



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA,
RELACIONADO CON EL MANEJO DE LA OXITOCINA EN LA
SEGUNDA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO EN EL CENTRO
OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO,
DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2014 – ENERO 2015.”**

Requisito previo para optar el Título de Licenciada en Enfermería

Autora: Paredes Fernández, Gabriela Alejandra

Tutora: Lic. Mg. Chasillacta Amores, Fabiola Beatriz

Ambato – Ecuador

Marzo, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, RELACIONADO CON EL MANEJO DE LA OXITOCINA EN LA SEGUNDA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO EN EL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO, DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2014 – ENERO 2015.”** de Paredes Fernández Gabriela Alejandra estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Enero del 2015

LA TUTORA

.....
Lic. Mg. Chasillacta Amores, Fabiola Beatriz

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **“INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, RELACIONADO CON EL MANEJO DE LA OXITOCINA EN LA SEGUNDA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO EN EL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO, DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2014 – ENERO 2015”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Enero del 2015

LA AUTORA

.....
Paredes Fernández Gabriela Alejandra

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Enero del 2015

LA AUTORA

.....
Paredes Fernández Gabriela Alejandra

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, RELACIONADO CON EL MANEJO DE LA OXITOCINA EN LA SEGUNDA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO EN EL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO, DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2014 – ENERO DEL 2015.”**, de Gabriela Alejandra Paredes Fernández estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Marzo del 2015

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dediqué primeramente a Dios, por haberme guiado con sabiduría y fortaleza en el transcurso de mi vida, para alcanzar con éxito mi meta.

Con mucho cariño dedico este trabajo a mis padres Juan y Russy, por haberme apoyado incondicionalmente en todo momento, quienes me supieron inculcar valores y perseverancia para salir adelante y superarme, y especialmente a mi esposo e hijo Bolívar y Matias quienes son el motor de mi vida, sin su apoyo no hubiera logrado alcanzar el sueño de ser una profesional.

A mis maestras, doctores(as), enfermeras, y amigos (as), que me dieron su ayuda absoluta y con sus consejos me impulsaron a seguir adelante y luchar por los objetivos planteados.

A todas las personas que compartieron conmigo este sueño y que ahora es una realidad, no me queda más que decirles muchas gracias.

Gabriela Alejandra Paredes Fernández

AGRADECIMIENTO

Mi sincero agradecimiento a Dios por llenarme de bendiciones. A mis padres, hermanos y familiares por su paciencia, comprensión y ánimo recibidos durante mi carrera.

Agradezco especialmente a mi tutora: Lcda. Mg. Fabiola Chasillacta quien me compartió sus conocimientos y experiencias, que además de ser mí tutora me brindo su amistad y confianza, con el fin de terminar con éxito esta investigación.

De igual manera agradezco a la prestigiosa Universidad Técnica de Ambato y a sus docentes, por acogerme en sus aulas, he impartir sus conocimientos y experiencias, para permitirme crecer como persona y realizarme profesionalmente.

A todo el personal que labora en el Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato, por la colaboración y contribución brindada en el desarrollo de esta investigación.

Gracias a todas las personas que hicieron posible el cumplimiento de este trabajo investigativo.

Gabriela Alejandra Paredes Fernández

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE CUADROS.....	xi
RESUMEN.....	xiii
SUMMARY	xv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1. TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN	2
1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO.....	5
1.2.3. PROGNOSIS	6
1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES	6
1.2.6. DELIMITACIÓN	6
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	7
1.4 OBJETIVOS.....	8
1.4.1 GENERAL.....	8
1.4.2 ESPECÍFICOS	8
CAPÍTULO II.....	9
MARCO TEÓRICO	9
2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	9
2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA	11

2.3.	FUNDAMENTACIÓN LEGAL	11
2.4	CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	19
2.4.1	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	20
2.4.2	ENFERMERÍA	24
2.4.3	ROL DE LA ENFERMERA.....	25
2.4.4	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	27
2.4.5	LABOR DE PARTO	37
2.4.6	ETAPAS DE LA LABOR DE PARTO:	39
2.4.8	ADMINISTRACIÓN CORRECTA DE LA OXITOCINA	50
2.5	HIPÓTESIS.....	58
2.6	SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS.....	58
	CAPÍTULO III	59
	METODOLOGÍA.....	59
3.1.	ENFOQUE INVESTIGATIVO	59
3.2.	MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	59
3.3.	NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	60
3.4.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	60
3.5.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	61
3.5.1.	VARIABLE DEPENDIENTE: MANEJO DE LA OXITOCINA EN LA SEGUNDA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO.....	61
3.5.2.	VARIABLE INDEPENDIENTE: INTERVENCIÓN DEL PERSONAL ENFERMERÍA.....	62
3.6.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	64
3.7.	RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	64
3.8.	PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	65
	CAPÍTULO IV	66
	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	66
4.1	ENCUESTAS APLICADAS AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO.....	66
4.2.	VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	84
4.2.1	PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS NULA (H ₀) Y ALTERNA (H ₁). 84	

4.3. COMBINACIÓN DE FRECUENCIAS.....	85
4.3.1.- ELECCIÓN DEL ESTIMADO ESTADÍSTICO.	85
CAPÍTULO V	89
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	89
5.1 CONCLUSIONES.....	89
5.2 RECOMENDACIONES	90
CAPÍTULO VI.....	91
PROPUESTA DE SOLUCIÓN.....	91
6.1. DATOS INFORMATIVOS.....	91
6.1.1. TÍTULO:.....	91
6.1.2. INSTITUCIÓN EJECUTORA:	91
6.1.3. BENEFICIARIOS:.....	91
6.1.4. UBICACIÓN:	91
6.1.5. TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN:	91
6.1.6. NOMBRE DE LA RESPONSABLE:	91
6.1.7. COSTO:.....	92
6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	92
6.3. JUSTIFICACIÓN	92
6.4. OBJETIVOS	93
6.4.1 OBJETIVO GENERAL	93
6.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	93
6.5. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	93
6.6. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO TÉCNICA	94
6.8. ADMINISTRACIÓN	107
6.9. RECURSOS.....	107
6.10 CRONOGRAMA.....	108
6.11 IMPACTO	108
6.12 EVALUACIÓN	109
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110
BIBLIOGRAFÍA	110
LINKOGRAFÍA.....	111
CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA.....	114

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N° 1.....	45
CUADRO N° 2.....	49
CUADRO N° 3.....	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CAPÍTULO II

GRÁFICO N° 1A: RED DE INCLUSIONES	19
---	----

CAPÍTULO IV

GRÁFICO N° 1	66
GRÁFICO N° 2	68
GRÁFICO N° 3	69
GRÁFICO N° 4	70
GRÁFICO N° 5	71
GRÁFICO N° 6	72
GRÁFICO N° 7	73
GRÁFICO N° 8	74
GRÁFICO N° 9	75
GRÁFICO N° 10	76
GRÁFICO N° 11	77
GRÁFICO N° 14	80
GRÁFICO N° 15	81
GRÁFICO N° 16	82
GRÁFICO N° 17	83
GRÁFICO N° 12	78
GRÁFICO N° 13	79

ÍNDICE DE TABLAS

CAPÍTULO III

TABLA N° 1A: VARIABLE DEPENDIENTE.....	61
TABLA N° 2B: VARIABLE INDEPENDIENTE.....	63
TABLA N° 3C: RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	64

CAPÍTULO IV

TABLA N °1	66
TABLA N °2	68
TABLA N °3	69
TABLA N °4	70
TABLA N °5	71
TABLA N °6	72
TABLA N °7	73
TABLA N °8	74
TABLA N °9	75
TABLA N °10.....	76
TABLA N °11.....	77
TABLA N °12.....	78
TABLA N °13.....	79
TABLA N °14.....	80
TABLA N° 15	81
TABLA N °16.....	82
TABLA N °17.....	83

CAPÍTULO VI

TABLA N° 4D: MODELO OPERATIVO	106
TABLA N° 5 E: CRONOGRAMA	108

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

**“INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA,
RELACIONADO CON EL MANEJO DE LA OXITOCINA EN LA
SEGUNDA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO EN EL CENTRO
OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO,
DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2014 – ENERO 2015.”**

Autora: Paredes Fernández, Gabriela Alejandra

Tutora: Lcda. Mg. Chasillacta Amores, Fabiola Beatriz

Fecha: Ambato, Enero del 2015

RESUMEN

En el Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato se realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar las intervenciones del personal de enfermería, en relación al manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto, para la obtención de la información se utilizó instrumentos de tipo cuestionario y ficha de observación. La población de estudio para el momento de la aplicación de los instrumentos estuvo conformada por 12 licenciadas de enfermería.

Además la investigación se ha realizado siguiendo las etapas del método científico, complementado con el estudio bibliográfico, donde se ha determinado que en el nivel de conocimientos sobre el manejo de la oxitocina por parte del personal de enfermería del Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato es escaso lo que conlleva a que tengan una mayor predisposición a presentar complicaciones durante y después del parto.

Al hacer nuestras encuestas al personal de enfermería constatamos que la mayor parte es consciente de que los problemas de salud surgen por la falta de implementación de Guías de Atención del uso de la oxitocina y falta de capacitación al personal de salud; es por ello que hemos elaborado una Guía de Atención sobre la utilización de la oxitocina, además una pequeña capacitación dirigido al personal de enfermería con el objetivo de mejorar y actualizar el conocimiento del personal acerca de todas las actividades específicas que debe cumplir la enfermera en el manejo y control de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto.

PALABRAS CLAVES: ENFERMERÍA, OXITOCINA, LABOR_PARTO, SEGUNDA_ETAPA, COMPLICACIONES.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
NURSING CAREER

"STATEMENT OF NURSES, RELATING TO THE MANAGEMENT OF OXYTOCIN IN THE SECOND STAGE OF LABOR IN THE CENTER OF PROVINCIAL GYN TEACHING HOSPITAL AMBATO, DURING THE PERIOD AUGUST 2014 - JANUARY 2015."

Author: Paredes Fernandez, Gabriela Alejandra

Tutor: Lcda. Mg. Chasillacta Amores, Fabiola

Date: Ambato, January 2015

SUMMARY

In the Obstetric Center of Provincial Teaching Hospital Ambato conducted a study whose objective was to determine the interventions of nurses in relation to the handling of oxytocin in the second stage of labor, to obtain information instruments was used type questionnaire and observation sheet. The study population for the time of application of the instruments consisted of 12 licensed nursing.

Further research has been conducted following the steps of the scientific method, supplemented with literature review, where it has been determined that the level of knowledge on the management of oxytocin by the nursing staff of the Obstetric Center of Provincial Teaching Hospital Ambato is low which leads to having a greater predisposition to complications during and after delivery.

In making our nursing staff surveys find that most are aware that health problems arise from the lack of implementation of Care Guide oxytocin use and lack of training health personnel; is why we have prepared a Guide Service on the use of oxytocin, plus a small training targeted to nurses with the aim of improving and

updating staff knowledge about all the specific activities that must meet the nurse in the management and control of oxytocin in the second stage of labor.

KEYWORDS: NURSING, OXYTOCIN, LABOR, STAGE, COMPLICATIONS.

INTRODUCCIÓN

El Hospital Provincial Docente Ambato, cuenta con diferentes servicios, en el que se encuentra el Centro Obstétrico, donde se atiende a mujeres gestantes en labor de parto.

El embarazo es sin duda, una de las mejores etapas en la vida de una mujer, la cual se prepara durante 40 semanas en la espera del nuevo ser. El trabajo de parto se caracteriza por una actividad uterina rítmica y coordinada, acompañada de borramiento, dilatación cervical y de descenso del feto a través del canal de parto. Sin embargo, puede producirse alteraciones en este proceso que originan complicaciones materno- fetales, tal es el caso de la inducción o conducción con oxitocina.

Se define a la oxitocina como una droga que mejora la actividad uterina tanto en frecuencia, intensidad y duración, siempre y cuando la administración del medicamento sea controlada continuamente ya que puede desencadenar en una serie complicaciones tales como hipertonia uterina, taquisistolia, ruptura uterina, sufrimiento fetal entre otras por el inadecuado manejo de este fármaco.

La utilización de la oxitocina en las madres en la segunda etapa de la labor de parto conlleva al personal profesional de enfermería a una responsabilidad muy grande, ya que con su toma de decisiones realizará actividades que evitaban la incidencia de la aparición de complicaciones tempranas, causadas por un inadecuado manejo y control de la oxitocina. El profesional de enfermería a diario se encuentra con casos de madres en labor de parto en el Centro Obstétrico; por lo cual precisa desarrollar conocimientos y competencias para tratar el mismo, otorgando cuidados de calidad.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Tema de investigación

Intervención del personal de enfermería, relacionado con el manejo de la Oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto en el Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato, durante el periodo Agosto 2014 – Enero 2015.

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1 Contextualización

Macro

La inducción del trabajo de parto con fármacos como la oxitocina, es una práctica muy difundida en todo el mundo, en aquellos casos en los que la continuación del embarazo representa un peligro tanto para la madre como para el feto.

Una de las autoras del estudio, la Dra. Ellen Mozurkewich, especialista en medicina materno-fetal en la Universidad de Michigan, (2009) dice: “La mejor evidencia disponible no avala las inducciones de rutina en muchas de las situaciones en que se está recomendando una inducción a las pacientes. Hace falta más investigación para clarificar los riesgos y beneficios de la inducción en estas situaciones”.

En el estudio realizado sólo encontraron evidencia para apoyar la inducción del parto al cumplir las 41 semanas de gestación o después (41 semanas completas, esto es, 40+7 o más). “Nuestra revisión de la mejor evidencia disponible sugiere que la inducción del embarazo postérmino puede reducir el síndrome de aspiración de meconio y evitar muertes perinatales. Aunque la inducción a las 41

semanas de gestación se ha criticado debido al elevado número de inducciones que son necesarias para evitar una sola muerte perinatal, nuestra estimación (**369 inducciones para evitar 1 muerte perinatal**).

En cuanto a la inducción del parto por rotura prematura de membranas a término, constatan que parece reducir la corioamnionitis, endometritis, y la admisión de bebés en unidades de cuidados intensivos neonatales, sin aumentar las cesáreas. No obstante, no se ha observado que los bebés sufran más infecciones en caso de no inducir, por lo que cabe entender que los ingresos en unidades neonatales podrían deberse a una política preventiva por parte de algunas instituciones. Intervenciones que se recomiendan rutinariamente en Estados Unidos, Canadá y Australia.

Meso

En el Ecuador, según la OMS por el año 2012, concluye que, de los datos disponibles, no se deduce claramente que el uso discrecional de oxitocina sea beneficioso para las mujeres y los bebés.

Naturalmente, esto no significa que la oxitocina sea ineficaz para el tratamiento de partos prolongados. Sin embargo, no hay pruebas de que la prevención de un parto prolongado mediante el uso discrecional de oxitocina en un parto normal sea beneficiosa. La administración de oxitocina es una intervención mayor y debe utilizarse únicamente bajo una indicación válida. El mismo principio es aplicable para la práctica, más moderna, de inducción con prostaglandinas.

Desde los años pasados es bastante habitual su administración, incluso en los partos normales, cuando en realidad no es necesaria más que en el 10% de los casos, pues las mujeres de parto siempre producimos nuestra propia oxitocina endógena, y su utilización sólo debería responder a una verdadera necesidad, tratando de evitar su uso rutinario e indiscriminado, debido a la gran cantidad de efectos secundarios que provoca.

Las unidades de salud tienen como uno de los principales objetivos el tratar y ayudar a las mujeres en estado de gestación, a que no presenten dificultades especialmente durante el proceso de parto. La adopción de las medidas necesarias para lograr un nacimiento seguro pueden disminuir significativamente el riesgo de complicación y muerte de la madre y el recién nacido.

En Ecuador, en 2013 se registró un total de 155 muertes maternas. Las provincias que presentan la mayoría de estas son: Guayas, con 31 casos; Pichincha, 20 casos; Manabí, 14 casos y Esmeraldas, con 12 casos. Penosamente, en Ecuador, en el año 2014, la cantidad de muertes maternas se incrementó. El Ministerio de Salud pública habla de un aproximado de 160 muertes maternas. La muerte en el posparto es más frecuente, con un 67,7% de los casos. Una de cada 4 mujeres muere en domicilio o en el trayecto hacia un servicio de salud.

Micro

En el Hospital Provincial Docente Ambato una de las áreas consideradas como críticas es el centro obstétrico, en la cual la atención a mujeres embarazadas se da de forma continua y permanente, en esta unidad se tiene procedimientos establecidos de atención a las madres gestantes.

Dentro de los procedimientos que entrañan interés por su necesidad de aplicación es la del manejo continuo y controlado de la oxitocina en las pacientes en la segunda etapa de la labor de parto, el personal de enfermería cumple un rol importante en la administración de esta medicación ya que al ser las personas que están en contacto directo con la paciente, tienen la responsabilidad de valorar y actuar cuando se produzcan complicaciones maternas – fetales por efecto de la oxitocina entre ellas tenemos: Hipertonía uterina, taquisistolía, ruptura uterina, sufrimiento fetal entre otras, que incluso podría terminar en la muerte.

El accionar del personal de enfermería tiene la responsabilidad directa del cuidado del paciente, siempre debe estar en marcado en la capacidad de tomar decisiones y el tener un conocimiento científico del porque lo hace o como debe hacerlo al

suministrar medicamentos cualquiera que estos sean, de ahí la capacitación continua del personal es la base para asegurar un buen trato al paciente y la correcta forma de actuar al momento de suministrar la medicación conociendo sus contraindicaciones y efectos que van a tener en la persona.

Muchos profesionales no le dan la importancia necesaria a las complicaciones que provoca el uso excesivo y el manejo inadecuado de la oxitocina, debido a la facilidad de acceso a la cesárea o el parto instrumental, que les permiten resolver aquellas situaciones de riesgo originadas por el uso inadecuado de la misma.

1.2.2 Análisis crítico

El personal profesional de enfermería, es de vital importancia que actualicen sus conocimientos en el uso de la oxitocina ya que de ella depende que la dosificación del medicamento se administre exactamente a cada madre en labor de parto, de esta forma el personal de enfermería ejecutará sus acciones correctamente y su toma de decisiones será en beneficio a las pacientes gestantes y evitará que el binomio se encuentre en riesgo.

Adicionalmente el personal de enfermería no le da la importancia necesaria al momento de la infusión de la oxitocina, debido a la falta de un protocolo en donde puedan priorizar sus actividades frente al manejo y control de la oxitocina ya que al no vigilar adecuadamente a la mujer en la segunda etapa de la labor de parto, presentaría sobredosificaciones y complicaciones durante y después del parto.

Por otro lado existe una inadecuada asignación del recurso humano frente a la demanda del servicio, dando como resultado una deficiente calidad en la atención de la paciente, no brinda los controles pertinentes con respecto al manejo de la medicación y produciendo ansiedad e inquietud a la madre en la labor de parto, lo que es responsable directo del bajo nivel de satisfacción del mismo.

1.2.3. Prognosis

Al no investigarse la importancia que tiene el manejo y control de la oxitocina en las pacientes en la segunda etapa de la labor de parto, conllevaría a que se produzca diversas complicaciones tales como: hipertoniá uterina, taquisistolia, ruptura uterina, sufrimiento fetal, que podría derivarse en el aumento de mortalidad materna- fetal. Por lo tanto, una oportuna y adecuada intervención del profesional de enfermería, ayudaría a prevenir las dificultades por el uso inadecuado de la oxitocina, de ahí la necesidad de la aplicación de guías de protocolo, que se empate a una capacitación continua del personal, será la herramienta que nos permita conocer las formas de actuación específicas que se deben tener frente a las pacientes en labor de parto.

1.2.4. Formulación del problema

¿Cuáles son las intervenciones del personal de enfermería, relacionado con el manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto en el Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato?

1.2.5 Preguntas directrices

- ¿Cuáles son las intervenciones del profesional de enfermería para el manejo y control de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto en el Centro Obstétrico del HPDA?
- ¿Qué efectos se presenta por el manejo inadecuado de la oxitocina en la segunda etapa de labor de parto?
- ¿Qué propuesta de solución se daría para este problema?

1.2.6. Delimitación

El objeto de este trabajo de investigación está delimitado por las siguientes condiciones:

- **Límite de contenido:** Intervención de Enfermería
- **Campo:** Salud

- **Área:** Enfermería
- **Aspecto:** Manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto.
- **Delimitación espacial:** Centro Obstétrico del HPDA.
- **Delimitación temporal:** Agosto 2014 – Enero 2015

1.3 Justificación

El presente trabajo de investigación es de interés porque las intervenciones del personal de enfermería en el manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto en el Centro Obstétrico, ayudan a mejorar la evolución del proceso de parto, disminuyendo el riesgo de complicaciones y de mortalidad materno – fetal.

Además la actividad de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas, requiere de fundamentación científica y técnica para tomar decisiones y realizar acciones que respondan a las necesidades particulares de la madre en labor de parto.

Esta investigación tiene un impacto social, en virtud, que permitirá ver la realidad de las actividades que la enfermera está realizando dentro de su ambiente de trabajo, permitiéndole mejorar en el manejo y control de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto, incluyendo una atención de calidad y calidez a las pacientes.

Es novedoso y original porque en el Hospital Provincial Docente Ambato en el Centro Obstétrico no se cuenta con estudios realizados en este periodo investigativo, además existe un inadecuado uso de la oxitocina, que viene siendo un problema relevante en la sala de partos y con este trabajo se pretende ayudar a un manejo y control adecuado de la oxitocina durante la labor de parto.

La presente investigación es factible porque se cuenta con los recursos económicos, humanos y materiales necesarios para su realización.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 General

Determinar las intervenciones del personal de enfermería, en relación al manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto en el Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato.

1.4.2 Específicos

- Establecer las intervenciones del profesional de enfermería para el manejo y control de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto en el Centro Obstétrico del HPDA.
- Identificar los efectos que se presente por el manejo inadecuado de la oxitocina en la segunda etapa de labor de parto.
- Elaborar una propuesta de solución para este problema.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Revisadas las fuentes bibliográficas encontramos varias investigaciones relativas al tema entre estas señalamos las siguientes:

Según **Vardo JH, Thronburg LL, & Glantz JC. Ginebra. (2011)**. En su investigación sobre **"La Inducción Electiva del Parto Aumenta la Morbilidad Materna y no Conlleva Beneficios para el Neonato"** indican que: Se efectuó una revisión retrospectiva de todas las historias clínicas pertenecientes a mujeres nulíparas en término, entre las semanas 37 y 41 de gestación, con embarazo simple y presentación de vértice, que fueron atendidas durante 2007. Las pacientes fueron divididas, por un lado, en aquellas en las que se practicó una inducción electiva del parto y, por el otro, en las que tuvieron parto espontáneo. De un total de 850 mujeres nulíparas en término, la tasa general de inducción del parto fue del 57%. En el 29.3% de los casos se trató de una inducción electiva. Las características de base resultaron ser significativamente diferentes entre los grupos de parto inducido y espontáneo, fundamentalmente en cuanto a la edad materna, la edad gestacional al momento del parto y el puntaje de Bishop modificado previo a la inducción. La tasa de parto por cesárea fue del 19.8% para el grupo de parto espontáneo y del 33.6% en el grupo de parto inducido. Según el análisis de las complicaciones maternas, la hemorragia posparto, la pérdida estimada de sangre, el uso de anestesia epidural y la duración de la hospitalización tuvieron tasas significativamente más altas en el grupo de parto

inducido, mientras que la laceración perineal fue menos frecuente. En relación con los resultados neonatales, el grupo de parto inducido obtuvo tasas más altas de necesidad de personal de pediatría y uso inmediato de oxígeno al momento del parto.

Según **Bugg G, Siddiqui F, &Thornton J. (2011)**. En su estudio sobre **“Oxitocina versus ningún tratamiento (tres ensayos); administración temprana de oxitocina versus diferida (cinco ensayos)”** dice que: La revisión incluyó ocho estudios con 1338 pacientes de bajo riesgo durante el período de dilatación del trabajo de parto espontáneo a término. La administración temprana de oxitocina provocó un aumento en la hiperestimulación uterina asociado con los cambios cardíacos fetales. Sin embargo, la administración temprana de oxitocina versus diferida se tradujo en la ausencia de diferencias significativas en numerosos resultados materno neonatales. La administración temprana de oxitocina produjo una reducción estadísticamente significativa en la duración media del trabajo de parto de aproximadamente dos horas, aunque no aumentó la tasa de parto normal.

Fernández L, et al. Hospital de Cruces, Barakaldo, Bizkaia (2011). En su estudio **“Mujer y profesionales que la atienden”** indica que en 19 estudios llevados a cabo en contextos culturales similares al del Reino Unido. La mayoría eran estudios de cohortes, prospectivos y cualitativos que se realizaron mediante encuestas y entrevistas, y que fueron especialmente diseñados para describir las relaciones entre el comportamiento de las personas que atienden a las mujeres durante el parto y los desenlaces psicosociales de ellas. Aun así, se identificó que la relación entre la mujer y la persona que atiende el parto, tiene una fuerte influencia sobre la experiencia de las mujeres. En resumen, lo más destacado por las mujeres fue el hecho de ser tratadas de manera individualizada, con respeto y afecto. En segundo lugar, la mayoría necesitaba información y la interpretación de dicha información para sentirse guiadas y apoyadas a lo largo del parto. Los estudios presentaban los resultados en forma de una lista de palabras utilizadas por las mujeres para describir tanto a las enfermeras como los sentimientos implicados en una experiencia positiva del parto. Estas palabras fueron: afecto,

consideración, comprensión, competencia profesional, confianza, empatía, ternura, amabilidad, amigable/amigabilidad, tranquilidad, atención, pacífico, especialización profesional. Las mujeres quieren recibir información y ayuda, para ser partícipes del proceso y sentirse seguras.

2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

La investigación se sustenta en un estudio crítico – propositivo:

Es crítico por cuanto cuestiona la intervención del personal de enfermería en el manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto, permitiendo profundizar en el problema encontrado. Propositivo porque la investigación no se detiene en la identificación de los problemas, si no plantea alternativas de solución.

2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Según la constitución política de la República del Ecuador la Salud es un derecho de toda la población:

CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR

Capítulo Tercero

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.-

- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.
- La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos.

- El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Sección cuarta

Mujeres embarazadas

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

LEY DEL TRABAJO DE LA ENFERMERA(O)

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.-Ámbito de Aplicación de la Ley

La presente Ley norma el ejercicio profesional de la Enfermera(o) colegiada(o) en todas las dependencias del Sector Público Nacional, así como en el Sector Privado, en lo que no sea contrario o incompatible con el régimen laboral de la actividad privada. De ser el caso, se aplicará la norma o condición más beneficiosa para la enfermera(o).

Artículo 2.- Rol de la Profesión de Enfermería

La Enfermera(o), como profesional de la Ciencia de la Salud, participa en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la

comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población.

Artículo 3.- Ámbito de la Profesión de Enfermería

La profesión de Enfermería se desarrolla a través de un conjunto de acciones orientadas a la solución de los distintos problemas de naturaleza bio-psico-social del individuo, la familia y la comunidad, desenvolviéndose básicamente en las áreas: Asistencial, Administrativa, Docente y de Investigación.

Artículo 4.- Normas Aplicables

El trabajo de la enfermera(o) se rige principalmente por el Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeras(os) del Ecuador, así como por la Ley General de Salud N° 26842 y la Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público, Decreto Legislativo N° 276 y su reglamento, y en el Sector Privado por las normas que le fueren aplicables.

Artículo 5.- Requisitos para el ejercicio de la profesión

Para el ejercicio de la profesión se requiere necesariamente el título universitario de Licenciatura en Enfermería, a nombre de la Nación. El ingreso a la Carrera Pública se realiza mediante concurso de méritos y evaluación permanente, con la finalidad de asegurar la calificación profesional requerida.

DE LA RESPONSABILIDAD Y FUNCIONES DE LA ENFERMERA(O)

Artículo 6.- Responsabilidad de la enfermera (o)

La Enfermera(o) es la (el) profesional de la Ciencia de la Salud con grado y título universitario a nombre de la Nación, colegiada(o), a quien la presente Ley reconoce en las áreas de su competencia y responsabilidad, como son la defensa de la vida, la promoción y cuidado integral de la salud, su participación conjunta en el equipo multidisciplinario de salud, en la solución de la problemática

sanitaria del hombre, la familia y la sociedad, así como en el desarrollo socio-económico del país.

Se prohíbe la utilización de la denominación de Enfermera(o) u otra análoga, a quien carezca del título correspondiente. Es de aplicación lo dispuesto por el Artículo 363 del Código Penal a quien ejerza ilegalmente la profesión de Enfermera(o).

Artículo 7.- Funciones de la Enfermera (o)

Corresponde a la Enfermera(o) el ejercicio de las siguientes funciones:

- a) Brindar cuidado integral de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).
- b) Encomendar actividades de menor complejidad al personal no profesional de enfermería, bajo su supervisión y responsabilidad.
- c) Ejercer funciones de enfermería, tanto en el Sector Público como en el Sector Privado, en los Centros de Salud y en los diferentes niveles de complejidad hospitalaria.
- d) Ejercer consultoría, auditoría, asesoría, consejería y emitir opinión sobre materias propias de Enfermería.
- e) Conducir técnica y administrativamente los servicios de Enfermería en los diferentes niveles orgánicos del sistema de salud ocupando los respectivos cargos estructurales.
- f) Ejercer la dirección y jefatura de los programas de formación y capacitación del personal de Enfermería.
- g) Desarrollar actividad preventiva promocional en el área de su competencia en todos los niveles de atención.

h) Participar con los cuidados de enfermería en los centros de atención al adulto mayor.

i) Realizar investigación en el campo de Enfermería y de salud.

j) Emitir opinión técnica con relación a recursos de personal y materiales dentro de su competencia.

Artículo 8.- Participación de la Enfermera(o)

La Enfermera(o) está facultada(o) para participar en:

a) La formulación, diseño de políticas y evaluación de los planes y programas de salud de carácter institucional y nacional.

b) La elaboración, aplicación y evaluación de los estándares de calidad y del proceso de mejoramiento de calidad de atención de salud.

c) La realización de peritajes judiciales y participar en audiencias de conciliación en calidad de asesoría, dentro del ámbito de su competencia.

d) Brindar atención de salud en situaciones de emergencia y/o urgencia.

e) Desarrollar acciones de evaluación y peritajes de control de calidad de recursos hospitalarios.

DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES

Artículo 9.- Derechos

La Enfermera(o) tiene derecho a:

a) Acceder a cargos de dirección y gerencia en igualdad de condiciones que los demás profesional de salud y similar en instituciones públicas y privadas.

b) Ocupar cargos correspondientes a la estructura orgánica de la carrera de Enfermería.

- c) Contar con un ambiente de trabajo sano y seguro para su salud física, mental e integridad personal.
- d) Contar con los recursos materiales y equipamiento necesario y adecuados para cumplir sus funciones de manera segura y eficaz, que le permitan brindar servicios de calidad.
- e) Percibir una remuneración equitativa y actualizada sobre la base de un escalafón salarial proporcional a la jerarquía científica, calidad, responsabilidad y condiciones de trabajo que su ejercicio demanda. Las guardias diurnas y nocturnas cualquiera sea su modalidad serán remuneradas.
- f) Recibir asistencia legal del empleador en procesos abiertos por actos sucedidos en el ejercicio de sus funciones.
- g) Gozar de licencia con goce de haber para el ejercicio de cargos internacionales, nacionales, regionales y locales en las entidades representativas que derivan de su profesión y cargos públicos por el período que dure su gestión de acuerdo a la normatividad legal vigente.
- h) Someter a exámenes médicos de salud preventiva cada seis meses, de forma obligatoria a cargo del empleador.
- i) Percibir una bonificación mensual por realizar funciones en zonas de menor desarrollo y fronteras.
- j) A ser contratados única y exclusivamente bajo la modalidad y el plazo que corresponde a la naturaleza de las labores que ejecuta, bajo sanción de nulidad.

Artículo 10.- Ejercicio de Derechos Colectivos

Las enfermeras(os) pueden ejercer los derechos colectivos reconocidos por el Artículo 28 de la Constitución Política y regulados por la Ley de Relaciones Colectivas de Trabajo.

Artículo 11.- Obligaciones

La Enfermera(o) está obligada(o) a:

- a) Cumplir los preceptos establecidos en el Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeras(os) del Perú.
- b) Conocer y aplicar la legislación de salud vigente y las políticas del Sector.
- c) Cumplir con las obligaciones y prohibiciones que establece el Decreto Legislativo N° 276, si labora en el Sector Público, y con las normas de la legislación laboral común, si labora en el Sector Privada.

MODALIDAD DE TRABAJO

Artículo 17.- Jornada laboral

La jornada laboral de la Enfermera(o) tendrá una duración máxima de treinta y seis horas semanales o su equivalente de ciento cincuenta horas mensuales, incluyendo la jornada de guardia diurna y nocturna.

El descanso remunerado correspondiente a los días feriados no laborables será contabilizado dentro de la jornada asistencial semanal o mensual en la forma que disponga el Reglamento.

Artículo 18.- Sobretiempos y descansos remunerados

El tiempo de trabajo que exceda la jornada laboral establecida en el párrafo anterior será considerado como horas extraordinarias, debiendo remunerarse en la forma correspondiente.

El trabajo prestado en los días que corresponden al descanso semanal y a los días feriados no laborables, sin descanso sustitutorio, da derecho a la Enfermera(o) a percibir adicionalmente el pago de la remuneración que corresponde a dicha labor con una sobretasa del 100%, siempre que cumpla con los requisitos previstos en el Reglamento.

LEY DE DERECHOS Y AMPARO AL PACIENTE

CAPÍTULO II

Derecho del paciente

Art. 2.- Derecho a una atención digna.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el servicio de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Artículo 3.- Derecho a no ser discriminado.- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Artículo 4.- Derecho a la confidencialidad.- Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Artículo 5.- Derecho a la información.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse.

El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.

Artículo 6.- Derecho a decidir.- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

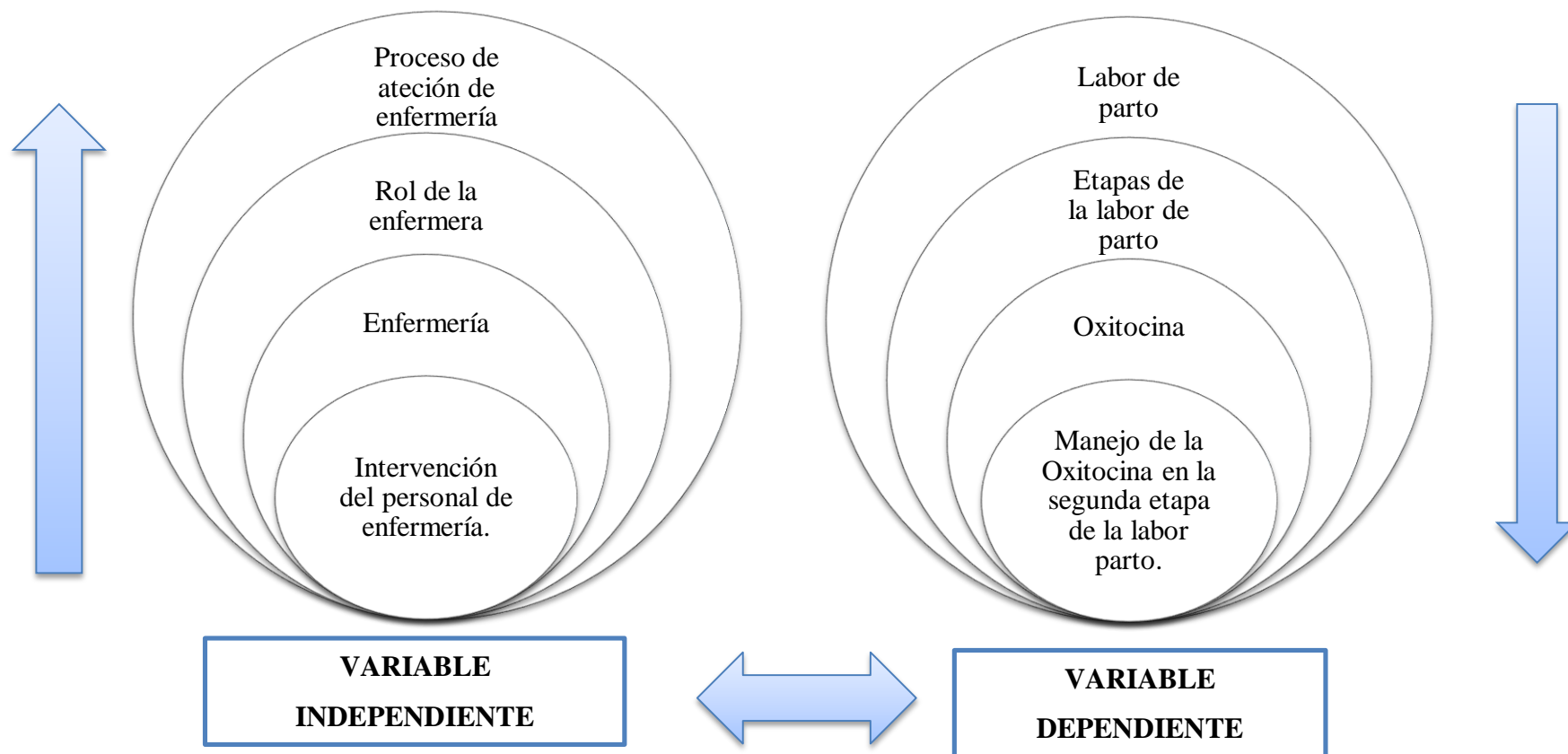


Gráfico N° 1A: Red de inclusiones
Elaborado por: Gabriela Paredes

2.4.1 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es una acción autónoma basada en fundamentos científicos que se realizan para beneficiar al paciente de un modo predecible relacionado con el diagnóstico de enfermería. (Cano, A. Huaraz – Perú, 2010).

Las intervenciones de enfermería son un conjunto de actividades encaminadas a mejorar la salud del paciente y evitar complicaciones durante su recuperación, basándose en fundamentos científicos y cumpliendo con los objetivos propuestos estrictamente.

Tipos de intervenciones de enfermería

- **Interdependientes**

Definen las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Las intervenciones pueden suponer la colaboración con asistentes sociales, dietistas, terapeutas, técnicos y médicos, y pueden añadir detalles acerca de cómo se van a llevar a cabo las indicaciones promovidas por el médico.

- **Independientes**

Son las actividades que pueden llevar a cabo los profesionales de enfermería sin una indicación del médico. El tipo de actividades que el profesional de enfermería puede ordenar de forma independiente están definidas por los diagnósticos de enfermería.

Características de las intervenciones:

Las características de las intervenciones son:

- **El plan es individualizado**

1. El plan es individualizado mediante el enfoque en el factor relacionado. El factor relacionado o de riesgo especifica el origen de la respuesta humana y marca la dirección para las intervenciones de enfermería concretas.
2. El plan se centra en las fuerzas y debilidades del cliente. Para la planificación de los cuidados será preciso identificar y utilizar los valores positivos del cliente. Entre las fuerzas se pueden incluir la motivación, inteligencia, apoyo familiar, educación y recursos económicos.
3. El plan es individualizado mediante el enfoque en la gravedad y urgencia del estado del cliente. En ocasiones, es posible que la gravedad o la urgencia del problema del cliente influyan en la actuación de enfermería.

- **El plan se desarrolla conjuntamente con otros**

1. Participación del cliente. La participación del mismo en el desarrollo de objetivos aumenta la posibilidad de individualizar las intervenciones de enfermería.
2. Participación de los seres queridos. Esto resulta especialmente útil cuando el cliente no es capaz de expresar preferencias ni de hacer sugerencias debido a trastornos en el nivel de conciencia, barreras lingüísticas, déficits de comunicación o a otras razones.
3. Participación de otros prestadores de atención sanitaria. La aportación de una perspectiva diferente o de la experiencia de otros con un cliente, puede ser útil para resolver problemas y determinar intervenciones que sean específicas para el cliente.

- El plan refleja la práctica actual de la Enfermería

- Las intervenciones de enfermería tienen una justificación científica. Esta justificación se desarrolla a partir de su base de conocimientos, que incluye las ciencias naturales, de la conducta y de las humanidades.

- El plan establece la continuidad de la atención. Cualquier diferencia de opinión debe ser resuelta para favorecer la continuidad en la atención.

(Cano, A. Huaraz – Perú, 2010).

Intervenciones de enfermería en labor de parto inducido

Métodos de inducción

Existen diversos métodos: enemas, colocación de sondas, laminarias, despegamiento de las membranas, prostaglandinas, rotura artificial de las membranas y otros.

El método más extendido es el farmacoterapéutico, fundamentado en el efecto oxitócico de diferentes medicamentos.

La oxitocina sintética es la que mejor reproduce la contractilidad uterina del parto normal. Se puede utilizar por diferentes vías: bucal, sublingual, nasal e intramuscular, pero la que ha obtenido mayor perfeccionamiento y mejores resultados es la infusión intravenosa continua.

INTERVENCIÓN:

Acciones de enfermería dependiente:

Durante las técnicas de la infusión intravenosa de oxitocina, el personal de enfermería debe tener las precauciones siguientes:

1. Examen obstétrico: se realiza antes de la instalación de la venoclisis. Sirve para valorar posteriormente el progreso de la inducción.
2. Instalación de la venoclisis: se coloca una aguja (o catéter) en una vena del pliegue del codo, del tercio medio del antebrazo o del dorso de la mano, conectada con un frasco de suero glucofisiológico de 1000 mL, se introduce en el frasco 2,5 U de oxitocina. Se debe rotular el frasco. De ser posible se emplea una bomba de infusión, cuidadosamente regulada, que evite los reajustes.

3. Seguimiento y vigilancia materna y fetal: se hace de forma continua por un personal calificado, quien debe estar presente en todo momento en la habitación de la paciente:
 - Observar cada 15 min la frecuencia cardíaca fetal y la dinámica uterina, hasta que estas sean adecuadas. Es aconsejable la cardiotocografía donde se disponga de este equipo.
 - Normalmente hay un período de latencia que dura entre 10 y 30 min. Si pasado este la respuesta uterina es baja o no ha aparecido, se debe aumentar la velocidad de la infusión a 10 o 12 gotas/min y así cada 15 min de intervalo sin pasar de 8 a 10 mU/min (60 a 80 gotas/min). Se debe evitar la sobre estimulación excesiva.
 - Lo ideal es obtener 3 contracciones de aproximadamente 45 s de duración en 10 min con intervalos de 15 min.
 - El control de la respuesta uterina se hace por la palpación abdominal, siempre en períodos de 10 min con intervalos de 15 min.
 - La velocidad de la infusión depende de la edad del embarazo y de la respuesta uterina.
 - En general, para gestaciones de entre 36 y 40 semanas se necesitan 1 o 2 mU/min, para inducir una contractilidad uterina similar a la del comienzo del trabajo del parto normal. A la semana 30 se requieren 4 m U/min. Dosis mayores de 10 mU/min no logran efectos superiores o son muy escasos y pueden originar hipoxia fetal. Nunca se debe llegar a 15 mU/min.
 - Cuando se ha iniciado la venoclisis con un cuello inmaduro, puede ser necesario el empleo de varios frascos de infusión preparados de una manera similar o que contengan 5 U de oxitocina, lo que se tiene en cuenta para hacer el cálculo (no olvidar rotular el frasco).
 - Durante este período se debe valorar la respuesta después de terminadas las venoclisis, siempre y cuando se haya garantizado una dinámica uterina adecuada. Si después de 24 h de inducción no se ha conseguido la dilatación del cuello, se envía la paciente a la sala para un descanso no

menor de 12 h si no existe una contraindicación. De ser posible, se debe someter a monitorización previamente al traslado.

- Pasado ese tiempo de descanso, se reinicia la inducción, previa rotura artificial de las membranas.
- Durante la inducción puede aparecer una respuesta uterina excesiva y un aumento del tono; suspendida la infusión, el efecto debe desaparecer en unos minutos, pues la concentración de la oxitocina en la sangre disminuye rápidamente. Si la actividad contráctil espontánea ulterior corresponde a la de un parto normal, se puede suspender definitivamente o reinstalar en cualquier momento, si esta actividad volviera a decaer.
- La venoclisis de oxitocina se debe mantener durante el alumbramiento y, después de este, se puede aumentar el goteo para favorecer la hemostasia.

(Socarrás N. Cuba, 2009).

2.4.2 ENFERMERÍA

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

(Organización mundial de la salud (OMS), 2014).

La enfermera es la encargada de la atención del individuo, sea este enfermo o sano para la pronta recuperación del paciente, tratando de conseguir la independencia lo más rápido posible para el mejoramiento y bienestar del mismo. Por este motivo enfermería debe de estar ante todo con el enfermo, ayudarlo en la batalla contra la enfermedad y con el sano para promocionar su salud, además el proceso de Enfermería es el instrumento más importante de esta disciplina para la planificación del cuidado a través de la práctica para cada uno de los pacientes.

2.4.3 ROL DE LA ENFERMERA

Conjunto de comportamientos, habilidades, actitudes y valores que la sociedad espera de estas profesionales, centrándose en el cuidado de la vida humana, a través de todas las etapas de vida del individuo, sin dejar de lado la atención a la comunidad y familia. El rol de la enfermería se cumplirá al satisfacer estados de necesidad básicos.

(Obando, A. Roles de enfermería, 2012).

Las enfermeras asumen diferentes roles al brindar cuidados especializados al paciente. Estos pueden ser utilizados concurrentemente y no necesariamente llevarlos a cabo todo a la vez. Cada rol es necesario en un momento dado específico y dependiendo de la necesidad del paciente.

ROLES DE LA ENFERMERA:

Asistenciales:

- Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continua, respetando sus valores, costumbres y creencias.
- Realizar el proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión.
- Registrar en la historia clínica toda la información disponible sobre los problemas identificados en individuos, familia y comunidad. Valorar la información recogida en la Historia Clínica para realizar acciones de enfermería.
- Ejecutar acciones de enfermería en situaciones de emergencias y catástrofes.
- Ejecutar actividades de promoción y fomento de la salud a individuos, familia y comunidad.
- Ejecutar actividades de prevención y protección de las enfermedades a los individuos, las familias y la comunidad.
- Ejecutar actividades de curación y cuidados paliativos al individuo.

Comunicador (a):

- Uno de los deberes principales en la enfermería es servir como intermediario entre el equipo interdisciplinario, cliente y familia para tomar en cuenta las necesidades básicas del cliente y poder satisfacerlas debidamente.

Educador (a):

- El enfermero y la enfermera ejercen como educadores de la salud por medio de material educativo, charlas, clínicas de salud y promoviendo que los clientes tenga como meta la expansión de sus conociendo para el bienestar biosicosocial.

Defensor (a):

- Este rol de enfermería se conoce popularmente como el rol de abogado. Promueve los derechos y deseos del cliente en el ambiente clínico. Asegurándose que cada uno de los estándares establecidos para el bienestar del cliente sean cumplidos.

Consejero (a):

- En este rol brinda apoyo emocional al cliente y familia para ayudar a lidiar con estrés, ansiedad, modificación de hábitos y conducta e influyendo en la toma de decisiones para así promover salud mental.

Administrativas:

- Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud.
- Participar en la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Participar y controlar el cumplimiento de los principios de asepsia y antisepsia. Cumplir los principios éticos y bioéticos.
- Participar en las técnicas administrativas y científicas de enfermería.

Docentes:

- Participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
- Participar en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería.

- Impartir docencia incidental en el puesto de trabajo.
- Desarrollar actividades formativas en los estudiantes ubicados en su servicio teniendo en cuenta la composición del Equipo de Trabajo de Enfermería.

Investigativas:

- Participar en investigación en enfermería y otras áreas con el objetivo de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población.
- Divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional.
- Participar en la ejecución de ensayos clínicos en centros de investigación.

(Mercado, S. Roles de enfermería, 2011).

2.4.4 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, permitiendo a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

(Retamozo, Y. Proceso de Enfermería, 2010)

Puedo decir que el PAE (proceso de atención de enfermería) es un proceso cíclico, en donde sus componentes siguen una secuencia lógica, para identificar con claridad los problemas que presente el paciente y planificar los cuidados de enfermería específicos para el bienestar del paciente.

Objetivos y Características del PAE

Los principales objetivos del PAE son:

- Servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería.

- Imprimir a la profesión un carácter científico.
- Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.
- Traza objetivos y actividades evaluables.
- Mantener una investigación constante sobre los cuidados.
- Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social.

Sus principales características son:

- Tiene validez universal.
- Utiliza una terminología comprensible para todos los profesionales.
- Está centrado en el paciente marcando una relación directa entre éste y el profesional.
- Está orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones y con una meta clara.
- Consta de cinco etapas cíclicas
- Aplica el método científico
- Aplica el pensamiento crítico
- Permite la organización y gestión de las unidades asistenciales
- Organiza sistemas de Información
- Organiza la atención progresiva
- Asegura la calidad de atención
- Mejor gestión de los recursos.

(Quezada, Aguilar, & Sánchez, 2012).

Etapas del PAE

Las etapas fundamentales del proceso de atención de enfermería son:

- Primera Etapa: Valoración.** La valoración es el primer paso del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de

recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un usuario.

Consta de dos componentes recogida de datos y documentación, se considera la clave para continuar con los pasos restantes del proceso.

Datos y valoración

En el contexto de la valoración de enfermería, se pueden definir los datos como información específica obtenida acerca del usuario. Organizar de forma sistemática la información necesaria para diagnosticar las respuestas sanitarias del usuario e identificar los factores que intervienen.

Posteriormente, esta base de datos será la base para las restantes fases del Proceso de Enfermería: Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

TIPOS DE DATOS

Durante la valoración, el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. Una base de datos completa y exacta suele incluir una combinación de estos tipos.

Datos subjetivos:

Los datos subjetivos se pueden describir como la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos. Esta información no puede ser determinada por el profesional de enfermería con independencia de la interacción o comunicación con el individuo. A menudo se obtienen datos subjetivos durante la historia de enfermería, como son las percepciones, sentimientos e ideas sobre sí mismo y sobre el estado de salud del usuario. Algunos ejemplos son las descripciones que hace el usuario del dolor, la debilidad, la frustración, las náuseas o el desconcierto.

La información proporcionada por otras fuentes distintas al cliente, por ejemplo la familia, los consultores y otros miembros del equipo de atención sanitaria, puede ser también subjetiva si se basa en la opinión de cada uno en lugar de estar basada en hechos.

Datos objetivos:

Por contraste, los datos objetivos consisten en información observable y mensurable. Habitualmente, esta información se obtiene a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) durante la exploración física del usuario.

Algunos ejemplos de datos objetivos son la frecuencia respiratoria, la presión arterial, la presencia de edema y el peso.

Durante la valoración de un usuario, deberá considerar tanto los datos subjetivos como los objetivos.

A menudo, estos hallazgos se justifican entre ellos, como sucede en caso de un usuario cuya incisión se abrió tres días después de la intervención. La información subjetiva proporcionada por el usuario, “noto como estallan los puntos”, fue válida por los hallazgos objetivos del enfermero: palidez, diaforesis, hipotensión y evisceración intestinal a través de la incisión.

Datos históricos:

Otra consideración a tener en cuenta al describir los datos se refiere al elemento tiempo. En este contexto, los datos pueden ser históricos o actuales. Los datos históricos consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado. Estos datos son especialmente importantes para identificar las características de la salud normal del usuario y para determinar experiencias pasadas que pudieran tener algún efecto en el estado de salud actual del usuario. Algunos ejemplos de datos históricos pueden ser la hospitalización o cirugía previa, los resultados del ECG, las pautas de eliminación normales o enfermedades crónicas.

Datos actuales:

Por contraste, los datos actuales se refieren a acontecimientos que están sucediendo en este momento, Algunos ejemplos son tensión arterial, vómitos o dolor postoperatorio. Estos datos son especialmente importantes en su valoración inicial y en las valoraciones repetidas, para comparar la información actual con los datos previos y determinar el progreso del cliente.

Fuentes de datos:

Durante la fase de valoración, se reúnen datos procedentes de diferentes fuentes. Estas fuentes se clasifican como primarias o secundarias.

El usuario es la **fuentes primaria** y se debe utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes. Hay varias cosas que el usuario puede hacer con mayor precisión como son compartir las percepciones y sensaciones personales sobre salud y enfermedad, identificar objetivos o problemas concretos y validar respuestas a modalidades diagnósticas o de tratamiento.

Fuentes secundarias son todas las demás que no sean el propio cliente. Estas en aquellas situaciones en las que el cliente no puede participar o cuando es necesaria mayor información para aclarar o validar datos proporcionados por el usuario. Entre las fuentes secundarias se encuentran los familiares o seres queridos del cliente, personas del entorno inmediato del mismo, otros miembros del equipo de atención sanitaria y el registro clínico. Familiares, amigos y colaboradores pueden proporcionar también datos históricos oportunos relacionados con las características normales del cliente en su hogar, en el trabajo y en los ambientes de actividades de ocio.

- b. **Segunda Etapa: Diagnóstico.** La formulación del diagnóstico: que es una declaración de un estado de alteración de la salud real o potencial que se deriva de la valoración de Enfermería y el cual requiere de intervenciones del campo de enfermería.

Que es un diagnóstico de enfermería y que no es:

NO ES: * Necesidades de tratamiento.

- Equipos
- Problemas de las enfermeras al dar el cuidado.
- Diagnósticos médicos.
- Signos ni síntomas.
- Procedimientos quirúrgicos.

- Metas de tratamientos.
- Problemas de personal.
- Tratamientos.
- Exámenes diagnósticos.

SON PROBLEMAS DE SALUD DEL SUJETO.

- Respuestas humanas a la enfermedad.
- Respuestas humanas frente a la salud: Prevención, Promoción, mantenimiento

ESTRUCTURA DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

La estructura del diagnóstico de enfermería la componen tres partes:

P = Problema

E = Etiología

S = Signos y síntomas que lo caracterizan.

El problema se identifica durante la valoración y en la fase del procesamiento y análisis de los datos.

La etiología son los factores ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o Espirituales, que se creen que están contribuyendo al problema ya sea como factores de riesgo o por que han contribuido ya a producir el problema y si se mantiene sin modificación el problema no se modifica.

Los signos y síntomas, se les llama también características que definen al problema esto significa que siempre que se presentan dichos signos y síntomas asociados entre si en una situación dada, la conclusión diagnostica ha de ser la misma.

NANDA, ya tiene para uso de los profesionales de enfermería, 78 problemas, denominados categorías diagnósticas y que como tales representan conjuntos de signos y síntomas aprobados en la 7ª conferencia de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería, NANDA.

BENEFICIOS DEL USO DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Los beneficios del uso son:

- Sirve de enfoque para el proceso de enfermería, lo fortalece. Sirve para dirigir las intervenciones de enfermería porque los tratamientos que propone están relacionados con el diagnóstico.
 - Acelera la comunicación entre las enfermeras. Se garantiza un sistema rápido de comunicación al consolidar una cantidad de información en frases cortas.
 - Clarifica las funciones independientes del profesional de enfermería y aumenta la acreditación de enfermería. Los diagnósticos de enfermería describen y categorizan el contenido de la práctica independiente de enfermería. En últimas los diagnósticos de enfermería tendrán ordenada una terapia de enfermería que se asocia con ellos y enfermería será responsable de dichas terapias.
 - Construyendo un primer nivel para construir un cuerpo de conocimiento único para enfermería.
 - Ofrece principios y estructuras para organizar la educación, la práctica y la investigación de enfermería.
- c. **Tercera Etapa: Planeamiento del Cuidado.** Esta tercera etapa se inicia con los diagnósticos de Enfermería y concluye cuando se registra las intervenciones del cuidado de Enfermería.

Consta de cuatro partes: selección de prioridades, determinación de los resultados esperados, determinación de las acciones para lograrlos y registro del plan.

A. La selección de prioridades.

Como resultado de la valoración enfocada según interés de enfermería se llegan a la identificación de un número variado de diagnósticos ya que enfermería potencialmente puede identificar múltiples facetas de la funcionalidad del individuo que se afectan en un momento dado como respuestas humanas a una condición anormal.

También es cierto que para garantizar la efectividad y hacer buen uso de recursos, enfermería debe decidir las prioridades en materia de diagnóstica por la imposibilidad de planear para los problemas encontrados.

Las prioridades se establecen según Kozier Erb, teniendo en cuenta el momento de definir la prioridad:

- a. La importancia vital del problema encontrado o según el concepto de triage
- b. La jerarquización de las necesidades básicas, de acuerdo a la teoría de Maslow
- c. La prioridad que les da el usuario.
- d. Los planes de tratamiento médico
- e. Los recursos de enfermería.
- f. El interés particular del programa que se ofrezca por razones preestablecidas. Ejemplo: dar más importancia a los problemas que tienen que ver con la salud materno-infantil que los que tengan que ver con las enfermedades digestivas.

B. Determinación de los resultados esperados, objetivos o metas.

Las respuestas reales o potenciales del usuario son considerados problemas y se enuncian utilizando las categorías diagnósticas de Enfermería.

Los resultados esperados son situaciones que implican cambios totales, parciales o si no hay cambios, por lo menos se espera que no haya empeoramiento de la respuesta humana disfuncional.

Los resultados deben dirigirse a la primera parte del diagnóstico. Estos resultados ayudan a definir conductas a fin de demostrar que se ha corregido, disminuido o prevenido el problema.

Aun cuando la determinación de resultados esperados es parte del planeamiento también son la base para la evaluación posterior. Sirven además para orientar en parte las intervenciones.

Los términos metas, objetivos y resultados esperados son prácticamente intercambiables y en este ejercicio se usan sin importar como se denominen,

lo que se busca es lo mismo: guiar el plan de cuidados.

C. Ordenes de Enfermería.

Las ordenes de enfermería son las acciones intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente a lograr los resultados esperados.

Estas acciones deben reunir ciertas características como son:

- Ser coherentes con el plan de cuidado general.
- Basarse en principios científicos.
- Ser individualizados para cada situación en concreto.
- Propiciar todas las oportunidades para la enseñanza y el aprendizaje.
- Tener en cuenta la utilización de recursos apropiados.

Las órdenes de enfermería se refieren principalmente a acciones que deben ser cumplidas por el personal de enfermería. Debe recordarse que la enfermera también recibe órdenes del personal médico, usualmente estas órdenes se incluyen en el plan de atención general y se acompañan de las órdenes para actuaciones propuestas con base en diagnósticos de enfermería.

D. Los registros del Plan de Cuidado.

El plan de cuidado de enfermería es el punto culminante de varios pasos que los proceden y se espera que el profesional de enfermería produzca como su decisión el plan de acción a seguir a fin de lograr resultados frente a ciertas situaciones problemáticas. Es evidente que si no hay planeamiento o si este no se registra, se interrumpe todo el proceso y se carece de un sistema para evaluar los cuidados que se presenten. Un plan de cuidado no es fruto del azar ni de la intuición; para hacerlo se requiere demostrar la capacidad para valorar y diagnosticar. Cuando decimos que planeamos pero no aparece escrito el plan, no hay evidencia y no puede cumplir con las finalidades que se persiguen:

- Servir de esquema para dirigir las acciones de enfermería que buscan cubrir todas las necesidades de salud del usuario.

- Proporcionar mecanismos para prestar un cuidado específico y coordinado.
 - Servir como instrumento de comunicación entre las enfermeras y otros miembros del equipo de salud.
 - Servir de guía para la evaluación de la afectividad de los cuidados brindados (los resultados esperados del plan).
- d. **Cuarta Etapa: Ejecución del Plan.** La elaboración del plan se inicia generalmente tan pronto se tiene elaborado el plan, es decir, muy pronto después de la administración y de la preparación de la valoración seguida del diagnóstico. En algunas unidades como Urgencias, UCI; Salas de Parto hay protocolos preestablecidos como planes y una vez que se identifica los problemas se procede a actuar con base en los protocolos.

Las acciones realizadas por la enfermera pueden ser funciones independientes o interdependientes. Las interdependientes se refieren a la ejecución de indicaciones médicas relativas a medicamentos y tratamientos que forman parte del plan de atención médica así como la colaboración con miembros del equipo de atención multidisciplinaria para lograr un objetivo específico. El desempeño de las funciones interdependientes no implica seguir indicaciones de otros miembros en forma mecánica; más bien, es preciso ejercitar la crítica reflexiva y la emisión de juicios fundamentados para tomar decisiones relativas al ¿qué?, ¿cómo?, ¿cuándo? y ¿cuánto?

Las actividades de enfermería están diseñadas para cubrir las necesidades humanas que se han deducido con base en el problema del usuario. Si el diagnóstico de enfermería indica desequilibrio agua-sal, la actividad de enfermería debe ser tal que se cubran las necesidades de equilibrio de agua y sal. Con el fin de determinar e iniciar las actividades, el profesional de Enfermería, deben centrarse conocimientos científicos y una extensa formación en enfermería.

- e. **Quinta Etapa: Evaluación.** La evaluación va relacionada al estado del paciente sea esta positiva o negativa. Además la quinta etapa del Proceso de Enfermería ha sido en muchos casos olvidada, argumentando que no es fácil cumplir con ella, bien por falta de tiempo o porque las etapas que la han precedido tampoco han sido cumplidas a cabalidad.

(Cisneros, F. Colombia, 2007).

2.4.5 Labor de Parto

Definiciones

El parto humano, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del bebé del útero materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de una persona. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino; se ha establecido un patrón de trabajo de parto adecuado cuando hay tres contracciones en 10 minutos, cada una de 40 segundos de duración.

(MedLine Plus. Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU, 2014).

El trabajo de parto consiste en una serie de contracciones continuas y progresivas del útero que ayudan a que el cuello uterino se abra (dilatación) y adelgazamiento (se borre), para permitir que el feto pase por el canal de parto y se produzca el nacimiento que puede ser vaginal o por cesárea.

Clasificación

Según la edad de la gestación en que ocurre el parto se clasifican en:

- Parto Inmaduro: entre las 20 a las 28 semanas de gestación
- Parto Predeterminado o Prematuro: entre las 28 y 36 semanas
- Parto de Terminio: entre las 37 y 40 semanas
- Parto Postterminio: después de la semana 42 en adelante.

Por la naturaleza de su inicio los partos pueden ser:

- **Espontáneos:** cuando se desencadena el trabajo de parto normal acorde con los mecanismos fisiológicos materno-gestación esto quiere decir que se cumple con el periodo de maduración del feto.
- **Inducidos:** cuando se utiliza alguna técnica médica como sería la maduración cervical usando prostaglandinas PG2 alta, o inducción con medicamentos oxitócicos.

Indicadores de Inicio de la Labor de Parto

Las señales del trabajo de parto varían de una mujer a otra, puesto que cada mujer lo experimenta de manera diferente. Entre las señales comunes se pueden incluir:

- Indicios de sangre
- Es posible que se expulse por la vagina una pequeña cantidad de mucosidad, mezclada con algo de sangre, lo cual indica la iniciación del trabajo de parto.
- La aparición de contracciones (espasmos musculares del útero) a intervalos de menos de diez minutos suele indicar el comienzo del trabajo de parto; a medida que el trabajo de parto avanza, las contracciones pueden volverse más frecuentes e intensas.
- Ruptura de las membranas de la bolsa amniótica (Agua de Fuente)

El trabajo de parto a veces comienza con un flujo abundante o con el goteo de líquido amniótico. En caso de que se rompan las membranas de la bolsa amniótica, debe llamarse al médico de inmediato.

La mayoría de las mujeres que rompen la fuente empiezan el trabajo de parto dentro de 24 horas. Si después de dicho tiempo el trabajo de parto aún no se ha iniciado, es probable que se indique la hospitalización de la embarazada para provocar el parto. A menudo se toma esta medida para prevenir infecciones y complicaciones en el parto.

(Quisbert, G. El Blog de la Enfermera, 2011).

2.4.6 ETAPAS DE LA LABOR DE PARTO:

La labor de parto es descrita en tres etapas, y en conjunto éstas completan el parto y la expulsión de la placenta:

Etapa uno. El período en el que la mujer está dilatando, se divide a su vez en dos fases: el borrado del cuello del útero y la dilatación.

El borrado: es el acortamiento del cuello uterino por completo para permitir la salida del bebé. A lo largo del embarazo, el cérvix se ha ido alargando hasta medir unos tres centímetros.

En esta fase el cuello del útero comienza a acortarse por completo hasta medir menos de medio centímetro para que el bebé pueda salir. Comienza a producirse entre 48 y 72 horas antes del parto.

La dilatación: cuando ya se ha borrado el cuello del útero, sólo queda un orificio que habrá de ir ensanchándose para que el bebé pueda nacer. La dilatación es un proceso progresivo que tiene una duración diferente en cada mujer. Las mamás primerizas tardan más en dilatar que las mujeres que han tenido más hijos.

Las mamás primerizas tardan en dilatar aproximadamente 1 centímetro por hora y las mujeres multíparas 1,2 centímetros.

La primera etapa se divide en tres fases: latente, activa y desaceleración.

- En la **fase latente**, las contracciones se vuelven más frecuentes, fuertes y adquieren regularidad y se presenta el mayor cambio del cuello uterino, que se adelgaza o se borra.

La fase latente es la que varía más de una mujer a otra y de una labor de parto a otra. Puede tomar algunos días o unas pocas horas. Por lo general, se espera que la fase latente se prolongue de 10 a 12 horas en mujeres que ya han tenido niños. Para los primeros embarazos, puede durar casi las 20 horas. Las membranas se romperán espontáneamente, al comienzo o en la

mitad de la primera etapa de la labor de parto. Una vez que éstas se rompen, el proceso de labor de parto usualmente se acelera.

- La siguiente parte de la primera etapa de la labor de parto es la **fase activa**, la cual es la fase en la que el cuello uterino se dilata con más rapidez. Para la mayoría de las mujeres ésta es desde los 3 a 4 centímetros de dilatación hasta los 8 a 9 centímetros. La fase activa es la más predecible, dura un promedio de cinco horas en las madres primerizas y dos horas en las madres que han tenido partos anteriores.
- Finalmente, tenemos la **fase de desaceleración**, durante la cual la dilatación del cuello uterino continúa, pero a un paso más lento, hasta la dilatación completa. En algunas mujeres la fase de deceleración no es muy evidente, se combina con la fase activa. Esta es también la fase de más rápido descenso, cuando el bebé se introduce más en la pelvis y más profundamente a través del canal de nacimiento.

La fase de desaceleración también se llama transición y en las mujeres sin anestesia está con frecuencia marcada por vómitos y temblores incontrolables. Ver estos síntomas puede causar miedo pero son parte de un nacimiento normal e indican que la primera etapa ya está casi completada.

- a. **Etapa dos.** La etapa de expulsión ocurre cuando el cuello del útero está completamente dilatado y ya no bloquea la cabeza del bebé.

Ahora existe un nuevo pasaje a través del cual usted empujará a su bebé, desde el útero y hacia abajo a través del canal de nacimiento y dar a luz.

Las contracciones pueden llegar a disminuir justo antes de experimentar la necesidad de pujar al bebé. Deberá aprovechar este tiempo para tomar un pequeño descanso antes de la expulsión. La duración de esta etapa varía

respecto de la posición y el tamaño del bebé, y de su habilidad de pujar con las contracciones.

Para las madres primerizas la duración promedio de esta etapa varía de 1 a 2 horas. En algunos casos, esta etapa puede durar más de 2 horas, en caso de que la madre y el bebé lo toleren. Normalmente, un bebé nace con su cara viendo hacia la espalda de la madre (posición anterior). Sin embargo, algunos bebés miran hacia el abdomen materno (posición posterior). Los bebés con posición posterior pueden llegar a tener más dificultad para pasar a través de la pelvis, lo que puede hacer que la etapa de expulsión se dificulte o que dure más de 2 horas.

La segunda etapa se divide en tres fases:

- **Fase temprana o latente**

Desde la dilatación hasta el impulso de hacer esfuerzos expulsivos, esta fase puede concebirse como un periodo de reorganización mientras el cuerpo se prepara para la expulsión. A lo largo de 10 a 30 minutos el cuerpo la deja descansar.

- **Fase descenso o activa:**

Comienzo de esfuerzos rítmicos hasta la coronación. Descenso de la presentación a través de la vagina. La mujer siente el deseo de empujar rítmicamente con cada contracción, esforzándose en la expulsión y tal vez emitiendo gruñidos. Los labios empiezan abrirse poco a poco hasta que se observa la cabeza del feto.

- **Fase de transición o perineal:**

Desde la coronación hasta el nacimiento del bebé esta fase es breve, de unos 5 a 12 minutos. El periné empieza a abultarse, el área perineal se dilata y pueden expulsarse heces. Las contracciones son frecuentes y fuertes.

- **Nacimiento**

La piel del periné brilla cuando esta distendida hasta el límite. Si hay elasticidad y las dimensiones son suficientes el occipucio avanza, con la cabeza en flexión hasta que quede en círculo la superficie máxima.

El occipucio avanza emerge, y después al extenderse, la cabeza, la cara y la barbilla se deslizan sobre el periné normalmente el hombro anterior avanza hacia el arco pubiano, que actúa como extremo después el hombro posterior se desplaza hacia adelante sobre el periné.

El hombro anterior estará colocado al lado de la apertura vaginal superior hay que aplicar una presión sostenida sobre el periné y se libera el hombro posterior. El resto del cuerpo se libera hacia a fuera.

- b. **Etapa tres.** La tercera etapa de la labor de parto es la expulsión de la placenta, la cual puede ser inmediata o tomar hasta 30 minutos. El proceso puede ser acelerado de forma natural amamantando (que libera oxitocina) o médicamente al administrar un medicamento llamado pitocin.

Signos que nos indican que la placenta se ha desprendido:

- El útero se hace más pequeño y esférico
- Existe un pequeño chorro de sangre en la vagina
- El cordón umbilical se alarga
- El útero puede elevarse en el abdomen porque la placenta separada lo desplaza hacia arriba.

(Burd I. Baltimore, 2012).

Atender a la mujer en el período expulsivo llevando a cabo lo siguiente:

- Valorar las condiciones generales del binomio madre-hijo.
- Buscar a la embarazada en la posición más apropiada y cómoda.

- Efectuar el aseo perineal.
- Realizar amniorresis en caso necesario.
- Evaluar las condiciones del periné.
- Valorar la frecuencia cardíaca fetal.
- Identificar los factores de riesgo durante todo el proceso.
- Referir oportunamente al siguiente nivel de atención ante la presencia de alguna complicación.
- Recibir al recién nacido.

(Tineo, A. Galería de enfermería, 2011).

2.4.7 OXITOCINA

La oxitocina es una droga peligrosa, muy concentrada, que hace que las contracciones sean más frecuentes y más intensas. Esta hormona es secretada por las células que componen a la hipófisis posterior en el cerebro. Contrae el útero durante el proceso del parto, con lo que ayuda a la expulsión del recién nacido. También contrae las células mio-epiteliales de las glándulas mamarias, lo que favorece la expulsión de la leche cuando el lactante mama.

En las mujeres, la oxitocina se libera en grandes cantidades tras la distensión del cérvix uterino y la vagina durante el parto, así como en respuesta a la estimulación del pezón por la succión del bebé, facilitando por tanto el parto y la lactancia.

La vida media de la Oxitocina en la circulación es de 3 a 5 minutos. Se necesitan aproximadamente unos 40 minutos para que una dosis determinada de oxitocina alcance una concentración plasmática estable. (Bengolea, L. 2013).

La oxitocina es un medicamento que ayuda a la mujer en labor de parto a iniciar o mejorar las contracciones uterinas con la ayuda de la hormona hipófisis que es liberada del cerebro para una mejor expulsión del recién nacido. La administración de la oxitocina tiene que llevarse con responsabilidad, debido a que podemos causar complicaciones y terminar con la vida del paciente.

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: La inyección de oxitocina está indicada por el médico quien elige la inducción para la labor, por conveniencia en un embarazo a término.

- **Preparto:** oxitocina parenteral está indicada para el inicio o mejoramiento de las concentraciones uterinas, se consideran las condiciones del feto y la madre para el parto vaginal. Está prescrito para iniciar la inducción de labor en pacientes con indicación médica como es en: problemas de Rh (-), diabetes materna, preclamsia o ruptura prematura de membranas y en el parto; y como adyuvante en el manejo de aborto inevitable.
- **Posparto:** oxitocina es indicada para producir contracciones uterinas durante el 3er. estadio de labor y en el control de sangrado postoperatorio, hemorragia.

- **Edad gestacional:**

Para disminuir el riesgo de tener un embarazo prolongado.

- Si es su primer embarazo y basado en el estado del cérvix. La inducción por elección (no antes de las **39 semanas** de embarazo) no parece afectar la salud del bebé.
- **42 semanas o más:** Con cuello maduro se debe inducir el trabajo de parto, con cuello inmaduro se debe madurar cuello e inducir el trabajo de parto.
- **41 semanas** de edad gestacional con cuello maduro se debe inducir.
- Cuello inmaduro: algunas escuelas consideran que se debe madurar e inducir el trabajo de parto, otras consideran que se debe manejar con pruebas de bienestar fetal hasta la semana 42 e inducir a esa edad gestacional.
- Resultado de las pruebas de bienestar fetal: Es obvio que si existe alguna alteración en las pruebas de bienestar fetal se debe terminar el embarazo por la vía mejor indicada, independiente de la edad gestacional y la madurez cervical.

COMPLICACIONES:

La oxitocina es relativamente segura usada a las dosis recomendadas.

- Incremento de la necesidad de analgesia por el aumento de dolor.
- **Sufrimiento fetal:** Disminución del riego placentario hacia el producto, insuficiencia uteroplacentario.
- **Taquisistolía:** Son más de cinco contracciones en diez minutos (más de 60 segundos de duración) y en dos periodos consecutivos, que podrían ser perjudiciales para el bebé.
- **Hipertonía:** Contracción que duran más de 2 minutos (falta de relajación uterina). Con cada una de las contracciones va aumentando la presión en el interior del útero, que provoca que el bebé sea empujado hacia la vagina.
- **Rotura uterina:** Es la solución de continuidad patológica que sufre el músculo uterino durante el embarazo, o más frecuentemente durante el parto. Son más susceptibles aquellas mujeres con cicatrices uterinas por cesáreas o intervenciones quirúrgicas previas. Puede producirse en forma:

Espontánea: es aquella que ocurre en el útero grávido intacto y sin ninguna causa externa evidente.

Traumática: es aquella que ocurre como resultado de administración incorrecta de agentes oxitócicos, manipulación obstétrica o trauma externo o la que ocurre en pacientes con cicatriz uterina de cualquier etiología.

CUADRO N° 1

FACTORES ETIOLÓGICOS

TRAUMATISMO OBSTÉTRICO
<ul style="list-style-type: none">• Uso inadecuado de oxitócicos• Parto instrumentado• Traumatismos externos• Acretismo placentario• Procesos inflamatorios endometriales• Sobre distensión uterina: Olihidramnios, embarazo múltiple, macrosomía fetal.

Fuente: Cruzado, L. Ginecología y Obstetricia, 2009.

Elaborado por: Gabriela Paredes

- **Alteraciones cardiovasculares:** Hipotensión por dosis intravenosa rápida e hiponatremia.
- **Acción antidiurética** (inhibe la diuresis): La oxitocina tiene propiedades antidiuréticas, por ello si se administra en altas dosis (más de 30 mU/min / 180 ml/h) durante periodos prolongados y en soluciones hipotónicas puede producir una hiponatremia sintomática.
- **Intoxicación hídrica:** Conduce a hiponatremia, convulsiones, coma, insuficiencia cardiaca e incluso la muerte.

Hay que evitar la administración iv rápida de oxitocina sin diluir ya que puede producir efectos cardiovasculares graves (hipotensión). Por contener etanol como excipiente puede ser de riesgo en pacientes con enfermedad hepática, alcoholismo, epilepsia, etc...

- **La inducción del parto en grandes múltiparas:** Está asociada con el aumento de la incidencia de trabajo de parto precipitado, ruptura uterina y hemorragias posparto.
- Un **trabajo de parto prolongado:** Con estimulación por oxitocina puede concluir con atonía uterina posparto y hemorragia consecutiva, en especial, cuando se acompaña de corioamnionitis.
- El riesgo de **inducción fallida** tiene fuerte vínculo con el grado de maduración cervicouterina.
- **La cesárea:** En estas pacientes aumenta el riesgo de rotura uterina (1%), produciendo malos resultados maternos y fetales, tiene una tasa de morbimortalidad mayor que el parto vaginal (hemorragia, infección, trombosis venosa en extremidades inferiores). A mayor número de cesáreas, aumenta la necesidad de transfusión sanguínea y el riesgo de lesión a nivel de vejiga o intestino durante la cirugía. Los recién nacidos por cesárea pueden presentar dificultad respiratoria (taquipnea transitoria) o desarrollar síndrome de distress respiratorio y necesitar oxigenoterapia y larga permanencia hospitalaria.

(González L., Usandizaga M. Protocolo de inducción del parto, 2006).

(Bermúdez, F. Métodos de Inducción y Conducción del Trabajo de Parto 2012).

(Protocolo inducción del parto y métodos de maduración cervical. Barcelona, 2014).

Advertencias:

- La utilización de la oxitocina para inducción al parto debe realizarse estrictamente por razones médicas y no por conveniencia.
- El medico valorara la utilización de la oxitocina en las siguientes condiciones: parto prematuro, partos múltiples, en multíparas de edad madura o a partir del quinto parto.
- Deberá reducirse el volumen de perfusión en pacientes con trastornos cardiovasculares.
- Mujeres de 35 años o más, aquellas que han tenido complicaciones en el embarazo o con un periodo gestacional de más de 40 semanas han mostrado un mayor riesgo de aparición de coagulación intravascular diseminada pos-parto.

Contraindicaciones:

La oxitocina no debe ser utilizada para inducir el parto cuando hay evidencias de:

- Hipertonía de las contracciones uterinas
- Sufrimiento fetal
- Posición anormal del feto
- Placenta previa
- Prolapso del cordón umbilical
- Desproporción cefalo-pélvica
- Cáncer cervical
- Cirugías anteriores
- Infección por herpes.

El uso de la oxitocina puede ocasionar en estos casos un agravamiento de la condición produciendo un sufrimiento innecesario al feto y a la madre. De igual forma cualquier condición que suponga una emergencia obstétrica es una contraindicación al uso de la oxitocina. No se recomienda el uso prolongado de la oxitocina en pacientes con eclampsia o con atonía uterina crónica.

Su uso continuado puede ocasionar un efecto antidiurético con posibilidad de episodios convulsivos producidos por una hipertensión.

(Folleto de información al personal. Chile, 2012).

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

Entre las dosis y vías de administración tenemos:

- El comienzo de la acción se evidencia en unos pocos minutos cuando la administración es nasal y en 3 a 5 minutos por vía IM. Por vía IV el efecto es inmediato.
- Inducción al parto o estimulación de las contracciones: Debe ser administrado en forma de perfusión intravenosa gota a gota o, de preferencia, por medio de una bomba de perfusión de velocidad variable.
- Para la perfusión gota a gota se recomienda mezclar asépticamente de 5 a 10 U.I. (1 a 2 ml) de oxitocina en una solución fisiológica y agitarse vigorosamente para asegurarse que la mezcla contiene 10 mU (miliunidades) de oxitocina por ml.
- Comenzar con 1 a 2 mU de oxitocina, o sea 4 gotas por minuto, incrementando las dosis a 8 gotas o 4 mU luego de la primer **media hora**, coincidente con la vida útil de la droga. Si la contractilidad se instala con esta dosis, mantenerla, sino se puede con los intervalos mencionados, duplicar la cantidad de gotas y por consiguiente de mUs, hasta obtener 3 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración. Cuando la infusión de oxitocina produzca un patrón contráctil eficiente, se debe mantener la misma dosificación hasta el parto. No se debe exceder más allá de 32 mU por minuto

- Se debe tener un control estricto sobre la frecuencia cardíaca fetal, para ello escuchar los latidos cada 30 minutos siempre después de una contracción. Ante la aparición de un estado de bradicardia fetal, se debe detener la inducción. También se debe detener la inducción ante la presencia de una hiperestimulación contráctil, más de 5 contracciones en 10 minutos y/o falta de relajación uterina o hipertonía.
- En el **embarazo casi a término**, esto se puede conseguir a menudo con una velocidad de perfusión inferior a 10 mU/min (20 gotas/min), siendo la velocidad máxima recomendada de 20 mU/min (40 gotas/min).
- Operación cesárea: 5 U.I. por vía intramural o por inyección intravenosa lenta inmediatamente después de la extracción del feto.
(Cryopharma. México, 2007)

CUADRO N° 2
ESQUEMA REFERENCIAL DE DOSIS

1 mU/min	6 ml/h
2 mU/min	12 ml/h
4 mU/min	24 ml/h
8 mU/min	48 ml/h
10 mU/min	60 ml/h
12 mU/min	72 ml/h
14 mU/min	84 ml/h
16 mU/min	96 ml/h
18 mU/min	108 ml/h
20 mU/min	120 ml/h
22 mU/min	132 ml/h
24 mU/min	144 ml/h
26 mU/min	156 ml/h
30 mU/min	180 ml/h

Fuente: Protocolo inducción del parto y métodos de maduración Cervical. Barcelona, 2014.

Elaborado por: Gabriela Paredes

2.4.8 ADMINISTRACIÓN CORRECTA DE LA OXITOCINA

Para la administración correcta de la oxitocina se debe seguir los siguientes parámetros.

- Se debe informar a la paciente de la indicación de inducción y obtener consentimiento informado.
- La mujer debe estar controlada durante la administración de oxitocina, por el equipo enfermera -Residente-Especialista, y se realizará siempre en el ámbito de la sala de partos.
- No es necesario el ayuno absoluto durante la inducción del parto, excepto si la paciente está bajo anestesia epidural.
- Monitorización: antes de administrar Oxitocina hay que realizar monitorización externa continua de la FCF y AU.
- La perfusión de oxitocina debería empezarse siempre a la menor dosis posible, pues está demostrado que existe una relación entre el nº de contracciones y la pérdida de bienestar fetal. Con una dosis baja, el parto puede ser más largo pero resultará mucho más seguro.
- Debe ser administrado en forma de perfusión intravenosa por medio de una bomba de perfusión de velocidad variable.
- No existe justificación para retrasar el inicio de la Analgesia Epidural hasta alcanzar cierta dilatación cervical. En ausencia de contraindicación médica, la petición de la madre es indicación suficiente para el alivio del dolor durante el parto.
- La producción de oxitocina endógena está asociada al ciclo circadiano, de modo que en los humanos, su secreción es mayor por la noche, de manera que hay más probabilidad de que la inducción sea exitosa, y que se precise de una dosis menor de oxitocina artificial si se programa por la tarde-noche.
- Para reducir la necesidad de oxitocina artificial, debe cuidarse el ambiente de manera que se propicie que la mujer segregue su propia oxitocina endógena.

- Una vez inducido el parto, y obtenida una **dinámica adecuada de contracciones**, no hay razón para seguir suministrando oxitocina, pues el trabajo de parto continuará gracias a la acción de la oxitocina endógena que se habrá activado. Algunos estudios indican que al retirar la perfusión al alcanzar los 5 cm. de dilatación, el trabajo de parto prosigue con normalidad y disminuyen las complicaciones asociadas al uso de la oxitocina.
- La oxitocina es lenta en la generación de un efecto detectable, alrededor de 40 minutos, por lo que siempre hay que esperar ese tiempo, para poder comprobar que efecto ha causado esa dosis antes de proceder a aumentarla.
- Si el cuerpo materno no responde adecuadamente a la oxitocina y no hay avance en la dilatación, habrá que plantearse otras alternativas distintas al aumento en la dosis de oxitocina, incluso recurrir a una cesárea, antes de llegar a una situación de riesgo o de pérdida de bienestar fetal, pues una vez que los receptores de oxitocina se saturan, son incapaces de asimilar más oxitocina, con lo que el exceso de la misma solo generará efectos indeseados.

Manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto

Proporcionar atención continua a la embarazada durante el trabajo de parto, atendiendo a las condiciones generales y obstétricas y previene la aparición de complicaciones que puedan afectar la seguridad de la madre y el feto.

- Registrar e interpretar los signos vitales.
- Identificar la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones uterinas. Valorar 3 contracciones de aproximadamente 45 s de duración en 10 min con intervalos de 15 min.
- Monitorizar y auscultar la frecuencia cardíaca fetal antes, durante y después de la contracción uterina.
- Verificar la infusión de oxitocina dosis exactas.
- Mantener a la embarazada en decúbito lateral izquierdo.

- Preparación psicológica, confianza y tranquilidad a la paciente.
- Mantener la oxitocina durante el alumbramiento y, después de este, se puede aumentar el goteo para favorecer la hemostasia.

(González L., Usandizaga M. Protocolo de inducción del parto, 2006).

(Bengolea, L. Administración de la oxitocina, 2013).

Inducción y Conducción de la Labor de Parto

Inducción:

- Método o intervención para iniciar **artificialmente** las contracciones uterinas.
- Producirá borramiento y dilatación.
- El trabajo de parto resultante debe ser reproducido **exactamente igual** al parto normal y espontáneo.

Conducción:

- Acción de **guiar** las contracciones uterinas a las de un trabajo de parto normal.
- Objetivo: lograr el parto.
- En este caso, el trabajo de parto espontáneo o inducido ya se había iniciado.

Riesgos de la inducción: Los riesgos potenciales de la inducción incluyen: aumento riesgo parto por cesárea, hiperdinamia e hipertono con o sin alteraciones de la FCF, aspiración de meconio, rotura uterina, intoxicación hídrica y prolapso de cordón post amniorrexis.

Se debe tener precaución especial, por el riesgo aumentado de rotura uterina, en caso de cesárea anterior y cuando hay hiperdistensión uterina (embarazo gemelar, polihidramnios, gran multiparidad y macrosomía).

(Bermúdez, F. Métodos de Inducción y Conducción del Trabajo de Parto 2012).

Complicaciones y peligros de la inducción

Las complicaciones de la inducción se pueden evitar siempre que haya una adecuada vigilancia de la inducción. Las más importantes dependen de la sobre estimulación uterina.

Las principales complicaciones son:

- Crisis emocional (temor y ansiedad).
- Hipertonía.
- Rotura uterina.
- Abrupto placentario.
- Desgarros del cuello uterino.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Inercia uterina y parto prolongado.
- Parto precipitado.
- Traumatismos del feto.
- Partos pretérmino.
- Prolapso del cordón.
- Sepsis puerperal e intraparto.
- Embolismo del líquido amniótico.
- Hipofibrinogenemia.
- Hemorragia en el alumbramiento y el posalum-bramiento.
- Retención placentaria.
- Fracaso de la inducción.
- Muerte fetal o materna.

(Socarrás N. Cuba, 2009)

CUELLO UTERINO

Maduración:

La maduración del cuello uterino es un proceso que ayuda a ablandar y adelgazar el cuello uterino para prepararlo para el trabajo de parto. A veces, cuando se va a inducir el trabajo de parto, el cuello uterino no ha “madurado” o no se ha ablandado. Esto quiere decir que el trabajo de parto no puede progresar.

MADURACIÓN CERVICAL PREVIA A LA INDUCCIÓN DEL PARTO

Un cérvix con un test de Bishop igual o menor de 6 se considera desfavorable y es, por tanto, indicación de maduración cervical con prostaglandinas previa a la inducción del parto.

Antes del inicio de la maduración cervical se deberán evaluar los siguientes requisitos:

- Siempre tiene que constar la indicación para la inducción en la HCl.
 - Revisar HC: Edad gestacional (FUR por ecografía), paridad, antecedente de cesárea previa y contraindicaciones de parto vaginal.
 - Evaluación de la pelvis y el tamaño del feto por si existiera sospecha franca de desproporción.
 - Se debe informar a la paciente y firmar el consentimiento informado según el método de Maduración/inducción previsto. En el caso de uso de misoprostol además se debe obtener el consentimiento de uso de medicación fuera de indicación.
 - Valorar y registrar presentación y condiciones obstétricas mediante Test de Bishop.
 - Evaluación del estado de las membranas amnióticas (íntegras o rotas).
- (Protocolo de Ind. P y MC. Barcelona, 2014).

Métodos farmacológicos: prostaglandinas (PG)

Se trata de sustancias derivadas del ácido araquidónico. Existen dos tipos fundamentales de PG: los derivados de la prostaglandina E1 (PGE1 – Misoprostol – Cytotec®, Misofar®) y los derivados de la prostaglandina E2 (PGE2 – Dinoprostona – Propess®, Prepidil Gel®).

Producen cambios histológicos en el tejido conectivo, similares a los que se observan al comienzo del trabajo de parto de un embarazo a término (disolución de los haces de colágeno y aumento del contenido hídrico de la submucosa).

Complicaciones y efectos adversos de las PG:

- Frecuentes (>1/100, <1/10): alteraciones FCF, hipertensión uterina, taquisistolia, hiperestimulación uterina, hipotensión o taquicardia.
- Poco frecuentes (>1/1000, <1/100): náuseas, vómitos, diarrea, pérdida de bienestar fetal secundaria a hiperestimulación uterina.
- Raros (>1/10.000, <1/1000): CID, rotura uterina.

Contraindicaciones. No deben utilizarse prostaglandinas si:

- Trabajo de parto instaurado
- Administración de simultánea de oxitocina
- Multiparidad (≥ 4 partos)
- Contraindicación parto vaginal
- Antecedentes de hipersensibilidad a las prostaglandinas o a alguno de los excipientes.
- Cardiopatía moderada-grave: Estenosis mitral o aórtica.

Precauciones especiales de empleo: Precaución especial en caso de: hemorragia uterina de causa desconocida; glaucoma; asma (a pesar de que la PG E2 es un broncodilatador); patología pulmonar, renal o hepática, epilepsia, cesárea anterior, embarazo múltiple, macrosomía o polihidramnios.

PGE1 (MISOPROSTOL - CYTOTEC®): Método de primera elección si la maduración cervical intrahospitalaria farmacológica en ausencia de contraindicaciones y bajo riesgo hiperestimulación uterina.

Contraindicaciones absolutas:

- PE grave, eclampsia
- Cesárea previa
- EG < 34 semanas

- **Dosis:** 50 microgramos vía oral a intervalos de 4 horas. La eficacia por vía oral (dosis de 50 mcg) es similar a la vía vaginal (25 mcg/4h) y tiene tasas más bajas de hiperestimulación.
- **Dosis máxima:** 4 dosis. El beneficio de la administración de la 4ª dosis es marginal y debería valorarse según criterios clínicos.
- **Monitorización basal:** Antes de la administración deberán ser monitorizados la actividad uterina (20-30 minutos), la FCF y valoradas las características del cérvix (Bishop).
- **Monitorización posterior:** Después de la primera dosis se monitorizará la FCF y la DU durante 30-60 minutos. Después se pueden realizar monitorizaciones en ventanas de 30-60 minutos (coincidiendo con la administración del misoprostol), hasta iniciar una dinámica uterina regular. Si se establece dinámica uterina regular la monitorización FCF/DU debe ser continua.

(Protocolo de Ind. P y MC. Barcelona, 2014).

Escala de Bishop

Bishop ideó un sistema de puntuación para determinar la medida en que el cuello uterino se encuentra preparado para el trabajo de parto. Los parámetros valorados son la dilatación, el borramiento, la consistencia y la posición del cérvix uterino, así como el plano en que se encuentra la parte presentada del feto.

Se otorga una puntuación de 0, 1, 2,3 a cada una de las características valoradas. Cuanto mayor es la puntuación total, mayores son las probabilidades de que se produzca el parto. Cuanto menor es la puntuación total, mayores son las posibilidades de que fracase.

Un cérvix favorable es el criterio más importante para conseguir una inducción satisfactoria.

PUNTUACIÓN PÉLVICA PARA INDUCCIÓN

- Puntuación total: 0 – 13 puntos.
- Puntuación de inducibilidad: 4 o más.

CUADRO N° 3
ESCALA DE BISHOP

FACTOR	VALOR ASIGNADO			
	0	1	2	3
Dilatación cervical	Cerrado	1 – 2 cm	3 – 4 cm	5 cm o más
Borramiento cervical	0 – 30 %	40 – 50 %	60 – 70 %	80 % o más
Altura de la presentación.	- 3	- 2	- 1, 0, +1	+ 2
Consistencia cervical	Firme	Medio	Blanda	
Posición	Posterior	Intermedia	Central	

Fuente: Bermúdez, F. Protocolo de inducción y conducción., 2012.

- **Cuello uterino desfavorable:**
Puntuación de 6 o menos, se lo considera inmaduro y se debe mejorar la puntuación utilizando prostaglandinas (maduración) antes de la inducción con Oxitocina.
- **Cuello uterino favorable:**
Puntuación de 6 o más, se lo considera maduro y generalmente se logra inducir satisfactoriamente el trabajo de parto solo con Oxitocina.

Inducción fallida

Se considera que la inducción ha fracasado cuando transcurren 24 h después de rotas las membranas sin obtenerse modificaciones del cuello. Son mayores cuanto más prematura sea la inducción y más inmaduro esté el cuello. También depende de la mayor o menor perfección de la técnica empleada.

(Socarrás N. Cuba, 2009).

(Bermúdez, F. Protocolo de inducción y conducción., 2012).

2.5 HIPÓTESIS

Las intervenciones del personal de enfermería, están relacionadas con el manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto en el Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato.

2.6 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS

- **Variable independiente:** Intervención del personal de enfermería.
- **Variable dependiente:** Manejo de la Oxitocina en la segunda etapa de la labor parto.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Enfoque investigativo

El enfoque que se utilizó en este proyecto de investigación fue:

Cualitativa: Porque detectó los fenómenos y la causa del problema en estudio y además luego de la recolección de la información nos permitió procesar y formular las respectivas conclusiones.

Cuantitativa: Nos permitió establecer resultados numéricos que resultan del análisis de los datos recolectados en la investigación y probar la hipótesis establecida.

3.2. Modalidad básica de la investigación

Investigación de campo: Se realizó el estudio mediante la observación en el lugar de los hechos y recolección de datos directamente del Centro Obstetricia del HPDA, donde se observa las intervenciones del personal de enfermería en el manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto.

Investigación bibliográfica: Basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, es decir, por medio de una información documental, impresa, audiovisual o electrónica que permitió dar soporte y mayor veracidad al estudio realizado y obtener nuevos conocimientos para el análisis del mismo.

3.3. Nivel o tipo de investigación

La presente investigación se encuentra dentro del tipo descriptivo, explicativo y retrospectivo, porque comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o procesos de los fenómenos, además explica los factores causales en un tiempo de estudio pasado.

3.4. Población y muestra

Población

- La población de la investigación está representada por 12 enfermeras que laboran en el Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato.

Muestra:

- No se extrae muestra porque se trabaja con la población total.

Características de la población de estudio

Inclusión:

El universo de los elementos que componen el sujeto de la investigación, fue representado por las enfermeras del Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato.

Exclusión:

Se excluyó a las internas rotativas de enfermería por no estar dentro del grupo de estudio.

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.5.1. Variable Dependiente: Manejo de la Oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnica e Instrumento
Oxitocina, medicamento que se utiliza para iniciar y mejorar las contracciones uterinas, en las etapas de la labor de parto.	Oxitocina	Conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha recibido capacitación sobre la administración de la oxitocina? • ¿La enfermera aplica algún protocolo del uso de la oxitocina? • ¿Ha observado complicaciones por el uso frecuente de la oxitocina? • ¿Se utiliza oxitocina en todas las pacientes en labor de parto? 	Encuesta
	Etapas de la labor del parto	Segunda etapa de la labor de parto.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En qué etapa de la labor de parto se aplicó la oxitocina? • ¿Cuenta con los conocimientos básicos de la evolución de la segunda etapa de la labor de parto? 	

Tabla N° 1A: Variable Dependiente

Elaborado por: Gabriela Paredes

3.5.2. Variable Independiente: Intervención del personal enfermería

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnica e Instrumento
<p>Conjunto de acciones que realizan las enfermeras para ayudar a cubrir las necesidades de las pacientes.</p>	<p>Acciones de enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control de dosis ▪ Técnicas de aplicación ▪ Valoración materno - fetal ▪ Información 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿La enfermera controla la dosis de oxitocina durante la infusión? • ¿La enfermera registra los cambios indicados por el profesional médico de la dosificación de la oxitocina? • ¿Dispone de todos los materiales necesarios para la aplicación de la oxitocina? • ¿La enfermera controla los signos vitales, Frecuencia Cardíaca Fetal, Actividad Uterina? • ¿Comunica a la paciente acerca del medicamento que se la va a administrar? • ¿La enfermera informa a los familiares sobre la evolución de las pacientes? 	<p>Ficha de Observación</p>

	Necesidades de las pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fisiológicas ▪ Psicológicas 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿La enfermera indica la posición adecuada para el bienestar materno – fetal cuando se administra la oxitocina? • ¿La enfermera vigila que se cumpla con las necesidades fisiológicas de cada paciente? • ¿El personal de enfermería brinda apoyo emocional a la paciente en labor de parto? 	Ficha de Observación
--	-------------------------------	--	---	----------------------

Tabla N° 2B: Variable Independiente
Elaborado por: Gabriela Paredes

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

En el presente trabajo investigativo se utilizó como técnica, la revisión bibliográfica y linkografía, lo que permitió ejecutar un estudio del trabajo realizado por los autores. Como instrumento de recopilación de datos utilice, ficha de observación y encuesta que están estructuradas con preguntas cerradas.

Los encuestados no serán obligados a participar y se les brindará todas las garantías de confidencialidad.

3.7. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1.- ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la Investigación.
2.- ¿De qué personas?	Personal de enfermería del Centro Obstétrico del HPDA.
3.- ¿Sobre qué aspectos?	Intervención del personal de enfermería en el manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto.
4.- ¿Quién?	La investigadora: Gabriela Paredes
5.- ¿Cuándo?	Durante el periodo Agosto 2014 – Enero 2015.
6.- ¿Dónde?	En el Centro Obstétrico del HPDA.
7.- ¿Cuántas veces?	Las veces que sean necesarias.
8.- ¿Qué técnicas de recolección?	Observación y Encuesta
9.- ¿Con qué?	Fichas de observación y Cuestionario
10.- ¿En qué situación?	Hospitalización Área de Sala de Partos.

Tabla N° 3C: Recolección de información
Elaborado por: Gabriela Paredes

3.8. PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para el plan de procesamiento, se requieren de los siguientes pasos:

- Después de haber aplicado las encuestas y la ficha de observación al personal de Enfermería, continuara con la tabulación y presentación de los datos obtenidos.
- El análisis de datos permitirá determinar la intervención del personal de enfermería en el manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto.
- Al finalizar este proceso nos permitirá presentar las conclusiones a las que se ha llegado y las recomendaciones que amerita la investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

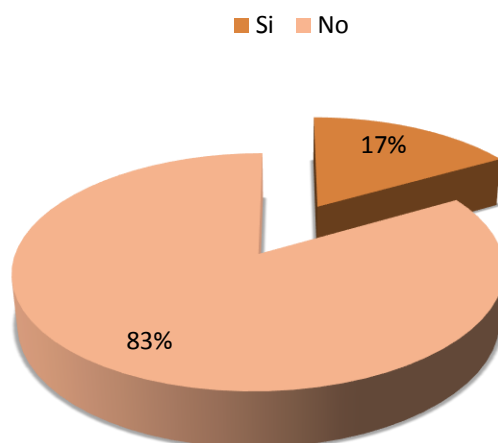
4.1 Encuestas aplicadas al personal de enfermería del Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato.

Tabla N°1

1. ¿Ha recibido capacitación sobre la administración de la oxitocina?

Alternativas	Número	Porcentaje
Si	2	17 %
No	10	83 %
Total	12	100%

Gráfico N° 1



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería del Centro Obstétrico del HPDA

Elaborado por: Gabriela Paredes

Análisis e interpretación

En el gráfico se puede observar que el 17% de enfermeras indican que si han recibido capacitación acerca del uso de la oxitocina y un 83% no ha recibido.

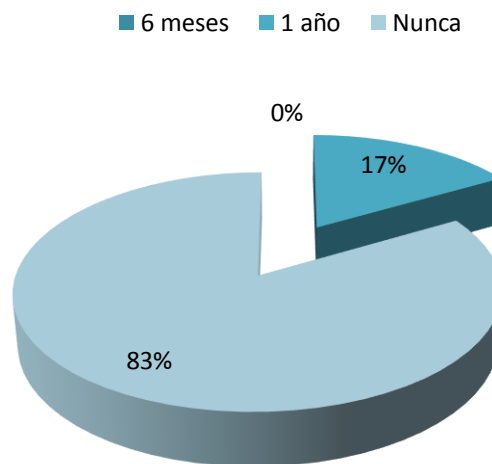
Se puede evidenciar que gran parte del personal de enfermería no ha recibido capacitación sobre el manejo de la oxitocina, es decir desconocen los procedimientos correctos sobre la administración de la medicación, por lo tanto, esto puede constituirse en una mala práctica profesional ya que al no saber las características, efectos e indicaciones de la medicación se puede causar una iatrogenia al paciente.

Tabla N°2

2. ¿Con qué frecuencia ha recibido capacitación?

Alternativas	Número	Porcentaje
6 meses	0	0 %
1 año	2	17 %
Nunca	10	83%
Total	12	100%

Gráfico N° 2



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería del Centro Obstétrico del HPDA.

Elaborado por: Gabriela Paredes

Análisis e interpretación

En el gráfico se demuestra que un 17% recibe capacitación al año, un 83% nunca, y 0% a los 6 meses.

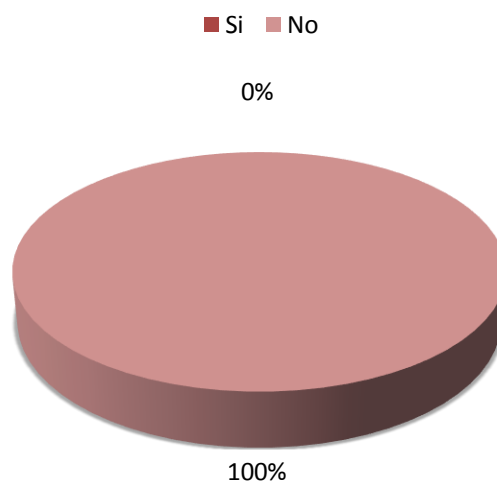
Al no recibir el personal de enfermería capacitaciones mensuales para actualizar conocimientos, la enfermera no va a tener una toma de decisiones rápidas y eficaces frente a la madre en labor de parto, lo cual implica que se está corriendo el riesgo de que la madre gestante presente complicaciones durante y después del parto.

Tabla N°3

3. ¿Cuenta con un protocolo para el uso de la oxitocina?

Alternativas	Número	Porcentaje
Si	0	0 %
No	12	100 %
Total	12	100%

Gráfico N° 3



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería del Centro Obstétrico del HPDA.

Elaborado por: Gabriela Paredes

Análisis e interpretación

En el gráfico anterior se puede observar que un 100 % de las enfermeras expresan que no poseen ningún protocolo para el manejo y control de la oxitocina.

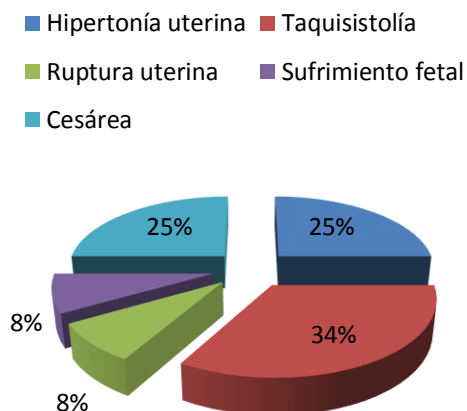
En el centro obstétrico del HPDA al no poseer un protocolo para el manejo y control de la oxitocina, la enfermera no está realizando actividades minuciosas con respecto a la administración del medicamento y valoración con cada una de las pacientes, de modo que esta situación puede acarrear una serie de dificultades para el parto.

Tabla N°4

4. ¿Qué tipo de complicaciones ha observado por el uso de la oxitocina?

Alternativas	Número	Porcentaje
Hipertonía uterina	3	25 %
Taquisistolía	4	34 %
Ruptura uterina	1	8 %
Sufrimiento fetal	1	8 %
Cesárea	3	25 %
Total	12	100%

Gráfico N° 4



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería del Centro Obstétrico del HPDA.

Elaborado por: Gabriela Paredes

Análisis e interpretación

En el gráfico que antecede, se evidencia las complicaciones que se presentan por el uso de la oxitocina, estas son taquisistolía con un 34 %, hipertonía uterina y cesárea con un 25 %, ruptura uterina y sufrimiento fetal con 8 %.

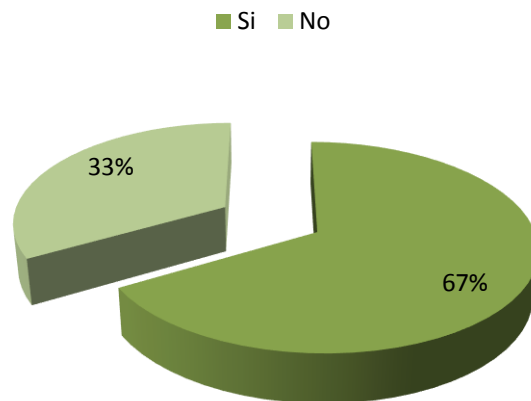
El personal de enfermería al utilizar la oxitocina, no está llevando a cabo la valoración que este medicamento requiere, la enfermera deberá evitar su uso indiscriminado, debido a la gran cantidad de efectos secundarios que provoca, es decir conlleva a que la madre en labor de parto sufra una serie de complicaciones tanto para la madre como para el feto, aumentando el riesgo de mortalidad materno – fetal.

Tabla N°5

5. ¿Se utiliza oxitocina en todas las pacientes en labor de parto?

Alternativas	Número	Porcentaje
Si	8	67%
No	4	33 %
Total	12	100%

Gráfico N° 5



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería del Centro Obstétrico del HPDA.

Elaborado por: Gabriela Paredes

Análisis e interpretación

En el gráfico anterior muestra que el 67% se utiliza oxitocina en la labor de parto y un 33% no aplican a todas las pacientes.

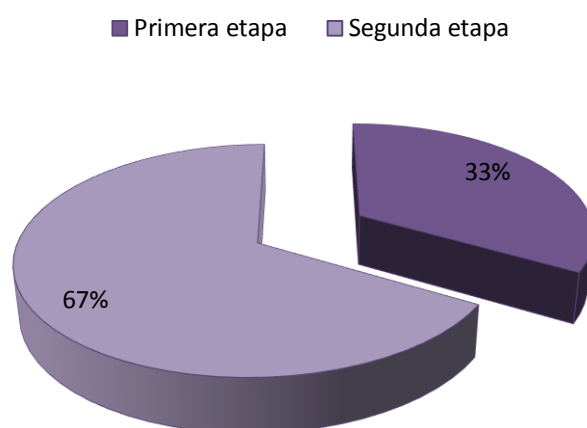
El personal de enfermería refiere que en la mayor parte de las pacientes ingresadas al centro obstétrico se utiliza oxitocina en la labor de parto, teniendo en cuenta que se administra bajo indicaciones médicas, pero muchas veces esta valoración médica no lo realiza un profesional, si no recae esta responsabilidad al personal encargado, es por eso que la enfermera debe tener los suficientes conocimientos científicos y prácticos para la toma de decisiones correspondientes.

Tabla N°6

6. ¿En qué etapa de la labor de parto aplican la oxitocina?

Alternativas	Número	Porcentaje
Primera etapa	4	33 %
Segunda etapa	8	67 %
Total	12	100%

Gráfico N° 6



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería del Centro Obstétrico del HPDA.

Elaborado por: Gabriela Paredes

Análisis e interpretación

En el gráfico se puede observar que un 67% indican que administran la oxitocina en la segunda etapa y un 33% aplican en la primera etapa de la labor de parto.

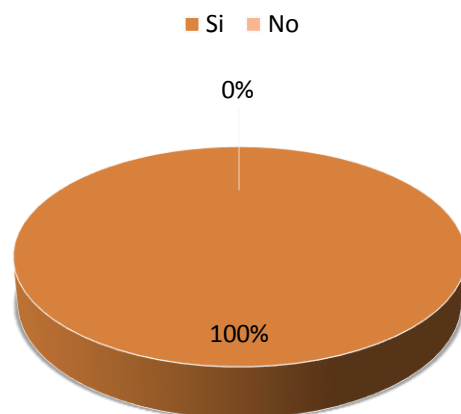
Se puede evidenciar que la administración de la oxitocina la ejecutan con mayor frecuencia en la segunda etapa, para producir mejor borramiento y dilatación cervical, es por esta razón que la enfermera tiene que tener un control continuo de la paciente, debido a que esta fase puede concebirse como un periodo de reorganización mientras el cuerpo se prepara para la expulsión.

Tabla N°7

7. ¿Cuenta con los conocimientos básicos de la evolución de la segunda etapa de la labor de parto?

Alternativas	Número	Porcentaje
Si	12	100%
No	0	0 %
Total	12	100%

Gráfico N° 7



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería del Centro Obstétrico del HPDA.

Elaborado por: Gabriela Paredes

Análisis e interpretación

En el gráfico se evidencia que el 100 % de las enfermeras poseen conocimientos básicos de la evolución de la segunda etapa de la labor de parto.

El personal de enfermería a pesar de tener conocimientos básicos del proceso del parto, no está efectuando y priorizando sus actividades cabalmente, sabiendo que la segunda etapa es en la cual se define como terminará el trabajo de parto, con o sin presencia de complicaciones.

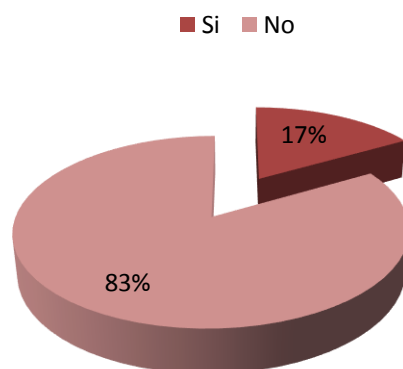
Ficha de observaciones aplicadas al personal de enfermería del Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato.

Tabla N°8

8. ¿La enfermera controla la dosis de oxitocina durante la infusión?

Alternativas	Número	Porcentaje
Si	2	17 %
No	10	83 %
Total	12	100%

Gráfico N° 8



Fuente: Ficha de observación aplicada al personal de enfermería del Centro Obstétrico del HPDA.

Elaborado por: Gabriela Paredes

Análisis e interpretación

En el gráfico que antecede, se evidencia que el 83% del personal no controla la dosis de oxitocina durante la infusión y el 17% si controla la dosis de oxitocina.

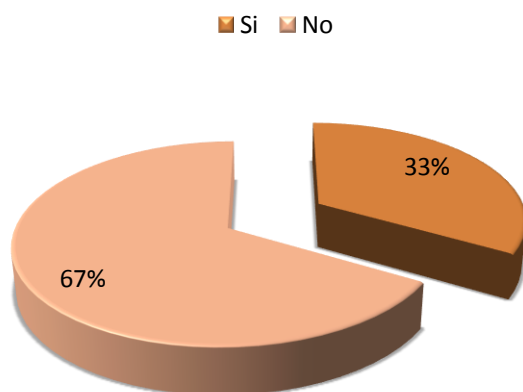
Al utilizar la oxitocina en la madre en labor de parto, produce mayor actividad uterina, por lo cual el personal de enfermería tiene que llevar un control de la infusión de oxitocina continuamente para evitar sobredosificaciones y complicaciones ya que le estarían poniendo en riesgo la vida del binomio.

Tabla N°9

9. ¿La enfermera registra los cambios indicados por el profesional médico de la dosificación de la oxitocina?

Alternativas	Número	Porcentaje
Si	4	33 %
No	8	67 %
Total	12	100%

Gráfico N° 9



Fuente: Ficha de observación aplicada al personal de enfermería del Centro Obstétrico del HPDA.

Elaborado por: Gabriela Paredes

Análisis e interpretación

En el gráfico anterior indica que el 67% del personal de enfermería no registran los cambios de la dosificación de la oxitocina y un 33% si registran los cambios.

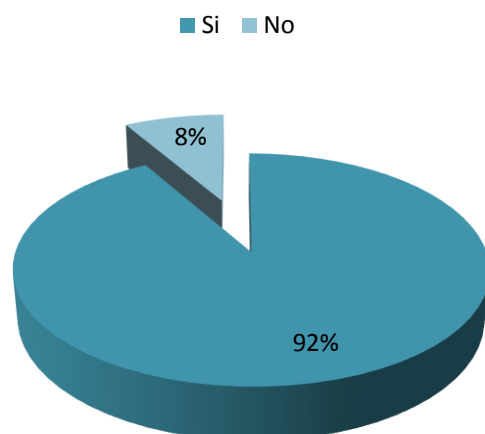
La mayor parte de las enfermeras del centro obstétrico no registran en la historia clínica los cambios expuestos de la dosis de la oxitocina por parte del profesional médico, sabiendo que es un documento legal, y además es el cual donde les respalda el trabajo o actividades que están realizando con cada una de las gestantes, también este registro ayuda para actuar frente a cualquier dificultad que se podría presentar en la mujer en labor de parto por sobredosificación.

Tabla N|°10

10. ¿La enfermera se basa únicamente en prescripciones médicas al administrar la oxitocina?

Alternativas	Número	Porcentaje
Si	11	92 %
No	1	8 %
Total	12	100%

Gráfico N° 10



Fuente: Ficha de observación aplicada al personal de enfermería del Centro Obstétrico del HPDA.

Elaborado por: Gabriela Paredes

Análisis e interpretación

En el gráfico se observa que el 92% de las enfermeras se rigen únicamente a prescripciones médicas y el 8% no.

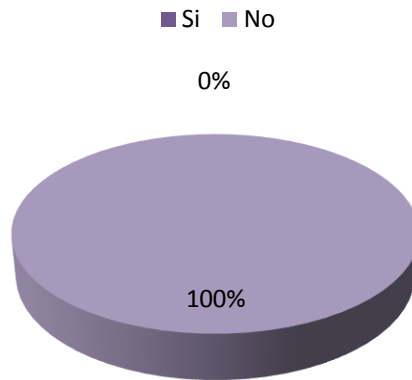
El personal de enfermería al regirse solamente a prescripciones médicas sin tomar en cuenta que muchas veces esas indicaciones no la emiten profesionales con experiencia, no están aludiendo alternativas de tratamiento en caso de ser necesario, para prevenir complicaciones que puedan presentarse a la madre en la labor de parto, para lo cual la enfermera debe poseer conocimientos científicos y capacitarse constantemente.

Tabla N°11

11. ¿Dispone de todos los materiales necesarios para la aplicación de la oxitocina?

Alternativas	Número	Porcentaje
Si	0	0 %
No	12	100 %
Total	12	100%

Gráfico N° 11



Fuente: Ficha de observación aplicada al personal de enfermería del Centro Obstétrico del HPDA.

Elaborado por: Gabriela Paredes

Análisis e interpretación

En el gráfico se demuestra que un 100% del personal de enfermería no dispone de materiales para la administración de oxitocina.

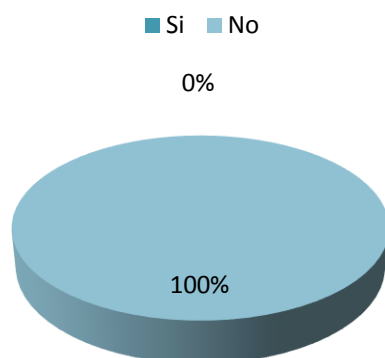
En el centro obstétrico al no disponer de los materiales para la administración correcta de la oxitocina, la enfermera es la responsable de gestionar los insumos necesarios para garantizar una atención de calidad y de bienestar para la madre y el feto, por lo cual la enfermera debe tener cuidado con el uso de este medicamento.

Tabla N°12

12. ¿La enfermera controla los signos vitales, frecuencia cardiaca fetal, actividad uterina luego de la administración de la oxitocina?

Alternativas	Número	Porcentaje
Si	0	0%
No	12	100 %
Total	12	100%

Gráfico N° 12



Fuente: Ficha de observación aplicada al personal de enfermería del Centro Obstétrico del HPDA.

Elaborado por: Gabriela Paredes

Análisis e interpretación

En el gráfico anterior indica que el 100% de las enfermeras no controlan los signos vitales, frecuencia cardiaca fetal, actividad uterina luego de la administración de la oxitocina.

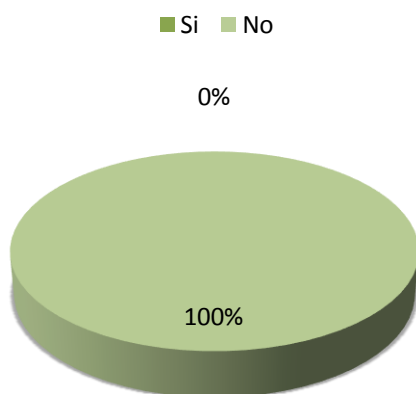
Se observa al personal de enfermería que registran los signos vitales de la paciente al momento de su ingreso al centro obstétrico, pero después de la administración de la oxitocina, no existe ningún control de la evolución de la paciente, al no tener una buena valoración no podemos verificar si el medicamento que se está administrando por infusión está produciendo efectos o no a la madre en labor de parto.

Tabla N°13

13. ¿Comunica a la paciente acerca del medicamento que se la va a administrar?

Alternativas	Número	Porcentaje
Si	0	0 %
No	12	100 %
Total	12	100%

Gráfico N° 13



Fuente: Ficha de observación aplicada al personal de enfermería del Centro Obstétrico del HPDA.

Elaborado por: Gabriela Paredes

Análisis e interpretación

En el gráfico se observa que el 100% de las enfermeras no informan a las pacientes del medicamento que se les va a hacer administrar.

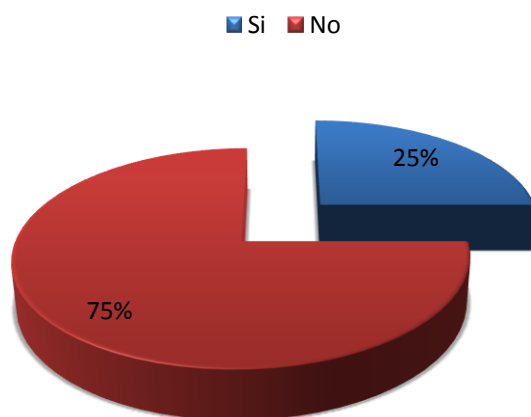
Al no recibir información y educación la paciente, sobre el medicamento que va a hacer administrado, conlleva a que presente ansiedad, inquietud y perjudique la evolución de la labor de parto ya que desconoce las ventajas y desventajas del medicamento que está recibiendo por parte del personal de enfermería.

Tabla N°14

14. ¿La enfermera informa a los familiares sobre la evolución de las pacientes?

Alternativas	Número	Porcentaje
Si	3	25 %
No	9	75 %
Total	12	100%

Gráfico N° 14



Fuente: Ficha de observación aplicada al personal de enfermería del Centro Obstétrico del HPDA.

Elaborado por: Gabriela Paredes

Análisis e interpretación

En el gráfico que antecede, se evidencia que el 75% de las enfermeras no informan a los familiares de la evolución de la paciente y un 25% si comunican a los familiares.

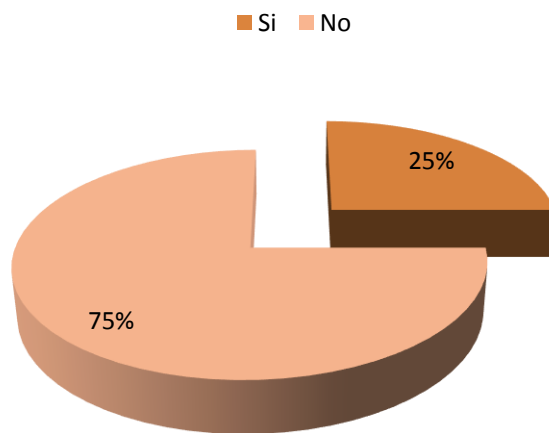
El personal de enfermería es la más indicada para ofrecer información a los familiares sobre el estado de la paciente, debido a que se encuentra en contacto directo todo el tiempo con la madre gestante y sabe cómo se está llevando a cabo el proceso de la labor de parto, conllevando a que la paciente permanezca sin ninguna preocupación.

Tabla N° 15

15. ¿La enfermera indica la posición adecuada para el bienestar materno – fetal cuando se administra la oxitocina?

Alternativas	Número	Porcentaje
Si	3	25 %
No	9	75 %
Total	12	100%

Grafico N° 15



Fuente: Ficha de observación aplicada al personal de enfermería del Centro Obstétrico del HPDA.

Elaborado por: Gabriela Paredes

Análisis e interpretación

En el gráfico se observa que el 75% de las enfermeras no indican la posición adecuada para el bienestar materno - fetal y un 25% si comunican la posición adecuada.

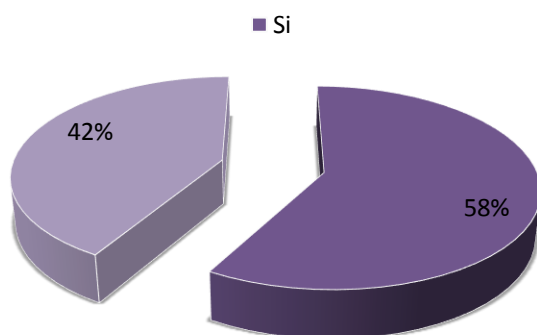
El personal de enfermería tiene la responsabilidad de informar a la madre, la posición correcta que debe tener durante la evolución del parto después de la administración de la oxitocina, ya que al no informar correctamente conlleva a que se impida un buen retorno venoso se reduzca el GC y baje la TA.

Tabla N°16

16. ¿La enfermera vigila que se cumpla con las necesidades fisiológicas de cada paciente?

Alternativas	Número	Porcentaje
Si	7	58 %
No	5	42 %
Total	12	100%

Gráfico N° 16



Fuente: Ficha de observación aplicada al personal de enfermería del Centro Obstétrico del HPDA.

Elaborado por: Gabriela Paredes

Análisis e interpretación

En el gráfico anterior indica que el 58% de las enfermeras si vigilan el cumplimiento de las necesidades fisiológicas de cada paciente y el 42% no verifican el cumplimiento.

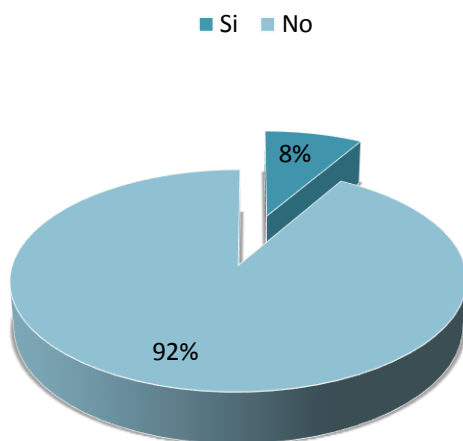
Se observa que un mínimo porcentaje profesional de enfermería, no controla el cumplimiento del personal auxiliar sobre las necesidades fisiológicas que requieren las paciente, de modo que la enfermera encargada de la vigilancia tampoco está realizando sus actividades correctamente, ni muchos menos valorando continuamente a la mujer en labor de parto.

Tabla N°17

17. ¿El personal de enfermería brinda apoyo emocional a la paciente en labor de parto?

Alternativas	Número	Porcentaje
Si	1	8 %
No	11	92 %
Total	12	100%

Gráfico N° 17



Fuente: Ficha de observación aplicada al personal de enfermería del Centro Obstétrico del HPDA.

Elaborado por: Gabriela Paredes

Análisis e interpretación

En el gráfico que antecede, se evidencia que el 92% de las enfermeras no brindan apoyo emocional a la paciente y un 8% si ofrecen apoyo emocional.

La mayor parte de las enfermeras no tienen una buena interacción con las pacientes, de modo que es perjudicial, ya que al no tener una buena relación enfermera –paciente la mujer en labor de parto va a presentar signos de ansiedad y desesperación, impidiendo a que el trabajo de parto se eficaz y corriendo el riesgo de presentar complicaciones.

4.2. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

La verificación de la hipótesis se realiza a partir de los resultados de la encuesta y ficha de observación aplicada al personal de enfermería del Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato.

Las intervenciones del personal de enfermería, están relacionadas con el manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto en el Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato.

4.2.1 Planteamiento de Hipótesis Nula (H_0) y Alterna (H_1).

Modelo Lógico

- **Hipótesis Nula H_0 .**- Las intervenciones del personal de enfermería, **NO** están relacionadas con el manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto en el Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato.
- **Hipótesis Alterna H_1 .**- Las intervenciones del personal de enfermería, **SI** están relacionadas con el manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto en el Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato.

Verificación de Hipótesis

El método estadístico para comprobar las hipótesis fue T de student, por ser una prueba que permitió una distribución de probabilidad que surge del problema de estimar la media de una población normalmente distribuida y porque el tamaño de la muestra es pequeño.

4.3. Combinación de frecuencias

- Aplica a 12 enfermeras que laboran en el Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato.

Frecuencia/enfermeras		muestra 1	muestra 2
2	10	17	83
4	8	33	67
11	1	92	8
0	12	0	100
0	12	0	100
0	12	0	100
3	9	25	75
3	9	25	75
7	5	58	42
1	11	8	92

Elaborado por: Gabriela Paredes

4.3.1.- Elección del Estimado Estadístico.

Prueba t para muestra única

En esta prueba se evalúa la hipótesis nula de que la media de la población estudiada es igual a un valor especificado μ_0 , se hace uso del estadístico:

$$t = \frac{\bar{x} - \mu_0}{s/\sqrt{n}},$$

Donde \bar{x} es la media muestral, s es la desviación estándar muestral y n es el tamaño de la muestra. Los grados de libertad utilizados en esta prueba se corresponden al valor $n - 1$.

Pendiente de una regresión lineal

Supóngase que se está ajustando el modelo:

$$Y_i = \alpha + \beta x_i + \varepsilon_i,$$

Donde $x_i, i = 1, \dots, n$ son conocidos, α y β son desconocidos, y ε_i es el error aleatorio en los residuales que se encuentra normalmente distribuido, con un valor esperado 0 y una varianza desconocida σ^2 , e $Y_i, i = 1, \dots, n$ son las observaciones.

Se desea probar la hipótesis nula de que la pendiente β es igual a algún valor especificado β_0 (a menudo toma el valor 0, en cuyo caso la hipótesis es que x e y no están relacionados).

Sea

$$\begin{aligned} \hat{\alpha}, \hat{\beta} &= \text{estimadores de cuadrados mínimos,} \\ SE_{\hat{\alpha}}, SE_{\hat{\beta}} &= \text{error estándar de los estimadores de cuadrados mínimos.} \end{aligned}$$

Luego

$$t_{\text{valor}} = \frac{\hat{\beta} - \beta_0}{SE_{\hat{\beta}}}$$

Tiene una distribución t con $n - 2$ grados de libertad si la hipótesis nula es verdadera. El error estándar de la pendiente:

$$SE_{\hat{\beta}} = \frac{\sqrt{\frac{1}{n-2} \sum_{i=1}^n (Y_i - \hat{y}_i)^2}}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}}$$

Puede ser reescrito en términos de los residuales:

$$\hat{\varepsilon}_i = Y_i - \hat{y}_i = Y_i - (\hat{\alpha} + \hat{\beta}x_i) = \text{residuales} = \text{errores estimados,}$$

$$SSE = \sum_{i=1}^n \hat{\varepsilon}_i^2 = \text{suma de los cuadrados de los residuales.}$$

Luego t_{valor} se encuentra dado por:

$$t_{\text{valor}} = \frac{(\hat{\beta} - \beta_0)\sqrt{n-2}}{\sqrt{SSE / \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}}$$

Tabla de relación:

muestra 1	muestra 2
17	83
33	67
92	8
0	100
0	100
0	100
25	75
25	75
58	42
8	92

PROMEDIO

25.8

74.2

Sd

29.55898059

29.55898059

25.8 +/-

Intervalos de Confianza 29.55 74.2 +/-29.55

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Media	25.8	72.22222222
Varianza	873.7333333	938.9444444
Observaciones	10	9
Varianza agrupada	904.420915	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	17	
Estadístico t	-3.359580733	
P(T<=t) una cola	0.001859579	
Valor crítico de t (una cola)	1.739606716	
P(T<=t) dos colas	0.003719159	
Valor crítico de t (dos colas)	2.109815559	

Valor estadístico T: -3.35

Valor T de tabla: 2.10

Hipótesis Nula: $H_0: \mu_1 = \mu_2$:

Hipótesis Alternativa $H_1: \mu_1 \neq \mu_2$: existe diferencia significativa en las muestras por lo tanto se aprueba la hipótesis alternativa.

En este caso el valor estadístico T: - 3.35 es menor al valor T de tabla 2.10 por lo tanto rechazo la hipótesis nula lo que significa que las diferencias entre la muestra 1y 2 son significativas aceptando la hipótesis alternativa que son: Las intervenciones del personal de enfermería, SI están relacionadas con el manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto en el Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Se puede concluir que un 83% de las enfermeras no han recibido capacitación acerca del uso de la oxitocina, de modo que la efectividad en la administración de la oxitocina a mujeres en la segunda etapa de la labor de parto, depende mucho de las intervenciones del personal de enfermería, ya que al no tener personal capacitado, consiente de la actividad que está realizando, puede constituirse en una mala práctica profesional ya que al no conocer las característica, efectos e indicaciones de la medicación, se podría desencadenar o provocar complicaciones tanto a la salud de la madre gestante como al del feto, como puedo indicar en la tabla y grafico N°1.
- Mediante los datos obtenidos en la tabla y gráfico N°12 indican que el 100% de las enfermeras no controlan los Signos Vitales, Frecuencia Cardiaca Fetal, Actividad Uterina luego de la administración de la oxitocina a las mujeres en la segunda etapa de la labor de parto; es necesario que el personal profesional de enfermería lleve un continuo monitoreo y control de los signos vitales (binomio), para determinar si el medicamento está durante el umbral de acción farmacológico o poniendo en riesgo el bienestar madre – feto.
- Según los datos obtenidos se concluye que el 83% de las enfermeras no controlan la dosis de oxitocina durante la infusión en la madre en labor de parto, por lo cual, el personal profesional de enfermería tiene la responsabilidad de llevar un control de la infusión de oxitocina continuamente para evitar sobredosificaciones y efectos secundarios producidos por el mismo, como se puede observar en la tabla y gráfico N°8.

- En la administración de la oxitocina, se hace necesario una valoración permanente a la mujer en labor de parto, para identificar la evolución del trabajo de parto, posibles complicaciones que se puedan dar por el medicamento y verificar que los resultados del procedimiento de inducción/conducción sean los deseados, para lograr que el mismo sea efectivo en post del bienestar de la madre y del neonato.

5.2 RECOMENDACIONES

- Motivar a las enfermeras del Centro Obstétrico a la realización continua de capacitaciones sobre las técnicas de la administración del medicamento (oxitocina), monitoreo, control de la paciente, así como también procedimientos de emergencia en caso de reacciones adversas en las madres gestantes. El deber del/la salubristas esta siempre encaminado a proteger la salud de la paciente y en el caso del Centro Obstétrico lograr que el parto llegue a feliz término para el neonato y la madre.
- Ejecutar la guía de atención para el control y manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto para asegurar que la administración del fármaco va a cumplir el efecto deseado en la paciente, así como también vigilar la condición de la madre gestante y detectar posibles dificultades durante el procedimiento.
- Concientizar al personal profesional de enfermería que las intervenciones adecuadas ayudan a la mujer gestante a tener una mejor evolución en el trabajo de parto, reduciendo el riesgo de presentar dificultades durante el alumbramiento.
- El personal profesional de enfermería debe mejorar la atención brindada a la paciente en labor de parto, demostrando su calidad y calidez en el cuidado para crear un ambiente de confianza entre enfermera y paciente.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

6.1. DATOS INFORMATIVOS

6.1.1. TÍTULO:

“Guía de Atención de Enfermería en el Manejo de la Oxitocina en la Segunda Etapa de la Labor de Parto”.

6.1.2. INSTITUCIÓN EJECUTORA:

La propuesta se ejecutara en el Hospital Provincial Docente Ambato.

6.1.3. BENEFICIARIOS:

- Los beneficiarios directos son los profesionales de Enfermería.
- Los beneficiarios indirectos las pacientes en labor de parto.

6.1.4. UBICACIÓN:

Provincia: Tungurahua.

Cantón: Ambato.

Parroquia: La Merced.

Calles: Av. Pasteur Y Unidad Nacional.

Hospital Provincial Docente Ambato en la sala de Gineco- Obstetricia.

6.1.5. TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN:

Durante 1 mes, los días jueves y sábados.

6.1.6. NOMBRE DE LA RESPONSABLE:

Gabriela Alejandra Paredes Fernández

6.1.7. COSTO:

El presupuesto para la realización de la propuesta planteada es de 300 dólares.

6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

El personal de enfermería que trabaja en el centro obstétrico, conjuntamente con los miembros del equipo de salud, tienen la responsabilidad de asistir a la paciente en la labor de parto cual sea la complicación que pueda presentar debido al uso de la oxitocina.

Los conocimientos que posee el personal de enfermería sobre el manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto, es parte importante de la atención, lamentablemente la mayoría de las enfermeras desconoce el correcto manejo y control de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto, debido a la falta de capacitación, de modo que para el personal de enfermería es difícil ofrecer cuidados específicos a la mujer gestante, lo que puede llevar a que las pacientes presenten complicaciones tales como taquisistolía, hipertensión uterina, ruptura uterina, sufrimiento fetal y cesárea por la inadecuada actividad de enfermería.

6.3. JUSTIFICACIÓN

La propuesta es importante porque se intenta solucionar un problema observado en el uso del medicamento oxitocina. Con esta propuesta se entregará al personal de enfermería una guía de atención, el cual servirá de pauta para las actividades de la enfermera con respecto al uso de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto, de esta manera la enfermera brindará cuidados específicos y evitará complicaciones, tanto para la madre como para su hijo.

Este trabajo tiene relevancia, ya que permitirá actualizar el conocimiento del personal profesional de enfermería para poder prevenir complicaciones y mejorar la atención de la paciente.

La propuesta que se plantea es factible económicamente y administrativamente porque será autofinanciada por la investigadora, y se cuenta con el permiso respectivo de las autoridades del Hospital Provincial Docente Ambato para la entrega de la Guía de Atención del manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto en el Centro Obstétrico.

6.4. OBJETIVOS

6.4.1 Objetivo General

Implementar una Guía de Atención sobre el correcto manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto para fortalecer los conocimientos del personal de enfermería del Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato.

6.4.2 Objetivos Específicos

- Describir todas las actividades específicas que debe cumplir la enfermera en el manejo y control de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto.
- Capacitar al personal de enfermería sobre el uso adecuado de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto.
- Controlar el cumplimiento sobre el manejo adecuado de la oxitocina en la realización de las diferentes actividades del personal de enfermería, mediante la aplicación de la guía de atención.

6.5. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

La presente propuesta es factible porque se cuenta con la apertura de los directivos del Hospital Provincial Docente Ambato y las enfermeras que laboran en esta área Centro Obstétrico. Además se cuenta con los recursos necesarios para la elaboración de la guía de atención para el correcto manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto.

6.6. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO TÉCNICA

GUÍA DE ATENCIÓN DEL MANEJO Y CONTROL DE LA OXITOCINA EN LA SEGUNDA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO

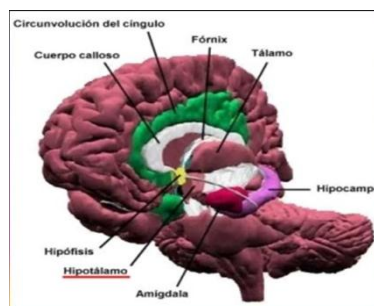
Objetivo General: Implementar una Guía de Atención sobre el correcto manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto para fortalecer los conocimientos del personal de enfermería del Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato.

OXITOCINA

Descripción:

La oxitocina es una hormona que se produce por la glándula pituitaria y su secreción es regulada por las células del hipotálamo, una glándula hormonal, situado en el centro del cerebro, que controla y regula cada glándula y a la vez cada una de las funciones del organismo.

La glándula pituitaria del cuerpo libera grandes cantidades de ella durante el parto, provocando contracciones en el útero para facilitar el parto.



También estimula las contracciones durante la tercera etapa del parto, la separación de la placenta de la pared uterina y la compresión de los vasos sanguíneos maternos después de la expulsión de la placenta.

OXITOCINA SINTÉTICA

Marcas comerciales:

- Oxitocina
- Pitocin
- Syntocinon



Acción terapéutica: Estimulante uterino. Antihemorrágico. Estimulante de la eyección láctea.

Indicaciones:

Antes del parto: Inducción del trabajo de parto a término por razones médicas. Inercia uterina primaria o secundaria. Estimulación del trabajo de parto (prueba de oxitocina).

Posterior al parto: Profilaxis de la hemorragia posterior al aborto. Profilaxis y mejora de la hemorragia posparto. Estimulación y aceleración del alumbramiento (expulsión de la placenta después del nacimiento).

Profilaxis y terapia de la subinvolución uterina (involución insuficiente del útero) en el puerperio.

Propiedades:

- Estimula la contracción del músculo liso uterino mediante un efecto indirecto, y así mimetiza las contracciones de parto normal y espontáneo e impide transitoriamente el flujo sanguíneo uterino.
- Aumenta la amplitud y duración de las contracciones uterinas, lo que produce dilatación y borramiento del cérvix. La respuesta uterina a la oxitocina aumenta en forma gradual a lo largo del embarazo, y alcanza el máximo al llegar a su término.

- En el nivel mamario estimula el músculo liso para facilitar la excreción de leche (pero no aumenta la producción).
- El metabolismo se realiza a nivel hepático y renal.
- La vida media es de 1 a 6 minutos y el comienzo de la acción se evidencia en unos pocos minutos cuando la administración es nasal y en 3 a 5 minutos por vía IM. Por vía IV el efecto es inmediato. Se necesitan aproximadamente unos 40 minutos para que una dosis determinada de oxitocina alcance una concentración plasmática estable.

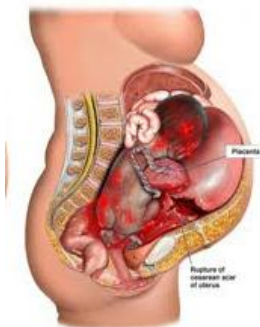
COMPLICACIONES

Taquisistolía:



Son más de cinco contracciones en diez minutos (más de 60 segundos de duración) y en dos periodos consecutivos, que podrían ser perjudiciales para el bebé.

Rotura uterina:



Es un accidente del embarazo o más frecuentemente del parto. Con grave repercusión sobre la madre y el hijo. Puede producirse en forma:

Espontánea: Es aquella que ocurre en el útero grávido intacto y sin ninguna causa externa evidente.

Traumática: Es aquella que ocurre como resultado de administración incorrecta de agentes oxitócicos, manipulación obstétrica o trauma externo o la que ocurre en pacientes con cicatriz uterina de cualquier etiología.

Hipertonía:

Contracción que duran más de 2 minutos (falta de relajación uterina). Con cada una de las contracciones va aumentando la presión en el interior del útero, que provoca que el bebé sea empujado hacia la vagina.

Sufrimiento fetal agudo (SFA) o distres fetal:

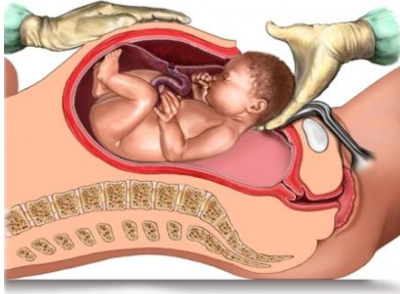
Se refiere a un estado que altera la fisiología fetal antes o durante el parto, de tal modo que es probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes en un período relativamente breve. En general, el SFA es causado por un déficit de oxígeno secundario principalmente a insuficiencia en la circulación útero-placentaria, compresión del cordón umbilical y complicaciones fetales como la sepsis o las hemorragias.

Cuando disminuye el aporte de oxígeno en los tejidos fetales, disminuye el metabolismo de glucosa necesario para la energía celular. Si la hipoxia perdura o se agrava, la célula deja de ser capaz de mantener los requerimientos básicos y la célula muere. Para aprovechar al máximo el poco oxígeno disponible, el feto responde redirigiendo la circulación a los órganos vitales como el corazón y el cerebro.

El empeoramiento de la hipoxia intestinal causa un aumento de la motilidad y consecuente liberación de meconio al líquido amniótico, uno de los signos indirectos de hipoxia fetal. La degradación anaeróbica de la glucosa causa un exceso de base seguido de una acidosis.

Durante las contracciones uterinas, el aporte circulatorio del espacio intervelloso disminuye y por ello desciende el aporte de oxígeno. Cuando las contracciones se vuelven duraderas y frecuentes, aparece la hipoxemia que conlleva a alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal.

Cesárea:



En estas pacientes aumenta el riesgo de rotura uterina (1%), produciendo malos resultados maternos y fetales.

A mayor número de cesáreas, aumenta la necesidad de transfusión sanguínea y el riesgo de lesión a nivel de vejiga o intestino durante la

cirugía.

Los recién nacidos por cesárea pueden presentar dificultad respiratoria (taquipnea transitoria) o desarrollar síndrome de distress respiratorio y necesitar oxigenoterapia y larga permanencia hospitalaria.

COMPLICACIONES

Alteraciones cardiovasculares: Hipotensión por dosis intravenosa rápida.

- **Acción antidiurética** (inhibe la diuresis): La oxitocina tiene propiedades antidiuréticas, por ello si se administra en altas dosis (más de 30 mU/min / 180 ml/h) durante periodos prolongados y en soluciones hipotónicas puede producir una hiponatremia sintomática.
- **Intoxicación hídrica:** Conduce a hiponatremia, convulsiones, coma, insuficiencia cardíaca e incluso la muerte.
- Hay que evitar la administración iv rápida de oxitocina sin diluir ya que puede producir efectos cardiovasculares graves (hipotensión). Por contener etanol como excipiente puede ser de riesgo en pacientes con enfermedad hepática, alcoholismo, epilepsia, etc.
- **La inducción del parto en grandes múltiparas:** Está asociada con el aumento de la incidencia de trabajo de parto precipitado, ruptura uterina y hemorragias posparto.
- Un **trabajo de parto prolongado:** Con estimulación por oxitocina puede concluir con atonía uterina posparto y hemorragia consecutiva, en especial, cuando se acompaña de corioamnionitis.
- El riesgo de **inducción fallida** tiene fuerte vínculo con el grado de maduración cervicouterina.

Contraindicaciones:

La oxitocina no debe ser utilizada para inducir el parto cuando hay evidencias de:

- Hipertonía de las contracciones uterinas
- Sufrimiento fetal
- Posición anormal del feto
- Placenta previa
- Prolapso del cordón umbilical
- Desproporción cefalo-pélvica
- Cáncer cervical
- Cirugías anteriores
- Infección por herpes.



Administración:

Siempre en bomba de infusión y diluida en solución salina balanceada (NaCl 0,9% o S. Ringer Lactato): 5UI en 500 ml o 10 UI en 1000 ml. Concentración 10 mU/min.



Dosis inicial	Aumento de dosis	Intervalo de dosis	Dosis máxima
1 mU/min (6ml/h)	Doblar dosis hasta conseguir AU eficaz o alcanzar 48 ml/h*	20 minutos	30mU/min (180ml/h)**

*A partir de 48 ml/h (8 mU/min), el incremento de dosis se reducirá a 2-3 mU/min (12-18 ml/h) cada 20 minutos para evitar la aparición de Hiperestimulación.

Una vez que el trabajo de parto avanza y la intensidad de las contracciones uterinas aumenta, debe disminuirse la velocidad de infusión de oxitocina.

**La dosis máxima será de 30 mU/min (180 ml/h).





Si se emplean dosis más elevadas, el incremento debe ser muy prudente y con una estrecha vigilancia de la infusión siempre con bomba y con monitorización interna de FCF y dinámica uterina con el fin de evitar una hiperestimulación.




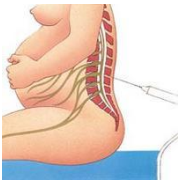

Esquema referencial de dosis:

1 mU/min	6 ml/h
2 mU/min	12 ml/h
4 mU/min	24 ml/h
8 mU/min	48 ml/h
10 mU/min	60 ml/h
12 mU/min	72 ml/h
14 mU/min	84 ml/h
16 mU/min	96 ml/h
18 mU/min	108 ml/h
20 mU/min	120 ml/h
22 mU/min	132 ml/h
24 mU/min	144 ml/h
26 mU/min	156 ml/h
30 mU/min	180 ml/h

Intervención de Enfermería Administración de la Oxitocina

Para la administración correcta de la oxitocina se debe seguir los siguientes parámetros:

	<p>Se debe informar a la paciente de la indicación de inducción y obtener consentimiento informado.</p>
	<p>La mujer debe estar controlada durante la administración de oxitocina, por el equipo enfermera -Residente- Especialista, y se realizará siempre en el ámbito de la sala de partos.</p>
	<p>No es necesario el ayuno absoluto durante la inducción del parto, excepto si la paciente está bajo anestesia epidural.</p>
	<p>Monitorización: antes de administrar Oxitocina hay que realizar monitorización externa continua de la FCF y AU.</p>

	<p>La perfusión de oxitocina debería empezarse siempre a la menor dosis posible.</p>
	<p>Debe ser administrado por medio de una bomba de perfusión de velocidad variable.</p>
	<p>Esperar alrededor 40 minutos, para poder comprobar el efecto que ha causado esa dosis antes de proceder a aumentarla.</p>
	<p>No existe justificación para retrasar el inicio de la Analgesia Epidural, la petición de la madre es indicación suficiente para el alivio del dolor durante el parto.</p>
	<p>Una vez inducido el parto, y obtenida una dinámica adecuada de contracciones, retirar la perfusión al alcanzar los 5 cm. de dilatación, el trabajo de parto prosigue con normalidad gracias a la oxitocina endógena.</p>

Manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto

Proporcionar atención continua a la embarazada durante el trabajo de parto, atendiendo a las condiciones generales y obstétricas y prevenir la aparición de complicaciones que puedan afectar la seguridad de la madre y el feto.



- Registrar e interpretar los signos vitales (T/A, FC, FR, T°).
- Monitorizar y auscultar la frecuencia cardíaca fetal antes, durante y después de la contracción uterina.
- Identificar la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones uterinas. Valorar 3 contracciones de aproximadamente 45 s de duración en 10 min con intervalos de 15 min.
- Verificar la infusión de oxitocina, dosis exactas.
- Mantener a la embarazada en decúbito lateral izquierdo.
- Verificar sangrado genital.
- Verificar RPM
- Preparación psicológica, confianza y tranquilidad a la paciente.
- Mantener la oxitocina durante el alumbramiento y, después de este, se puede aumentar el goteo para favorecer la hemostasia.

GUÍA DE ATENCIÓN DEL MANEJO Y CONTROL DE LA OXITOCINA

APELLIDO Y NOMBRE (Pte.).....HISTORIA CLÍNICA N°.....

FECHA Y HORA DE ADMISIÓN

Año	Mes	Día	Hora

MANEJO CLÍNICO									
1.- Edad Gestacional									
2.- Partos Vaginales	N°								
3.- Cesáreas	N°								
Determinar en cada turno (TID)	Mañana		Tarde			Noche			
4.- Tensión Arterial TID									
5.- Frecuencia cardiaca o pulso materno TID									
6.- Frecuencia respiratoria TID									
7.- Temperatura TID									
8.- Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal									
Informar a la paciente de la indicación de inducción o conducción									
9.- Conducción		Puntuación de Bishop							
10.- Inducción									
11.- Administración de líquido endovenoso									
12.- Control de dosis de la oxitocina	Hora am/pm								
	Dosis/ UI								
	ml/h - mU/min								
VALORAR	AM		PM			N			
14.- Actividad uterina									
15.- Verificar sangrado genital									
16.- Responsable por turno:									

6.7. MODELO OPERATIVO

FASES	ETAPAS	META	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Fase 1: Acercamiento al personal de enfermería que labora en el Centro Obstétrico y autoridades del H.P.D.A.	Autorización de las autoridades del Hospital Provincial Docente Ambato y Centro Obstétrico.	Mejorar los niveles de conocimiento que posee el personal de enfermería en el manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto.	Elaboración de una guía de atención de enfermería relacionada con el manejo y control de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto.	Investigadora Gabriela Paredes
Fase 2: Introductoria	Preparar dinámicas para la exposición.	Crear un ambiente propicio y de confianza entre los profesionales de enfermería.	Bienvenida Socialización grupal.	Investigadora Gabriela Paredes
Fase 3: Planificación	Recolección de la información científica. Determinar el lugar de la reunión. Elaboración de la guía de atención de enfermería relacionada con	Determinar la actuación correcta del profesional de enfermería en el uso del medicamento oxitocina.	Estudio del tema. Organización con el personal de enfermería del centro obstétrico. Importancia de conocer las Complicaciones que se	Investigadora Gabriela Paredes

	el manejo y control de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto.		pueden presentar si no se usa adecuadamente la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto.	
Fase 4: Ejecución	Desarrollar la propuesta.	Garantizar un aprendizaje en un 90% al 100%.	Presentación de la guía de atención e incentivar a su utilización.	Investigadora Gabriela Paredes
Fase 5: Evaluación	Evaluar el aprendizaje alcanzado.	Concientizar al personal de Enfermería sobre la correcta aplicación de la guía de atención sobre el manejo y control de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto, con el fin de prevenir complicaciones maternas fetales.	Evaluación después de la presentación de la guía de atención para despejar dudas e inquietudes.	Investigadora Gabriela Paredes

Tabla N° 4D: Modelo Operativo

Elaborado por: Gabriela Paredes.

6.8. ADMINISTRACIÓN

El propósito de la investigadora es implementar un protocolo de enfermería para el manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto.

Esta administración recae exclusivamente bajo la dirección de la investigadora, ya que es quien ha propuesto la implementación de protocolos de enfermería y en este caso es quien debe impulsar este proyecto.

La presente propuesta será entregada a la Lic. Norma Guevara, líder del área del Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato, la misma que servirá para elevar el nivel de conocimientos de las Profesionales de Enfermería en cuanto al correcto manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto y así puedan brindar una atención de calidad.

6.9. RECURSOS

Recursos institucionales:

- Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato
- Universidad Técnica de Ambato

Recursos Humanos:

- Investigadora: Gabriela Paredes, egresada de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato.
- Tutora: Lic. Fabiola Chasillacta.
- Lic. Norma Guevara, Líder del área Centro Obstétrico.
- Personal de Enfermería de este servicio.
- Pacientes en la segunda etapa de labor de parto.

Recursos Materiales

Recursos tecnológicos:

- Computadora
- Impresora
- Internet

- Memory Flash

Suministros de oficina:

- Hojas
- Copias
- Carpetas
- Lápiz, esferos.

6.10 CRONOGRAMA

TIEMPO DE ACTIVIDADES	NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Redacción de oficios								
Entrega de oficios								
Recepción de resultados de oficios								
Entrevista con la Lic. Norma Guevara líder del área del Centro Obstétrico.								
Planteamiento de la propuesta								
Entrega del planteamiento de la propuesta								

Tabla N° 5 E: Cronograma

Elaborado por: Gabriela Paredes

6.11 IMPACTO

La ejecución de la propuesta se realizará en el Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato, permitirá al personal de enfermería manejar y controlar la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto, de esta manera logrando un buen uso y evitando complicaciones.

6.12 EVALUACIÓN

La modalidad de evaluación de la propuesta, está basada en tres momentos:

DIAGNÓSTICA

Para la ejecución de la propuesta se determinó la falta de una guía de atención para el correcto manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto.

FORMATIVA

Comprende la evaluación del conocimiento del personal de enfermería en cuanto al correcto manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto.

SUMATIVA

De ejecutarse la propuesta el personal de enfermería que labora en el Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato podrá verificar que el correcto manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto ayuda a evitar complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Blanch, C. (2008). “Técnicas Básicas de Enfermería”. Primera Edición. Editorial Paraninfo. Madrid. Pág 91-97
- Buitrón, B. (2010). “Ministerio de Salud Pública”. 1 a. Edición. Editorial Dinasa. Quito-Ecuador.
- CONASA., (2008). Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado. Ministerio de Salud Pública, Quito – Ecuador.
- Constitución de la República del Ecuador (2010). Ley de la salud Ecuador, Ecuador.
- Cryopharma., (2007). Catálogo de medicamentos genéricos intercambiables para farmacias y público en general, México.
- Fernández, M. L., (2011). Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. Universidad de Cantabria, Open Course Ware, Cantabria – España.
- Cunningham, G., (2005). Inducción del trabajo de parto, Obstetricia de Williams, pág. 536 – 542.
- Ministerio de Trabajo y Empleo (2013). Régimen Laboral Ecuatoriano. Quito – Ecuador.
- Motilla, E. y Acevrón, V. (2008). “Protocolos de Enfermería”. 2ª. Edición. Madrid

LINKOGRAFÍA

- Bengolea, L. (2013). Maternidad, tejidos y más. Obtenido de Administración de oxitocina sintética. Recuperado el 5 de Diciembre del 2014. Disponible en:
<http://mtmdeluisabengolea.blogspot.com/2013/02/administracion-de-oxitocina-sintetica.html>
- Bermúdez, F. (2012). Protocolo inducto-conducción. “Métodos de Inducción y Conducción del Trabajo de Parto”. Recuperado el 5 de Diciembre del 2014. Disponible en:
<http://www.hapmd.com/.../induccion%20y%20conduccion%20del%20parto%>
- Burd, I. (2012). Johns Hopkins University, Baltimore. Obtenido de University of Maryland School of Medicine. Recuperado el 5 de Diciembre del 2014. Disponible en:
<http://umm.edu/health/medical/spanishpreg/trabajo-de-parto-y-parto/las-tres-etapas-de-la-labor-de-parto>
- Cano, A. (2010). Proceso del Cuidado de Enfermería. De intervenciones de enfermería Lic. Alejandro Cano Mejía docente de Uladech, Huaraz – Perú. Recuperado el 5 de Diciembre del 2014. Disponible en:
<http://es.slideshare.net/Alejandrocانomerjia/intervenciones-de-enfermeria-a-canom>
- Cisneros, F. (2007). Procesos de Atención de Enfermería PAE. Universidad del Cauca, Facultad de Ciencias de la Salud, Colombia. Recuperado el 5 de Diciembre del 2014. Disponible en:
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>

- Fernández L. (2011). Especialista en Obstetricia y Ginecología. Grupo de Trabajo de la GPC sobre la Atención al Parto Normal, Hospital de Cruces, Barakaldo, Bizkaia. Recuperado el 5 de Diciembre del 2014. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/egpc/parto_normal/completa/apartado04/cuidados_durante.html

- MedLine Plus. (2014). Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Obtenido de NIH Institutos Nacionales de la Salud de los Institutos Nacionales de la Salud. Recuperado el 5 de Diciembre del 2014. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/childbirth.html>

- Mercado, S. (2011). Roles de enfermería. Universidad de Puerto Rico recinto de Mayagüez. Recuperado el 5 de Diciembre del 2014. Disponible en: <http://es.slideshare.net/sarabelmercado/roles-de-enfermera-intd>

- Mozurkewich, E. (2009). Crianza Natural. Universidad de Michigan. Michigan. Recuperado el 5 de Diciembre del 2014. Disponible en: <http://www.crianzanatural.com/art/art114.html>

- Obando, A. (2012). Roles de enfermería. Recuperado el 5 de Diciembre del 2014. Disponible en: <https://prezi.com/qveozx5mqt9r/roles-de-enfermeria/>

- OMS. (2014). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Temas de Salud. Recuperado el 5 de Diciembre del 2014. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

- Protocolo inducción del parto y métodos de maduración cervical (2014). Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia Y Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona. Recuperado el 5 de Diciembre del 2014. Disponible en: <http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/obstetricia/inducci%F3n%20del%20parto.pdf>

- Quisbert Tapia, Guadalupe. (2011). El Blog de la Enfermera. Obtenido de El Parto. Recuperado el 5 de Diciembre del 2014. Disponible en: <http://enferlic.blogspot.com/2011/08/el-parto.html>

- Socarrás, N.(2009). Enfermería Gineco- Obstétrica, *labor de parto, Cuba*. Recuperado el 5 de Diciembre del 2014. Disponible en: www.medicinafetalbarcelona.org/.../protocolos/.../inducción%20del%20...

- Vardo JH, Thronburg LL, Glantz JC. (2011). La Inducción Electiva del Parto Aumenta la Morbilidad Materna y no Conlleva Beneficios para el Neonato CITA: Journal of Reproductive Medicine. Recuperado el 5 de Diciembre del 2014. Disponible en: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/ginecoweb623.htm>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA

- **EBRARY:** Botella, L. J. (2007). El útero: fisiología y patología. España: Ediciones Díaz de Santos. Disponible en: <http://www.ebrary.com>
- **EBRARY:** Caro, R. S. E., & Guerra, G. C. E. (2011). El proceso de atención en enfermería: notas de clase. Colombia: Universidad del Norte. Disponible en: <http://www.ebrary.com>
- **EBRARY:** Doenges, M. E. (2014). Proceso y diagnósticos de enfermería: aplicaciones. México: Editorial El Manual Moderno. Disponible en: <http://www.ebrary.com>
- **EBRARY:** Echeverría, M. J., & Dávila, T. J. (2014). Enfermería. México: Editorial Alfil, S. A. de C. V. Disponible en: <http://www.ebrary.com>
- **EBRARY:** Espinosa, T. T. L. (2009). Parto: mecanismo, clínica y atención. México: Editorial El Manual Moderno. Disponible en: <http://www.ebrary.com>
- **EBRARY:** Hacker, N. F., Gambone, J. C., & Hobel, C. J. (2011). Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore. México: Editorial El Manual Moderno. Disponible en: <http://www.ebrary.com>
- **EBRARY:** Llaca, R. V., & Fernández, A. J. (2000). Obstetricia clínica. México: McGraw-Hill Interamericana. Disponible en: <http://www.ebrary.com>
- **EBRARY:** Tena, A. G. (2013). Ginecología y obstetricia. México: Editorial Alfil, S. A. de C. V. Disponible en: <http://www.ebrary.com>

ANEXOS

ANEXO N° 1
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

FORMATO DE FICHA DE OBSERVACIÓN

Dirigida al personal de enfermería en el manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto en el Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato.

OBJETIVO: Recoger información que ayude a desarrollar el trabajo de investigación referente a la intervención del personal de enfermería relacionado con el manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto en el Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato.

	SI	NO
▪ ¿La enfermera controla la dosis de oxitocina durante la infusión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ¿La enfermera registra los cambios indicados por el profesional médico de la dosificación de la oxitocina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ¿La enfermera se basa únicamente en prescripciones médicas al administrar la oxitocina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ¿Dispone de todos los materiales necesarios para la aplicación de la oxitocina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ¿La enfermera controla los SV, FCF, actividad uterina luego de la administración de la oxitocina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ¿Comunica a la paciente acerca del medicamento que se la va a administrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ¿La enfermera informa a los familiares sobre la evolución de las pacientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ¿La enfermera indica la posición adecuada para el bienestar materno – fetal cuando se administra la oxitocina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ¿La enfermera vigila que se cumpla con las necesidades fisiológicas de cada paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ¿El personal de enfermería brinda apoyo emocional a la paciente en labor de parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO N° 2

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

FORMATO DE ENCUESTA

Encuesta dirigida al personal de enfermería en el manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto en el Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato.

OBJETIVO: Recoger información que ayude a desarrollar el trabajo de investigación referente a la intervención del personal de enfermería relacionado con el manejo de la oxitocina en la segunda etapa de la labor de parto en el Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato.

1. ¿Ha recibido capacitación sobre la administración de la oxitocina?

Sí

No

2. ¿Con qué frecuencia ha recibido capacitación?

6 meses

1 año

Nunca

3. ¿Cuenta con un protocolo para el uso de la oxitocina?

Sí

No

4. ¿Qué tipo de complicaciones ha observado por el uso de la oxitocina?

Hipertonía uterina

Taquisistolía

Ruptura uterina

Sufrimiento Fetal

Cesárea

5. ¿Se utiliza oxitocina en todas las pacientes en labor de parto?

Sí

No

6. ¿En qué etapa de la labor de parto aplican la oxitocina?

Primera Etapa

Segunda Etapa

7. ¿Cuenta con los conocimientos básicos de la evolución de la segunda etapa de la labor de parto?

Sí

No

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N° 3

GUÍA DE ATENCIÓN DEL MANEJO Y CONTROL DE LA OXITOCINA

APELLIDO Y NOMBRE (Pte.).....HISTORIA CLÍNICA N°.....

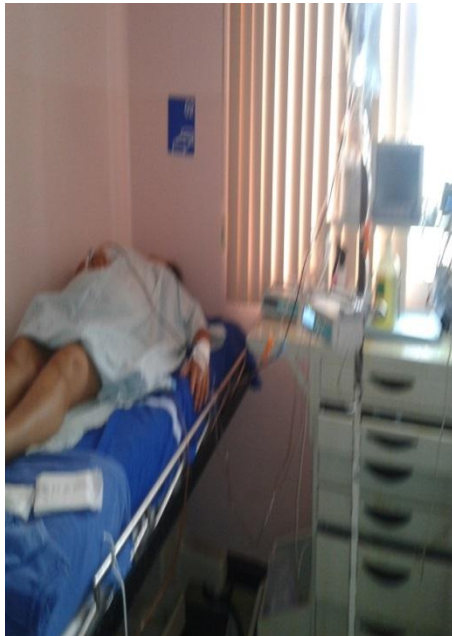
FECHA Y HORA DE ADMISIÓN

Año	Mes	Día	Hora

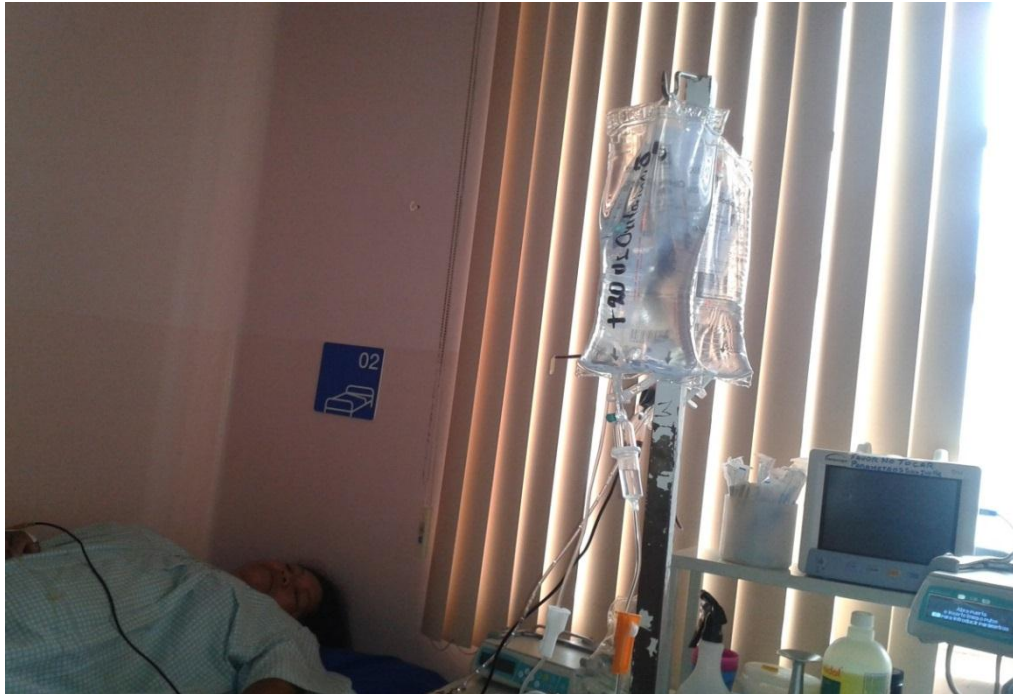
MANEJO CLÍNICO									
1.- Edad Gestacional									
2.- Partos Vaginales					N°				
3.- Cesáreas					N°				
Determinar en cada turno (TID)					Mañana		Tarde		Noche
4.- Tensión Arterial TID									
5.- Frecuencia cardíaca o pulso materno TID									
6.- Frecuencia respiratoria TID									
7.- Temperatura TID									
8.- Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal									
Informar a la paciente de la indicación de inducción o conducción									
9.- Conducción							Puntuación de Bishop		
10.- Inducción									
11.- Administración de líquido endovenoso									
12.- Control de dosis de la oxitocina					Hora am/pm				
					Dosis/ UI				
					ml /h - mU/min				
VALORAR					AM		PM		N
14.- Actividad uterina									
15.- Verificar sangrado genital									
16.-Responsable por turno:									

ANEXO N°4

PACIENTES GESTANTES



ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN



ENCUESTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

