligro para la referencia oportuna de la paciente a un nivel de atención con resolución obstétrica del personal Auxiliar de enfermería. y ejecución de proyecto de educación permanente para la atención Materno Neonatal dirigido al personal Auxiliar de Enfermería

6.2.2 Mantener actualizado los conocimientos del personal Auxiliar de Enfermería que presta servicios básicos de salud en atención Materno Neonatal para el manejo de las emergencias obstétricas, identificación de signos y señales de peligro utilizando como herramienta de trabajo : Norma de atención del primer y segundo nivel de atención, Guía de atención integral Materno y Neonatal, manual de Código Rojo, Plan de Emergencia Comunitario y Familiar para garantizar la calidad de atención y la identificación de signos y señales de peligro realizando referencia oportuna de pacientes en situaciones de emergencias obstétricas al segundo nivel de atención de resolución obstétrica y neonatal.

## RESULTADO DE INTERVENCIONES

Como resultado a la investigación planteo un Proyecto de educación permanente para fortalecer las competencias técnicas del personal Auxiliar de Enfermería en Temas identificación de signos y señales de peligro durante el trabajo de parto en las Jurisdicciones de la Prestadora de servicios básicos de salud FUNDEMI TALITA KUMI en el Municipio de Chisec Alta Verapaz, donde los Auxiliar de Enfermería realizan intervenciones y acciones de atención materno y neonatal este personal labora en Centros de convergencias fortalecidos, tienen el primer contacto con mujeres embarazadas, pacientes con trabajo de parto cuando le solicita apoyo la comadrona y/o familiares de la parturienta en las comunidades del Municipio Chisec se elabora un programa calendarizando los temas de abodaje utilizando la Guia Para la implementación de la Atención Integrada Materna y Neonatal Calificada con enfoque de Genero y Con Pertinencia Cultural, en los servicios Instiucionales, Manual “Codigo Rojo” para el Manejo de las Emergencias Obstetricas, Normas de Atencion del primer y segundo Nivel, Plan de Emergencia Comunitario y familiar se esta coordinando directamente con la Coordinadora y el Gerente financiero de la ONG para la ejecución del proyecto que se inciara en el mes de agosto del 2014, se negocio y se compra la provision de insumos, el 20 % del pro proyecto se ha ejecutado, se socializo el proyecto con personal institucional de la Organización el objetivo de la ejecución del poyecto educativo es disminuir la mortalidad materna en el Municipio de Chisec A.V. fortaleciendo las competencias técnicas del personal Auxiliar de Enfermería que labora en los Centros de convergencias Fotalecidos, se involucra al Directora del Distrito por la rectoría para el seguimiento y coordinación del proces.o en el Municipio de Chisec A.v.

## VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Alan H. De Cherney editor, Diagnostico y Tratamientos Gineco-obstétricos. Capítulo 10 Curso y Atención del Trabajo de Parto; Biswas y Craigo. Paginas241-273. 7ª. Edición. Español.- Editorial Manual Moderno. 1997.
2. CONGRESO DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA, DERECHO 32-2010, Ley para la Maternidad Saludable, Emitido en el Palacio Nacional del Organismo Legislativo en la Ciudad de Guatemala Nueve de Septiembre dos mil trece .
3. Danforth Tratado de Obstetricia y Ginecología.- Capitulo 7 Trabajo de Parto, Parto y puerperio normales. Farrington y Ward.-8ª. Edición, Editorial Mc Graw Hill. 1999.
4. DIARIO de CENTRO AMERICA, Guatemala VIERNES 20 de Abril 2012, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. REGLAMENTO DE LA LEY PARA MATERNIDAD SALUDABLE, ACUERDO GUBERNATIVO **No. 65-2012** (Guatemala, 29 de marzo de 2012) **Artículo 16**. Institucionalización de los Centros de atención permanente.
5. Fesina RH. De Mucio B. Díaz Rossello JL Martínez G, Serruya S., Salud Sexual y Reproductiva, Guía para el CONTINUO DE ATENCION de la Mujer y del Recién Nacido focalizada en APS, 2º Edición 2010 CLP/SMR-OPS/OMS.
6. FUNDACION PARA EL DESARROLLO DE ENFERMERIA Caecid Juana Macías Seda, Juan Gómez Salgado Atención del parto y puerperio de riesgo ENFERMERIA OBSTETRICO- GINECOLOGIA 2008, pag. 61 al 62.
7. Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía para la Implementación de la Atención integral Materna Neonatal, Calificada con Enfoque de Género y Con Pertinencia Cultural en los servicios institucionales de Atención de Parto. 2º Edición Guatemala MSPAS. 2011 pag. 1 al 7.
8. GODOY MEDINA, Imelda Cobán A. APRESAL-OPS/OMS-W.K.-Kellogg's. Cobán Alta Verapaz, 1999 P. 48
9. Guatemala C.A. DIARIO de CENTRO AMERICA, Guatemala VIERNES 20 de Abril 2012, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. REGLAMENTO DE LA LEY PARA MATERNIDAD SALUDABLE, ACUERDO GUBERNATIVO No. 65-2012 (Guatemala, 29 de marzo de 2012) Artículo 16. Institucionalización de los Centros de atención permanente.

10. Guatemala COMITE DE ABORDAJE METODOLOGICO EN COMPTENCIAS TECNICAS DE ENFERMERIA, COMPETENCIAS TECNICAS LABORALES PERSONA DE ENFERMERIA GUATEMALA C.A. 2007, MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASITENCIA SOCIAL
11. Guatemala, Manual “código Rojo” para el manejo de la hemorragia obstétrica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Programa Nación de Salud Reproductiva. Primera Edición 2013.Pag.5 al 15.
12. RICARDO SCHAWARCZ-RICARDO FECINA- CARLOS DUVERGES, OBSTETRICIA, sexta edición julio 2005, séptima reimpresión 2012, pag. Capítulo 11 El Parto normal pag 432 al 484
13. Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Estudio Nacional de Mortalidad Materna INFORME FINAL, Guatemala, noviembre del 2011 pag. 12 al 21.
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de regulación de Atención a las Personas Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal 1ª edición 2011,
15. Madeleine Leininger Modelos y Teoría en Enfermería, Editorial HARCOUT BRACE Cuarta Edición1999 Pag. 439-4450
16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Sistema Integral de Atención en Salud SIAS, Unidad de Desarrollo de Enfermería “UDSE ” Normativa de Enfermería Comunitaria Nivel I y II, 2007, pag- 7 y 8
17. MARK MORGAN SAM SIDDIGHI, Ginecología y Obstetricia, Primera edición en español 2006 Mc GRAW\_HILL/INTERAMERICANA EDITORES S.ADE C.V., capitulo 2 y 3 pag. 19, 20,21.
18. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guía del Facilitador I para orientar la presentación y resolución de casos de complicaciones de la primera mitad del embarazos en servicios con atención de partos, con apoyo técnico bajo contrato GHS-A-09-00015-00University Research Co.LLC(URC)/Cotratation. Guatemala 2013.

19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guía del Facilitador II para orientar la presentación y resolución de casos de complicaciones de la segunda mitad del embarazo, Parto y Puerperio en servicios con atención de partos, con apoyo técnico USAID bajo contrato GHS-A-09-00015-00University Research Co.LLC(URC)/Cotratatión. Guatemala 2013.
20. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Regulación de Programas de Atención a las Personas DRPAP., Normas de Atención en Salud Integra para el Primer y Segundo Nivel, año 2010.
21. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Departamento de Regulación de Programas de Atención a las Personas. Programa de Medicina Tradicional y alternativa Manual de Adecuación del Parto Natural/Vertical y sus distintas Posiciones en el Marco Multicultural de GUATEMALA 2011 pag. 5 al 12
22. HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto, FERNANDEZ COLLADO, Carlos y PAPTISTA LUCIO, Pilar, Metodología de la Investigación 5ta Ed. McGRAW-HILL/Interamericana Editores. S.A. de C.V. Editorial Mexicana 2010 pag. 174 a 176
23. Ministerio de Salud Pública y Asistencia social Departamento de Regulación de Programas Atención a las personas Programa de Salud Reproductiva Referencia sobre Medicina Basada en Evidencia en salud Neonatal AIEPI- Guatemala de la Asunción 2012, Pag. 25 y 26.
24. Universidad de Barcelona- MECANISMOS DEL PARTO Pagina disponible <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/977/1/> acezado 30 de noviembre de 2013
25. UNIVESIDAD DEL VALLE Vicerrectoría Académica, CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA MUJER DURANTE EL PARTO Y POS PARTO, 2001 por: Universidad del Valle, año 2001 por: Dirección de Educación Desescolarizada. Pag. 32-33.
26. XIII CURSO INTENSIVO DE FORMACION CONTINUA MEDICINA INTERNA MATERNO-FETAL, Prof. L. Cabero Roura, Prof. V. Cararach Ramoneda. 2006 pag.169 al 173

## VIII. ANEXOS

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA DE COBAN A.V.  
MAESTRIA MATERNO NEONATAL**



CUESTIONARIO

**INSTRUCCIONES:**

A continuación se presenta una serie de cuestionamientos donde se le solicita colocar con una **X** las respuestas que usted considere correcto en los espacios en blanco.

Fecha: \_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA:**

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Cuanto tiempo tiene de laborar como Auxiliar de Enfermería. Meses: \_\_\_\_, Años: \_\_\_\_\_
3. ¿Qué grado de escolaridad llego a cursar?  
Nivel básico \_\_\_\_\_ Diversificado \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_
4. ¿Es la unión del ovulo y espermatozoide inicia la concepción, la madre presenta una serie de cambios fisiológicos, el periodo de gestación dura 40 a 42 semanas?
  - a) Amenorrea
  - b) Embarazo
  - c) Trabajo de parto Activo
  - d) Atención prenatal
5. ¿Son cuidados y acciones que recibe la mujer durante el embarazo identificando temporalmente las complicaciones, los signos de peligro a través del auto cuidado y la participación de la familia, para lograr un parto en mejores condiciones?
  - a) Atención de la madre y/o del producto
  - b) Atención del Puerperio
  - c) Atención Prenatal personalizada y reenfocada
  - d) Atención Parto.

6. ¿Comprende una serie de procesos mediante los cuales la madre expulsa el producto de la concepción se llama?

- a) Atención del RN
- b) Producto de la concepción.
- c) Atención del parto
- d) Satisfacción de necesidades

  
  
  

7. En la adecuación de posición para la atención del parto es un derecho e importante elegir, debe de enfatizar la identificación de signos de peligro para prevención de complicaciones en la atención.

- a) Parto en posición de litotomía
- b) Parto vertical/natural
- c) Atención del parto a nivel familiar
- d) Parto distócico

  
  
  

8. Al proceso de dilatación con 4 cms. y estiramiento de cuello uterino inicia con la primera contracción uterina del verdadero trabajo de parto finaliza al completar 10 centímetros de dilatación.

- a) Primer periodo de encajamiento
- b) Segundo periodo de contracciones
- c) Primer periodo de dilatación cervical
- d) Segundo periodo de dilatación cervical

  
  
  

9. ¿ Que nombre recibe el instrumento para representación grafica del trabajo de parto y sirve para la toma de decisiones.?

- a) Control de signos vitales
- b) Mapa del trabajo de parto
- c) Parto-grama
- d) Registro de la frecuencia cardiaca fetal.

  
  
  

10. ¿El trabajo de parto es un proceso dinámico, cuya normalidad puede ser alterada en cualquier momento es importante identificar signos de peligro cómo?

- a) Segundo periodo de expulsión
- b) Frecuencia cardiaca fetal
- c) Trabajo de parto activo
- d) Contracciones moderadas
- e) Contractibilidad uterina, Frecuencia cardiaca fetal, Duración del trabajo de parto.

11. ¿Signos de alarma maternos y fetales que debe identificar en el trabajo de parto?

- a) Hipotensión arterial
- b) Pulso acelerado
- c) Variación de la frecuencia cardiaca fetal
- d) Ninguna es correcta
- e) Todas son correctas


12. ¿Cuáles son las maniobras de Leopold que permite identificar signos de alarma en el trabajo de parto inicial?

- a) Situación, Posición, Presentación
- b) Descenso Presentación, Situación
- c) Situación, Descenso, Encajamiento
- d) Rotación, Presentación, Situación


13. ¿Puede ser podálica, Cefálica y transversa es importante evaluar en el primer periodo?

- a) Situación.
- b) Posición
- c) Presentación
- d) Descenso


14. ¿Al signo de alarma que se caracteriza por salida de sangre roja rutilante vaginal, anillo de contracción se visualiza en el abdomen, dolor a la palpación en el trabajo de parto?

- a) Placenta previa
- b) Ruptura Uterina
- c) Shok séptico
- d) Contracciones fuertes.


15. ¿Es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo, después de la 38 semana y/o en trabajo de parto, tiene relación con afecciones neurológicas?

- a) Epilepsia
- b) Convulsiones
- c) Pre-eclampsia y Eclampsia severa
- d) Shock séptico


16. ¿Comienza con la dilatación completa y termina con el nacimiento del Neonato.  
en qué periodo se ubica?

- a) Tercer periodo del nacimiento del neonato
- b) Segundo periodo de descenso y expulsión
- c) Primer Periodo de Encajamiento
- d) Nacimiento del Neonato


17. ¿Es el conjunto de intervenciones dentro del primer minuto posterior al nacimiento para prevenir hemorragias es importante?

- a) Manejo activo del tercer periodo.
- b) Manejo integral del parto
- c) Palpar el útero
- d) Evaluar estado de conciencia


18. ¿Es la perdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el embarazo, parto, o en el puerperio, proveniente de genitales internos o externos?

- a) Hemorragia Vaginal
- b) Hemorragia obstétrica
- c) Ruptura uterina
- d) Atonía uterina,


19. ¿ Factores de riesgo en trabajo de parto precipitado y/o prolongado, retención de restos placentarios, gran múltipara puede presentarse complicaciones?

- a) Desgarro Vaginal
- b) Hemorragia obstétrica masiva
- c) Ruptura uterina.
- d) Atonía uterina


20. ¿Complicaciones en la tracción violenta del cordón al no hacer la contra tracción puede presentarse?

- a) Retención Placentaria
- b) Inversión uterina
- c) Hemorragia
- d) Ruptura uterina


21. ¿Qué complicaciones se presenta en la ruptura prematura de membranas por la cantidad excesiva de líquido amniótico en el trabajo de parto?

- a) Taquicardia en la madre
- b) Procidencia de cordón umbilical
- c) Prolapso de miembros superiores
- d) Retención Placentaria-


22. ¿Signos de peligro inicia contracciones regulares y dilatación del cuello uterino se presenta cuando el embarazo tiene entre 22 y 36 semana de gestación?

- a) Trabajo de parto a termino
- b) Trabajo de parto prematuro
- c) Trabajo de parto activo
- d) Trabajo de parto activo.


23. ¿Qué acciones de enfermería realizaría en el Centro de convergencia al identificar signos y señales de peligro en situaciones de emergencia obstétrica describa?

---

---

---

24. ¿Escriba el nombre de guía, norma y manual para la atención materna neonatal?

---

---

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Chisec, Alta Verapaz 2014.

Yo como parte de los sujetos de estudio, previamente informado y enterado/a de los objetivos de la investigación que se titula "COMPETENCIAS DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA IDENTIFICACION DE SIGNOS Y SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN EL MUNICIPIO DE CHISEC ALTA VERAPAZ 2014, firmo la presenta que sirve como constancia de mi participación informada y voluntaria, puedo retirarme en cualquier momento si fuera necesario tomar la decisión de realizarlo.

”

Firma\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_

## PERMISO DE LA AUTORA PARA COPIAR EL TRABAJO

La autora concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la presente tesis, para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala, lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial. Así como debe ser referencia compareciente cuando se cite de forma parcial o total los contenidos de esta tesis.