

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE VERAGUAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
VICERRECTORÍA DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
MAESTRÍA EN DOCENCIA SUPERIOR
EXTENSIÓN DOCENTE SONÁ**

CURSO: PRÁCTICA PEDAGÓGICA PROFESIONAL N° 713

**“ACTUALIZACIÓN SOBRE CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES
ESENCIALES Y DE EMERGENCIAS, BASADO EN EVIDENCIAS CIENTÍFICA,
PARA ENFERMERAS GENERALES Y ESPECIALISTAS DE LA REGIÓN DE
SALUD DE VERAGUAS”**

**POR: AMARELIS QUINTERO TREJOS.
CÉDULA- 6-43-820**

**DR. EDUARDO BARSALLO
RESPONSABLE DE LA PRÁCTICA**

OCTUBRE, 17 DE 2008

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE VERAGUAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
VICERRECTORÍA DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
MAESTRÍA EN DOCENCIA SUPERIOR
EXTENSIÓN DOCENTE, SONÁ**

CURSO: PRÁCTICA PEDAGÓGICA PROFESIONAL N° 713

**“ACTUALIZACIÓN SOBRE CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES
ESENCIALES Y DE EMERGENCIAS, BASADO EN EVIDENCIAS CIENTÍFICA,
PARA ENFERMERAS GENERALES Y ESPECIALISTAS DE LA REGIÓN DE
SALUD DE VERAGUAS”**

**POR:AMARELIS QUINTERO TREJOS.
CÉDULA- 6-43-820**

**PRACTICA PROFESIONAL REALIZADA EN LA
REGIÓN DE SALUD DE VERAGUAS, COMO
PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER
EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN DOCENCIA
SUPERIOR**

OCTUBRE, 17 DE 2008

ST

INDICE

Lista de Abreviaturas y Siglas.....	v
Dedicatoria.....	viii
Agradecimiento.....	ix
Introducción.....	x
Fase I. Diagnóstico Situacional.....	1
1.1. Antecedentes de la Investigación.....	2
1.2. Fase de la Recolección de Datos.....	4
1.2.1. Unidad de Estudio.....	4
1.2.2. Universo y Muestra.....	4
1.2.2.1. Muestra.....	4
1.2.3. Procedimiento.....	4
1.2.4. Instrumento y Técnica de Investigación Utilizada.....	5
1.2.4.1. Cuestionario.....	5
1.3. Plan de Análisis.....	12
1.4. Cuadros y Gráficos.....	14
1.5. Análisis de Resultados.....	24
Fase II. Marco Metodológico del Proyecto.....	30
2.1. Nombre del Proyecto.....	31
2.2. Antecedentes del Proyecto.....	31
2.3. Justificación del Proyecto.....	33
2.4. Descripción del Problema.....	37
2.5. Marco Conceptual.....	41
2.5.1. Proveedor Calificado.....	41
2.5.2. Atención de Calidad y Atención Calificada del Parto.....	42
2.5.3. Atención Obstétrica Esencial y de Emergencias.....	43
2.5.4. Competencia.....	43

- 2 JUN 2021

Obsequio del Autor

2.5.5. Formación y Actualización del Recurso Humano.....	45
2.5.6. Definición del Profesional de Enfermería	47
2.6. Descripción del Proyecto Educativo.....	48
2.6.1. Duración de la Actividad Educativa.....	49
2.6.2. Estrategias Metodológicas	50
2.6.3. Estrategias Curriculares del Curso	50
2.6.4. Módulos del Proyecto Educativo	51
2.7. Misión del Proyecto	51
2.8. Objetivos	52
2.8.1. Objetivo General	52
2.8.2. Objetivos Específicos.....	52
2.9. Localización del Proyecto.....	52
2.10. Limitaciones	53
2.11. Beneficiarios del Proyecto Educativo.....	53
2.11.1. Beneficiarios Directos.....	53
2.11.2 Beneficiarios Indirectos	53
2.12. Meta del Proyecto	54
2.13. Probables Resultados y Efectos del Proyecto.....	55
2.14. Recursos	55
2.14.1. Infraestructuras	55
2.15. Presupuesto del Proyecto	57
2.16. Cronograma de Actividades	57
 Fase III. Ejecución del Proyecto.....	 59
3.1. Planeamiento de los Módulos del Curso de Actualización	60
3.2. Estrategias Didácticas Utilizadas	60
3.3. Primera Jornada. Plan Módulo 1. Orientación General y Motivación	61
3.3.1. Contenido.....	67
3.4. Segunda Jornada. Plan Módulo 2. Salud Sexual y Reproductiva	77
3.4.1. Contenido.....	79

3.5. Tercera Jornada. Plan Módulo 3. Maternidad Segura.....	85
3.5.1. Contenido.....	88
3.6. Cuarta Jornada. Plan Módulo 4. Complicaciones Obstétricas	114
3.6.1. Contenido.....	118
3.7. Quinta Jornada. Plan Módulo 5. Atención del Nacimiento y Reanimación Neonatal.....	126
3.7.1. Contenido.....	130
3.8. Fases de la Ejecución	138
3.9. Resultados del Proyecto	144
3.10. Evidencias Fotográficas	145
 Conclusiones.....	 151
Recomendaciones.....	152
Glosario.....	153
Referencias Bibliográficas.....	156
Citas.....	157
Anexo.....	160

ABREVIATURAS Y SIGLAS

AMEU	Aspiración Manual Endo Uterina
APS	Atención Primaria en Salud
AR	Alto riesgo
AU	Altura uterina
BM	Banco Mundial
Cx	Cérvix
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CIM	Confederación Internacional de Matronas.
COE	Cuidados Obstétricos de Emergencia
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
COEm	Cuidados Obstétricos Esenciales y de Emergencias
CSS	Caja de Seguro Social
C/S	Centro de Salud
CU	Cuarto de Urgencias
DIU	Dispositivo intrauterino
EG	Enfermera General
EO	Enfermera Obstetra
Emb.	Embarazada
EPT	Embarazo pre término
Exam.	Exámenes
GO	Gestágeno Oral
FCF	Frecuencia cardíaca fetal
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
FPP	Fecha Probable de Parto
HCP	Historia Clínica Perinatal
FUM	Fecha de la última menstruación
HCPB	Historia Clínica Perinatal Básica
HEA	Hospital Ezequiel Abadía

H	Hospital
HLCF	Hospital Luis Chicho Fábrega
IM	Intramuscular
Lab.	Laboratorios
LP	Labor de Parto
Med.	Medicamento
MINSA	Ministerio de Salud
MM	Muerte Materna
Mg.	Magnesio
MG	Médico General
MGO	Médico Gineco- obstétra
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OM	Orden médica
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
P	Privada
PA	Presión Arterial
Pod.	Podálico
Pol.	Policlínica
Plac.	Placenta
PLAFA	Planificación familiar
RCP	Reanimación Cardio Pulmonar
REMES	Registros Médicos y Estadísticos en Salud
RN	Recién Nacido
RRHH.	Recursos Humanos
RAM	Rotura Artificial de Membranas
SIP	Sistema Informático Perinatal
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SC	Signos y condición
ST	Sangrado Transvaginal

SV	Signos Vitales
Tx.	Tratamiento
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
U	Uterina
Urg.	Urgencias

DEDICATORIA

A mis hijos Yarineth y Jesús

A mi hermana

Carmen Griselda

AGRADECIMIENTO

A mis amigos Julia y Gaspar que en todo momento me brindaron su colaboración, apoyo y asesoría.

A la doctora Romelia de La Guardia, y al equipo de enfermería, de la región de salud de Veraguas por permitirme realizar la práctica profesional en dicha institución.

A las enfermeras que participaron en el proyecto de actualización y me permitieron tener la oportunidad de adquirir esta valiosa experiencia para lograr alcanzar la meta.

INTRODUCCIÓN

La urgencia obstétrica es una situación crítica que se produce en los eventos de la salud reproductiva, generada en la mayoría de los casos en estos países por las condiciones socio económicas, culturales, y de vida así como por la insuficiente y deficiente atención prenatal, por la carencia de asistencia profesional del parto y el post parto o por la asistencia inadecuada.

En Panamá el mayor porcentaje de muertes maternas y perinatales proceden de áreas de mayor postergación tanto geográfica como económica, como es el caso de la Comarca Ngobe Buglé, Kuna Yala, Darién, Coclé y Veraguas. Las tres primeras causas específicas de muertes maternas, para el 2006, lo constituyen las hemorragias asociadas a complicaciones durante el alumbramiento y sangrado del tercer trimestre, los trastornos Hipertensivos del embarazo, y el aborto. Entre las primeras causas de muerte en el menor de 1 año lo ocupan: Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de un año, entre ellas la hipoxia, y asfixia perinatal. Este hecho refleja fallas en el diagnóstico y tratamiento oportuno y deficiencias en la calidad de la atención.

La confrontación de la realidad educativa del personal de salud con las situaciones prevalentes en las diversas Regiones de Salud, llevan a la formulación y ejecución de una propuesta educativa de actualización sobre "Cuidados obstétricos y neonatales esenciales y de emergencias, basado en evidencias científica, para enfermeras generales y obstetras de la región de salud de Veraguas", para el personal de enfermería, que permita sentar las bases para mejorar la situación actual, más sin embargo, consideramos que este proceso no constituye un momento particular de la práctica en salud, ni es un componente adicional y externo de la misma, sino que debe ocurrir en el interior de la práctica profesional.

El trabajo está estructurado de la siguiente manera: La primera fase constituye el diagnóstico situacional, el área de estudio, la descripción de la muestra con la cual se trabajó para el diagnóstico, los instrumentos de recolección de datos y el análisis de los resultados.

La segunda fase contiene el diseño del proyecto: "Actualización sobre Cuidados obstétricos y neonatales esenciales y de emergencias, basado en evidencias científica, para enfermeras generales y obstetras de la región de salud de Veraguas", Incluye el marco metodológico del proyecto, antecedentes, justificación, descripción del problema, descripción del proyecto, misión, objetivos y posibles resultados y efectos esperados.

En la tercera fase, se refiere a la ejecución del proyecto, se exponen los resultados en lecciones aprendidas y el informe de las jornadas teórico-prácticas.

Finalizamos con la presentación de las conclusiones y recomendaciones que surgen a consecuencia del desarrollo del seminario. Después aparece la bibliografía y el anexo.

FASE I.
DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Las emergencias obstétricas y neonatales son fenómenos de grandes proporciones en los países de la Región de las Américas y constituye la situación desencadenante de toda muerte materna y neonatal. Su evitabilidad y la disponibilidad de la tecnología y a menudo de los recursos para controlarla y reducirla, la señalan como la prioridad más importante en el campo de la salud reproductiva de los servicios de atención a la mujer. En muchos países el personal de enfermería juega un papel protagónico en la iniciación y desarrollo del proceso para la satisfacción de ésta prioridad, constituyendo la base para una atención materna de calidad¹.

La búsqueda de la disminución de muertes maternas y perinatales y un fortalecimiento de la calidad de vida de las mujeres y hombres a través de todas las etapas del ciclo de la vida, ha sido tema de debate de foros internacionales y conferencias mundiales sobre la mujer.

En la Conferencia de Maternidad Segura en (Nairobi, 1987), se planteó las metas para la reducción de la mortalidad materna y desde entonces la iniciativa define acciones para garantizar el logro de las mismas enfocadas en tres aspectos: reducir el número de embarazos no deseados; reducir el número de complicaciones obstétricas; reducir la tasa de mortalidad en las mujeres que presentan complicaciones obstétricas.

A partir de 1996, la OMS, concentra su estrategia de intervenciones en la figura del proveedor calificado para la atención del parto y el manejo de las urgencias obstétricas y perinatales.

Reducir la mortalidad materna sigue planteando serios desafíos de la salud, la ética y la equidad de género, pues las mujeres siguen muriendo innecesariamente por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Se reconoce actualmente, la prevención de las defunciones maternas como prioridad internacional, **constituye uno de los Objetivos del Milenio.**

La meta a alcanzar para el logro del objetivo 5, de Mejorar la Salud Materna es **haber reducido, para el 2015, la mortalidad materna en ¾ partes respecto de sus tasas de 1990.**

Las intervenciones esenciales para ayudar a reducir la morbilidad, muerte materna y perinatal basada en los nuevos enfoques:

- Reducción del número de embarazos de alto riesgo y no deseados, garantizar el acceso a la planificación familiar, priorizando la población de pobreza y extrema pobreza.
- Reducción del número de complicaciones obstétricas, asegurando que cada mujer sea asistida por una persona con conocimientos obstétricos y con manejo de las emergencias obstétricas: Hemorragias, sépsis, eclampsia, parto obstruido, aborto con complicaciones.
- Reducción del número de muertes de mujeres que desarrollan complicaciones, desarrollando un sistema que permita la remisión de las mujeres con complicaciones obstétricas y perinatales a un centro de mayor capacidad resolutiva.

1.2. FASE DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.2.1. UNIDAD DE ESTUDIO

La unidad de estudio es el recurso humano del Departamento de Enfermería de la región de salud de Veraguas.

1.2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo de la población estudiada lo comprenden 136 enfermeras generales y especialistas de la región de salud de Veraguas.

1.2.2.1. MUESTRA

La muestra lo constituyó el 21.3% (29) de las enfermeras generales y especialistas de pediatría y obstetricia que laboran en los servicios de salud reproductiva en atención primaria y en los servicio de maternidad y pediatria de los Hospitales de Cañazás y Luis Fábrega en Atalaya y Ezequiel Abadía, Soná.

1.2.3. PROCEDIMIENTO

Se solicitó autorización mediante nota a las autoridades de la región de salud de Veraguas para desarrollar el proyecto educativo incluyendo la validación y aplicación del cuestionario sobre "Conocimientos, habilidades y destrezas en los cuidados obstétricos y neonatales esenciales y de emergencias".

El 10 de agosto fue validado el instrumento con 10 enfermeras de Panamá nivel central y nivel regional.

El cuestionario se aplicó en el periodo comprendido entre el 15 y 30 de agosto del 2008.

1.2.4. INSTRUMENTOS Y TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN UTILIZADOS

Análisis documental: Bibliografía nacional e internacional, informes, registros y normas nacionales vigentes.

1.2.4.1. CUESTIONARIO

La recolección de los datos se hará, con el uso de un cuestionario, con preguntas semi estructuradas, abiertas y cerradas.

**PROYECTO DE ACTUALIZACIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y
NEONATALES PARA ENFERMERAS**

Cuestionario de conocimiento, habilidades y destrezas

Propósito

El cuestionario tiene como propósito indagar sobre el nivel de conocimiento, habilidades y destrezas que tienen las enfermeras sobre el cuidado y manejo de las emergencias obstétricas y neonatales.

El cuestionario, es un listado de verificación de conocimientos, habilidades y destrezas, que son esenciales para la supervivencia de la madre y del niño/ a.

Instrucción: Lea todo el cuestionario completo, revise la hoja de instrucciones.

Luego lea cuidadosamente y responda, ayúdese con la hoja de instrucciones

Es confidencial y no requiere identificación personal.

1. Datos Generales.

1.1. Número de Entrevista _____ Edad _____ Sexo: F. _____ M. _____

1.2. Título: Enfermera _____
Lic. en enfermería _____
Post básico _____
Post grado _____
Maestría _____

1.3. Especialidad: Obstetra _____ Materno infantil _____, Pediatra _____

1.4. Registro: Si _____ No _____ Años de servicios _____

1.5. Lugar y Servicio donde labora:

Hospital _____ Centro de Salud _____

Servicio _____

1.6. Tiempo de laborar en el servicio _____

1.7. Tiempo y duración de la última capacitación en cuidados obstétricos y neonatales

Tiempo

< De un año

1 a 3 años

4 y más

Duración

< de 40 horas

40 horas

40 horas y más

1.8. De quién cree usted que es la competencia de la atención de la mujer durante el embarazo, parto y post parto.

En condiciones normales

Médico Obstetra _____ Médico general _____ Enfermera general _____

Enfermera obstetra _____ Partera tradicional _____

En condiciones de riesgo y de emergencias

Médico Obstetra _____ Médico general _____ Enfermera general _____

Enfermera obstetra _____ Partera tradicional _____

2. Información sobre conocimientos, habilidades y destrezas

2.1. Experiencia en Servicios
de maternidad y niños

Tiempo/ Años

Centro de Salud (C/S)

Hospital (H) Privada (P)

Atención Prenatal

Atención del parto

Atención del Post parto

Atención del neonato

2.2. Ha sido capacitado y
Realiza los siguientes
qué?) Procedimientos:

Capacitado
SI/ NO

Realiza
SI/ NO (si es no, ¿Por

Atención Prenatal

Medir la AU de la Emb.

Monitoreo P/A

Monitoreo de FCF

Evalúa el peso de la Emb.

Orientación nutricional	_____	_____	_____
Proporciona Tx Profiláctico	_____	_____	_____
En caso afirmativo que clase de tratamiento	_____		
Diagnóstica Emb. de AR	_____	_____	_____
Monitorea Emb. de AR	_____	_____	_____
Refiere Emb. de AR	_____	_____	_____
Indicación de Exam. De Lab	_____	_____	_____
Interpretación de resultados	_____	_____	_____

Atención del Parto

Admisión de la mujer a parto	_____	_____	_____
¿Realiza el afeitado de rutina?	_____	_____	_____
¿Realiza los enemas de rutina?	_____	_____	_____
Realiza anamnesis en el parto	_____	_____	_____
Monitorea la FCF	_____	_____	_____
Monitoreo de contracciones U	_____	_____	_____
Dilatación cervical del Monitor	_____	_____	_____
¿Con que frecuencia?	_____		
Uso del Partograma	_____	_____	_____
Atiende el parto	_____	_____	_____
¿En que posición?	_____		
Atiende partos gemelares	_____	_____	_____
Atiende partos sacros/pod.	_____	_____	_____
Atiende partos de Emb PT	_____	_____	_____
Seca al recién nacido	_____	_____	_____
Atención piel a piel (canguro)	_____	_____	_____
En que momento del post parto	_____		
Controla Tª del RN	_____	_____	_____
Cómo y con que frecuencia	_____		

Peso del RN	_____	_____	_____
Inicio de lactancia materna	_____	_____	_____
Profilaxis oftálmica	_____	_____	_____
Maniobra de Resucitación	_____	_____	_____
Limpieza del cordón	_____	_____	_____
Con que se realiza	_____		
Realiza episiotomía	_____	_____	_____
En caso afirmativo, (cuando)	_____		
Manejo activo de la tercera	_____	_____	_____
Etapas del parto	_____	_____	_____
Tres etapas, ¿cuáles?	_____		

Sutura de desgarros vaginales	_____	_____	_____
Sutura de desgarros de Cx	_____	_____	_____
Recibe y revisa la placenta	_____	_____	_____
Extracción manual de la plac.	_____	_____	_____
Compresión bimanual del útero	_____	_____	_____
Administra med. De urgencias	_____	_____	_____
Realiza extracción por vacío	_____	_____	_____
Realiza parto con fórceps	_____	_____	_____
Instala venoclisis sin OM/Urg	_____	_____	_____
Administra Oxitócicos sin OM	_____	_____	_____
¿Cómo?	_____		
Adm. Sulfato de Mg.	_____	_____	_____
¿Cómo?	_____		
Adm. Antibióticos	_____	_____	_____
¿Cómo?	_____		
Adm. Transfusión Sanguínea	_____	_____	_____

Atención Post parto

Explora y evalúa SC puerperal _____

En caso afirmativo, ¿Cuáles? _____

Administra Método de PLAFa _____

DIU _____

Gestágenos Oral _____

Inyectables _____

Otros _____

Medicamentos y procedimientos están disponibles SI/ NO

Centro de Salud _____

Hospital _____

Tiene normas de atención , para los procedimientos _____

GRACIAS

INSTRUCCIONES, SIGLAS Y ABREVIATURAS

Pregunta

- 1.1. Edad en **número**. **Sexo**: Marcar con **X**
- 1.2. Marcar con **X**
- 1.4. Marcar con **X** y **Número**
- 1.5. Escribir el nombre del servicio
- 1.6. Registrar en número
- 1.7., 1.8. Marcar con una **X**
- 2.1. Escribir el tiempo en **número** y el lugar registrar para Centro de Salud (**C/S**) para hospital (**H**) y para privada (**P**) Policlínica (**Pol**)
- 2.2. Registrar directamente, Si está capacitado: **SI ó NO**; Realizado es si realiza alguno de estos procedimientos en la institución donde labora: registrar **SI ó NO**, si hay alguno que no realiza de manera breve registrar **porque**: por ejemplo es responsabilidad del médico: (**Es del médico**)

Hay algunas preguntas que conducen a dar respuestas abiertas por ejemplo:

Proporciona Tx. Profiláctico

En caso afirmativo que clase de tratamiento; **Ejemplo: Vitaminas, Hipotensores, Antibióticos etc.**

Siglas y abreviaturas

C/S: Centro de Salud

H: Hospital

Pol, Policlínica

P: Privada

AU: Altura uterina

P/A: Presión Arterial

FCF: Frecuencia cardiaca fetal

Tx.: Tratamiento

AR: Alto riesgo

U: Uterina

RN.: Recién nacido

Cx: Cérvix

OM: Orden médica

Mg.: Magnesio

PLAFA: Planificación familiar

DIU.: Dispositivo intrauterino

SC.: Signos y condición

Emb. PT: Embarazo pre término

Pod.: Podálico

Plac.: placenta

Urg.: Urgencias

Lab.: laboratorios

Med.: Medicamento

Exam.: Exámenes

1.3. PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS.

- Se utilizan técnicas descriptivas de análisis estadístico. Los resultados se presentan en distribución porcentual y en gráficas de barras.
- Análisis de las respuestas relacionadas a los conocimientos, habilidades y prácticas de las intervenciones y procedimientos definidos para dar una correcta atención y manejo de las situaciones de los eventos del embarazo parto y post parto y recién nacido.

- El cuestionario agrupa una serie de preguntas según procesos o áreas:
 - Sobre conocimientos y práctica de intervención y procedimientos en el área de **Atención Prenatal.**
 - Sobre conocimientos y práctica de intervención y procedimientos en el área de **Atención del Trabajo de parto.**
 - Sobre conocimientos y práctica de intervención y procedimientos en el área de **Atención del Parto y post parto mediato e inmediato y el recién nacido.**
 - Sobre conocimientos y práctica de intervención y procedimientos en el área de **Atención del Puerperio.**
- Se determinó el porcentaje por cada proceso individualmente.
- Se determinó el porcentaje global de cada procesc.

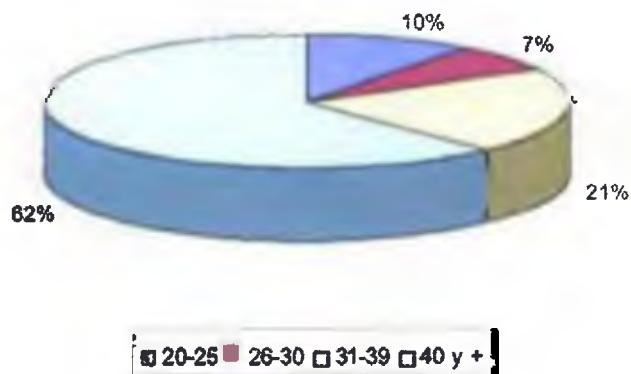
1.4. CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro N° 1. Enfermeras por distritos donde laboran, según rango de edad y registro. Ver. 2008

Registro: Jan. 2000														
Distrito	Total	Enfermeras												
		Rango de edad								Total	Idoneidad/registro			
		20-25		26- 30		31-39		40 y +			Si		No	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%
Total	29	3	10.3	2	6.9	6	20.	18	63.	29	25	86.	4	13.7
La Mesa	1	-	-	-	-	-	6	1	0	1	1	2	-	-
Cañazas	5	2	40.0	-	-	1	-	2	100	5	3	100	2	40.0
Soná	2	-	-	1	50.0	1	20.	-	40.	2	2	60.	-	-
Las Palmas	2	-	-	-	-	1	0	1	0	2	2	0	-	-
Santa Fe	2	-	-	1	50.0	1	50.	-	-	2	1	100	1	50.0
Santiago	13	1	7.6	-	-	1	0	11	50.	13	12	100	1	7.6
Río de Jesús	1	-	-	-	-	-	50.	1	0	1	1	50.	-	-
San Francisco	1	-	-	-	-	1	0	-	-	1	1	0	-	-
Montijo	1	-	-	-	-	-	50.	1	84.	1	1	92.	-	-
Calobre	1	-	-	-	-	-	0	1	6	1	1	3	-	-
							7.6		100			100		
							-		-			100		
							100		100			100		
							-		100			100		

Fuente: Cuestionario Estudio Conocimientos, habilidades y destrezas sobre CONEm.

**Gráfica N° 1
ENFERMERAS SEGÚN RANGO DE EDAD**

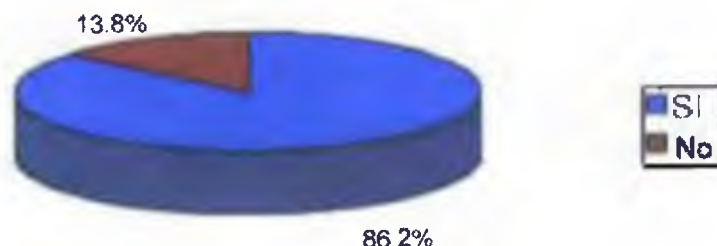


Cuadro N° 2. Grado académico y especialización de las enfermeras, según años de servicios.

Nivel académico/ Especialización	Total		Años de servicios							
			< 1 año		1-3		4-7		8 y +	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	29	100	2	6.9	2	6.9	3	10.3	22	75.8
Enfermeras	2	6.8	-	-	-	-	-	-	2	100
Lic. Enfermería	27	93.1	2	7.4	2	7.4	3	11.1	20	60.9
Especialización	15	51.7	-	-	1	6.6	2	13.3	12	80.0
Post Básico	3	20.0	-	-	-	-	-	-	3	100
Obstetricia	1	-	-	-	-	-	-	-	1	33.3
Pediatría	2	-	-	-	-	-	-	-	2	66.6
Materno infantil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Post grado	12	80.0	-	-	1	8.3	2	16.6	9	75.0
Obstetricia	6	-	-	-	-	-	1	16.6	5	83.3
Pediatría	3	-	-	-	1	33.3	-	-	2	66.6
otro	3	-	-	-	-	-	1	16.6	2	66.6

Fuente: Cuestionario Estudio Conocimientos, habilidades y destrezas sobre CONEm

Gráfica N° 2
ENFERMERAS SEGÚN IDONEIDAD/REGISTRO



Cuadro N° 3. Enfermeras según el tiempo, lugar y servicios donde laboran actualmente. Veraguas, 2008

Lugar y Servicio	Total	Tiempo de laborar							
		< 1 año		1 -3 años		4 -6 años		7 años y +	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	29	3	10.3	6	20.6	2	6.9	18	62.0
HLF. Atalaya	8	1	12.5	1	12.5	1	12.5	5	62.5
Epidemiología	1	-	-	-	-	-	-	1	100
Maternidad	2	-	-	-	-	-	-	2	100
Parto	1	-	-	-	-	-	-	1	100
Neonatología	2	-	-	-	-	1	50.0	1	50.0
Pediatría	2	1	50.0	1	50.0	-	-	-	-
HEA. Soná	2	-	-	1	50.0	1	50.0	-	-
Maternidad	1	-	-	-	-	1	100	-	-
Sala de Urgencia	1	-	-	1	100	-	-	-	-
HFJ. Cañazas	5	2	40.0	-	-	-	-	3	60.0
Pol. HDG. Santiago	1	-	-	-	-	-	-	1	100
Sala de urgencias	1	-	-	-	-	-	-	1	100
APS/CS	12	1	8.3	4	33.3	-	-	7	58.3
Salud Pública	1	-	-	-	-	-	-	1	100

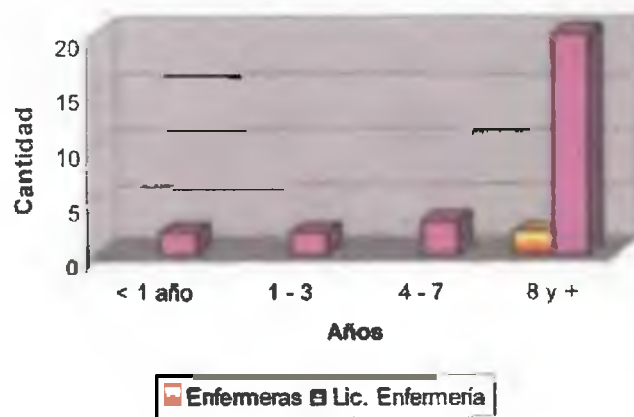
Fuente: Cuestionario Estudio Conocimientos, habilidades y destrezas sobre CONE

Cuadro N° 4. Tiempo y duración de la última actualización en cuidados obstétricos y neonatales esenciales y de emergencias de las enfermeras. Veraguas 2008.

Tiempo	Total		Duración					
	N°	%	< 40 horas		40 horas		40 horas y +	
			N°	%	N°	%	N°	%
Total	27	100	19	70.3	1	3.7	7	25.9
< De un año	8	29.6	5	62.5	-	-	3	37.5
1 a 3 años	4	14.8	2	50.0	1	25.0	1	25.0
4 años y +	15	55.5	12	80.0	-	-	3	20.0

Fuente: Cuestionario Estudio Conocimientos, habilidades y destrezas sobre CONEm.

Gráfica N° 3
ENFERMERAS SEGÚN GRADO ACADÉMICO Y
AÑOS DE SERVICIOS

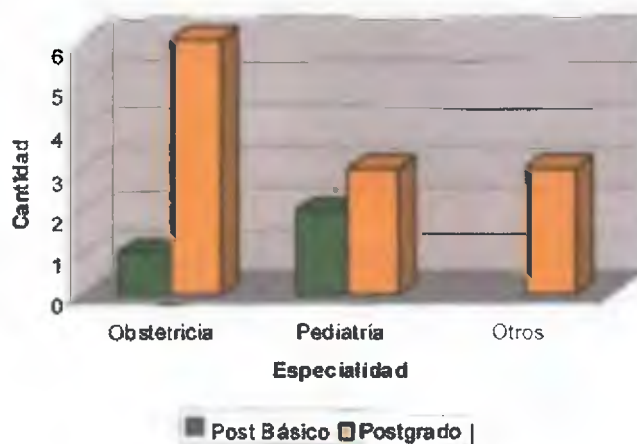


Cuadro N° 5. Respuestas de las enfermeras ante la pregunta. ¿De quién cree usted que es la competencia de la mujer durante el embarazo, parto y post parto, en condiciones normales; de riesgo y de emergencias? Veraguas 2008.

Funcionario Competente	Respuestas			
	En condiciones normales		Condiciones de riesgo y de emergencias	
	Nº	%	Nº	%
Total	29	100	29	100
Médico obstetra	4	13.7	17	58.6
Enfermera obstetra	2	6.8	-	-
Médico y enfermera obstetra.	7	24.1	9	31.0
Médico y Enf. Obstetra, Enf. General	2	6.8	1	3.4
Médico general	7	24.1	-	-
Enfermera general	1	3.4	-	-
Medico y enfermera general	3	10.3	-	-
MO, EO, MG, y EG	3	10.3	2	6.8

Fuente: Cuestionario Estudio Conocimientos, habilidades y destrezas sobre CONEm.

**Gráfica N° 4
ENFERMERAS SEGÚN ESPECIALIZACIÓN**

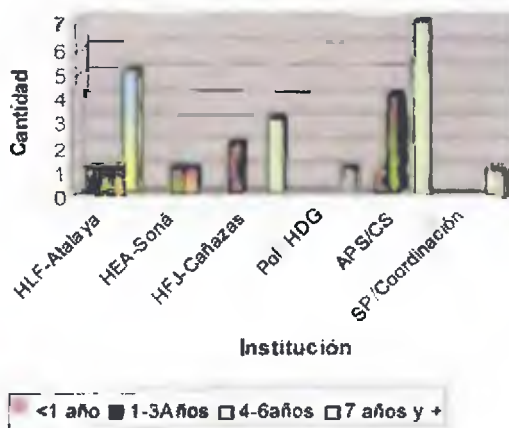


Cuadro N° 6. Respuestas de las enfermeras ante la pregunta si ha sido capacitado o no y si realiza los siguientes procedimientos en la etapa prenatal.

Áreas/procedimientos	Capacitado				Lo realiza			
	Si		No		Si		No	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Atención Prenatal								
Medir AU de la embarazada	28	100	-	-	21	75.0	7	25.0
Monitoreo de la PA	27	96.4	1	3.5	20	71.4	8	28.5
Monitoreo de la FCF	28	100	-	-	20	71.4	8	28.5
Evalúa el peso de la Emb.	28	100	-	-	19	67.8	9	32.1
Orientación nutricional	28	100	-	-	20	71.4	8	28.5
Proporciona Tx profiláctico	24	85.7	4	14.2	19	67.8	9	32.1
Diagnóstica Emb. De AR.	26	92.8	2	7.1	16	57.1	12	42.8
Monitorea Emb. De AR	26	92.8	2	7.1	17	60.7	11	39.9
Refiere Emb. De AR	27	96.4	1	3.5	14	50.0	14	50.0
Indicación de P de Laborat.	28	100	-	-	19	67.8	9	32.1
Interpretación de resultados de lab.	23	82.1	5	17.5	15	53.5	13	46.4

Fuente: Cuestionario Estudio Conocimientos, habilidades y destrezas sobre CONEm
Una enfermera no llenó el formulario en esta parte.

Gráfica N° 5
ENFERMERAS SEGÚN INSTITUCIÓN Y AÑOS DE SERVICIOS



Cuadro N° 7. Respuestas sobre los profilácticos que proporcionan las enfermeras a las embarazadas, según nivel académico. Veraguas 2008.

Nivel académico de la enfermera	Total	Tratamiento profiláctico proporcionado											
		Vit.+hemat		Anticonv.		AB		Vacunas.		No lo hace		NE	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	28	13	46.4	1	3.5	1	3.5	1	3.5	9	32.1	6	21.4
Enfermera general	15	7	41.6	-	-	-	-	-	-	5	33.3	3	20
Enfermera especial.													
Obstetra	7	4	57.1	-	-	-	-	-	-	-	-	3	42.8
Pediatra	4	1	25.0	-	-	-	-	-	-	3	75.0	-	-
Trauma y urgencias	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-
APS	1	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Cuestionario Estudio Conocimientos, habilidades y destrezas sobre CONEm.
Una enfermera no llenó el formulario en esta parte.

Cuadro N° 8. Respuestas de las enfermeras ante la pregunta si ha sido capacitado o no y si realiza los siguientes procedimientos en la etapa del trabajo de parto.

Áreas/procedimientos	Capacitado				Lo realiza			
	SI		No		SI		No	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Atención del trabajo de parto(LP)								
Admisión de la mujer a parto	22	100	-	-	11	50.0	11	50.0
Afeitado de rutina	22	100	-	-	7	31.8	15	68.1
Enema de rutina	22	100	-	-	7	31.8	15	68.1
Realiza anamnesis en el trabajo de parto	22	100	-	-	12	54.5	10	45.4
Monitorea la FCF	22	100	-	-	14	63.6	8	36.3
Monitoreo de las contracciones uterinas	22	100	-	-	10	45.4	12	54.5
Dilatación cervical	22	100	-	-	10	45.4	12	54.5
Uso del partograma	22	100	-	-	1	4.5	21	95.4

Fuente: Cuestionario Estudio Conocimientos, habilidades y destrezas sobre CONEm.
Siete enfermeras no llenaron esta sección.

Gráfica N° 6
TIEMPO Y DURACIÓN DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN EN
CONEm



Cuadro N° 9. Respuestas de las enfermeras ante la pregunta si ha sido capacitado o no y si realiza los siguientes procedimientos en el parto mediato e inmediato.

Áreas/procedimientos	Capacitado				Lo realiza			
	Si		No		Si		No	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Atención del parto y PM e I								
Atiende el parto	22	100	-	-	14	63.6	8	36.6
Primipara	-	-	-	-	-	-	-	-
multipara	22	100	-	-	14	63.6	8	36.6
Atiende parto generales	7	31.8	15	68.1	2	9.1	20	90.9
Atiende partos sacros/podálicos	7	31.8	15	68.1	2	9.1	20	90.9
Atiende partos de EPT	7	31.8	15	68.1	2	9.1	20	90.9
Seca el recién nacido	22	100	-	-	15	68.1	7	31.8
Atención piel a piel	11	50.0	11	50.0	10	45.4	12	54.5
Controla la Temperatura del RN	22	100	-	-	13	59.0	9	40.9
Inicio de lactancia materna	20	90.9	2	9.0	16	72.7	6	27.2
Profilaxis oftálmica	21	95.5	1	5.0	13	59.0	9	40.9
Peso del Recién nacido	22	100	-	-	15	68.1	7	31.8
Maniobra de resucitación neon.	18	81.8	4	18.1	9	40.9	13	59.0
Limpieza del cordón	22	100	-	-	15	68.1	7	31.8
Realiza episiotomía	22	100	-	-	5	22.7	17	77.2
Manejo activo de la tercera etapa del parto	8	36.6	14	63.6	3	13.6	19	86.3
Sutura de desgarros vaginales	21	95.5	1	5.0	6	27.2	16	72.7
Sutura de desgarros de CX	6	27.2	16	72.7	1	4.5	21	95.4
Recibe y revisa la placenta	21	95.5	1	5.0	11	50.0	11	50
Extracción manual de la placenta	13	59.0	9	40.9	5	22.7	17	77.2
Compresión bimanual del útero	12	54.5	10	45.4	5	22.7	17	77.2
Administra medicamentos de urgencias sin IM	15	68.1	7	31.8	11	50.0	11	50
Instala venoclisis sin IM/ urgencias	17	77.2	5	22.7	14	63.6	8	36.6
Administra Oxitócicos sin IM	13	59.0	9	40.9	4	18.1	18	81.8
Administra Sulfato de Mg	13	59.0	9	40.9	4	18.1	18	81.8
Administra Antibióticos de urg.	12	54.5	10	45.4	4	18.1	18	81.8
Administra Transfusión Sangre	14	63.6	8	36.6	3	13.6	19	86.3

Fuente: Cuestionario Estudio Conocimientos, habilidades y destrezas sobre CONEm.
Siete enfermeras no llenaron esta sección.

Cuadro N° 10. Respuestas del Manejo activo de la tercera etapa del parto, según el nivel académico de las enfermeras. Veraguas, 2008.

Respuestas	Total		Nivel académico de las enfermeras							
			Enf. General		Enf. Post básico		Enf. Post grado		Otra Esp	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	22	100	13	59.0	1	4.5	6	27.2	2	9.0
No sabe/ no contestó	12	54.5	7	58.3	1	8.3	2	16.6	2	16.6
Descenso del cordón, sangrado, útero levantado.	1	4.5	-	-	-	-	1	100	-	-
Descenso, desprendimiento y expulsión	1	4.5	1	100	-	-	-	-	-	-
Fase activa, fase latente, desprendimiento.	2	9.0	1	50.0	-	-	1	50.0	-	-
Dilatación, expulsión y alumbramiento.	3	13.6	1	33.3	-	-	2	66.6	-	-
Puerperio inmediato, mediato y tardío	3	13.6	3	100	-	-	-	-	-	-

Fuente: Cuestionario Estudio Conocimientos, habilidades y destrezas sobre CONEm. Siete enfermeras no llenaron esta sección.

Cuadro N° 11. Respuestas de las enfermeras ante la pregunta si ha sido capacitado o no y si realiza los siguientes procedimientos en la etapa del post parto.

Áreas/procedimientos	Capacitado				Lo realiza			
	SI		No		SI		No	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Atención del post parto								
Explora y evalúa los signos y condición de la puérpera	21	95.4	1	4.5	16	72.7	8	27.2
Prescribe y administra métodos de PLAFa	21	95.4	1	4.5	10	45.4	12	54.5
DIU	16	72.7	6	27.2	6	27.2	16	72.7
GO	17	77.2	5	22.7	10	45.4	12	54.5
Inyectables	17	77.2	5	22.7	-	-	22	100
Otros	8	36.3	14	63.6	5	22.7	17	77.2

Fuente: Cuestionario Estudio Conocimientos, habilidades y destrezas sobre CONEm. Siete enfermeras no llenaron esta sección.

Cuadro N° 12. Signos en el periodo puerperal, que debe evaluar la enfermera, según nivel académico. Veraguas 2008.

Respuestas/Signos	Nivel académico de las enfermeras									
	Total		Enf. General		Enf. Post básico Obstetricia		Enf. Post grado		Otra Espec.	
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	22	100	12	54.1	1	4.5	6	27.2	3	13.6
No sabe/ no contestó	11	50.0	6	50.0	-	-	2	33.3	3	100
Involución uterina, ST, SV.	2	9.0	-	-	-	-	2	33.3	-	-
Temperatura	1	4.5	1	8.3	-	-	-	-	-	-
Involución uterina, ST, Diuresis, PA, SV, dolor.	7	31.8	4	33.3	1	100	2	33.3	-	-
Sangrado profuso, PA, SV.	1	4.5	1	8.3	-	-	-	-	-	-

Fuente: Cuestionario Estudio Conocimientos, habilidades y destrezas sobre CONEm.
Siete enfermeras no llenaron esta sección.

1.5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Es importante que el personal de salud tenga conocimientos, habilidades y destrezas sobre cuidados obstétricos y neonatales esenciales y de emergencias para ofrecer atención de calidad que conlleve a la conservación de la salud materna y neonatal y a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

El estudio está dirigido a indagar acerca de los conocimientos de un grupo de enfermeras generales y especialistas que laboran en diversas instalaciones que ofertan servicios de salud reproductiva en la región de salud de Veraguas y conocer las necesidades educativas específicamente en los cuidados obstétricos y neonatales esenciales y de emergencias.

El cuadro N° 1, indica que el mayor porcentaje 18/29 (63,0%) de las enfermeras que contestaron el cuestionario oscilaba entre las edades de 40 años y más, de igual manera el mayor porcentaje se concentra en el hospital Luis Fábrega (84.6%) que corresponde al Distrito de Atalaya.

El 25/29 (86.2%) cuenta con su registro de idoneidad, lo que es importante señalar es que en el Hospital Francisco Javier de Cañazas, se encuentran dos enfermeras que aún no están registrada, aspecto relevante en el sentido que el hospital no cuenta con enfermeras supervisoras ni docentes.

El 75.8% de las enfermeras encuestadas tienen 8 años y más de laborar y el 93.1% tiene grado de licenciada en enfermería. El 51.9% (15) son especialistas en diversas áreas y de esas el 80% (12) son especialistas en el área de obstetricia y pediatría, el resto en otras especialidades. (Cuadro N° 2).

El tiempo que la enfermera permanezca en un servicio puede ser indicativo para la adquisición de habilidades y destrezas, el cuadro N° 3, revela que el 62.0% de las enfermeras tienen siete (7) años y más de laborar en servicios que ofertan cuidados obstétricos y neonatales y el mayor porcentaje labora en el Hospital Luis Fábrega, 62.5%. Las enfermeras del Hospital de Soná presentan entre 1 a 6 años de laborar en dichos servicios.

En el Hospital de Cañazas el 60.0% de las enfermeras tienen siete (7) años y más de laborar y el 40.0% tiene menos de un año, se destaca que todas las enfermeras encuestadas de Cañazas son rotadoras y su práctica en cada jornada es general y no sólo en el área de estudio.

De las enfermeras que laboran en los centros de salud, el 58.3% tiene siete (7) años y más de laborar en atención primaria en salud (APS) que incluye los servicios de salud sexual y reproductiva y el 33.3%, tiene entre 1 y 3 años.

El cuadro N° 4, revela que el 55.5% de las enfermeras que contestaron el cuestionario tenían cuatro años y más de su última capacitación en la temática estudiada y el 70.3% reveló que la última capacitación tuvo una duración de menos de 40 horas y el 25.9% reveló que la capacitación tuvo una duración de 40 horas y más. Este cuadro nos permite inferir de manera general, que es probable que las enfermeras estén desactualizadas ante las nuevas evidencias, en cuidados obstétricos y neonatales.

Las enfermeras consideran que la competencia de la atención de la mujer en los eventos del embarazo, parto y post parto en condiciones normales es del médico general (24.1%), la enfermera obstetra y el médico gineco- obstetra (24.1%) y un 13.7% consideró que es sólo competencia del médico obstetra. El 10.3% consideró que competencia de todos (MG, MGO, EO y EG).

La mujer en condición de riesgo y complicada, según las enfermeras, es competencia en primer lugar del médico gineco obstetra (58.6%), y en segundo lugar del médico y enfermera gineco-obstetra (31.0%) y sólo un 6.8% consideró que la mujer en los eventos del embarazo, parto y post parto en condiciones de riesgo y complicada es competencia de todos (MG, MGO, EO y EG).

Los siguientes cuadros revelan información sobre la percepción de las enfermeras en relación a si están capacitadas o no en algunos procedimientos e intervenciones para dar atención en etapas del proceso reproductivo (embarazo, parto, post parto y recién nacido en condiciones normales, de riesgo y complicaciones).

En la etapa prenatal el 17.8% de las enfermeras considera que no está capacitada para interpretar los resultados de los exámenes de laboratorios 15/25 (14.2%) consideró que no está capacitada para proporcionar tratamiento profiláctico, un porcentaje importante, El 12.5% reveló que no está capacitada para hacer la referencia de las embarazadas.

Esta información se corrobora cuando observamos que un 46.4% manifiesta que no hace interpretaciones de los resultados de laboratorios, no proporciona profiláctico y no hace referencia de embarazadas, no hace diagnóstico de embarazo de alto riesgo (Cuadro N° 6).

El cuadro N° 8, revela que en la etapa del trabajo de parto, las enfermeras se sienten capacitadas para proporcionar la atención e intervención en un 100%, sin embargo el 95.4% no usa el partograma para cuidar la labor de parto, el 54.5% de las enfermeras no monitorean la dilatación, ni las contracciones uterinas y llama aún más la atención que todavía el 31.8% de las enfermeras aplican enemas y afeitados de rutina, cuando esta práctica de rutina está en desuso.

De manera general se observa que en más del 50%, las enfermeras no aplican las intervenciones mínimas en esta etapa excepto la determinación de la FCF, con un 63.6%.

En el área de de la atención del parto y post parto inmediato y mediano, 22/29 enfermeras contestaron el cuestionario y el 100% respondió que estaba capacitada para atender partos, más sin embargo el 68.1% respondió que no estaba capacitada para atender partos múltiples, distócicos (sacros y podálicos) y partos de embarazos pretérmino. El 63.6% respondió no estar capacitada en el manejo activo de la tercera etapa del parto, el 72.7% no respondió estar

capacitada para suturar desgarros de cérvix, el 40.9% se consideró no estar capacitada para realizar el procedimiento de extracción de la placenta y el 45.4% respondió no estar capacitada para realizar la compresión bimanual del útero.

En cuanto a la aplicación o realización de las intervenciones y/o procedimientos el 63.6% atiende partos y los procedimientos que más realizan corresponde a promoción y orientación sobre la práctica de la lactancia materna (72.7%), Peso del recién nacido, limpieza del cordón, secado del recién nacido (68.1%), instalación de venoclisis (63.6%), control de la temperatura y profilaxis del cordón (59.0%).

En el resto de las intervenciones o procedimientos las enfermeras respondieron en más del 30.0% no realiza los mismos, al indagar sobre porque no lo realizan, respondieron: porque en algunos, es responsabilidad del técnico o auxiliar de enfermería y en otros es responsabilidad del médico. También respondieron que no lo realizan por el área de trabajo.

Inferimos que la falta de capacitación podría ser uno de los factores por lo que muchos de estas intervenciones y procedimientos no son realizados por las enfermeras generales y especialistas.

El manejo activo de la tercera etapa del parto, es una práctica basada en evidencias para disminuir las hemorragias en las primera 24 horas posterior al parto, prevenir la complicaciones y hasta la muerte por esta causa sin embargo, el cuadro N° 10, revela que las enfermeras desconocen el tema ya que las respuestas no fueron acertadas ni por enfermeras especialistas ni generales.

En el cuadro N° 11, se refleja que la enfermera ha sido capacitada, lo que no implica que esté capacitada sobre la evaluación de los signos y condición de la

puérpera (95.4%), al igual que en planificación familiar (95.4%), sin embargo cuando se refiere a los métodos específicos más usados se puede observar que las respuestas positivas (si está capacitada) sólo alcanza para DIU (72.7%) gestágenos oral (77.2%) inyectables (77.2%) y otros métodos (36.3%).

El cuadro N° 12, indica que el 50.0% del total de las enfermeras que contestaron el cuestionario no sabe, no contestó cuáles son los signos que se deben evaluar en el puerperio. El 54.5% de las enfermeras generales no sabe o no contestó cuáles son los signos que debe evaluar.

Llama la atención que un 33.3% de las enfermeras obstetras respondió, no sabe, no contestó cuáles son los signos que se deben evaluar en el puerperio.

FASE II.
MARCO METODOLÓGICO DEL PROYECTO

2.1. NOMBRE DEL PROYECTO

"Actualización sobre cuidados obstétricos y neonatales esenciales y de emergencias, basado en evidencias científica, para enfermeras generales y obstetra de la región de salud de Veraguas".

2.2. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

A pesar de los avances alcanzados en las últimas décadas, aun persisten altas tasas de mortalidad materna. Es un tema esencial porque está estrechamente relacionado con la educación y las condiciones socioeconómicas. Las mujeres se mueren por aborto, hemorragias, infecciones e hipertensión. Esto tiene que ver con la atención en los servicios de salud pero también con el acceso digno a programas de salud sexual y reproductiva en forma continua, oportuna y apropiada, con la participación del varón en la toma de decisiones en la familia y la educación de los niños/ as con enfoque de género.

El Gobierno Nacional de Panamá ha identificado la reducción de la mortalidad materna y perinatal como uno de los pilares claves para la alcanzar la equidad y el desarrollo nacional, y en el marco del cumplimiento de los Objetivos del Milenio, decidió reorientar su propuesta estratégica, a través del análisis y diseño del Plan Estratégico Nacional de Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal cuyo propósito es mejorar la salud de las mujeres y los recién nacidos de Panamá, implementando en todo el país estrategias de intervenciones basadas en la evidencia que han demostrado ser efectivas, particularmente en las regiones que muestran mayores índices de morbilidad y mortalidad, reduciendo las actuales brechas de salud materna y perinatal entre los pobladores de las distintas regiones de salud.

El acceso y el uso de los servicios de SSR como anticoncepción y **atención del parto por personal calificado** constituyen determinantes en la reducción de la morbilidad materna e infantil.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que "Las parteras (enfermeras obstetras en Panamá) son consideradas en todo el mundo como un actor clave para mejorar la salud materna y perinatal. Las pruebas históricas y contemporáneas (Holanda, Suecia, Sri Lanka y Chile) indican que la mortalidad materna se puede reducir mediante la introducción de parteras con un alto nivel de formación en el nivel de atención primaria, así como también en la secundaria y terciaria". Sin embargo, la OMS ha introducido un nuevo concepto que describe a profesionales considerados esenciales en el esfuerzo por mejorar la salud materna, denominados "asistentes de partería calificados", es decir, personas con conocimientos de partería, lo que incluye no sólo a parteras sino también a médicos y enfermeras"².

El equipo de salud debe basar su práctica en las mejores evidencias científicas disponibles y aplicarlas. La necesidad de fortalecer la educación en partería para apoyar la maternidad segura se reconoció ampliamente y fue el foco de discusión en Japón en 1990, dirigido y patrocinado por la OMS/OPS. En este taller se reconoció entre otras... Que actualmente las parteras y enfermeras profesionales no reciben educación adecuada de partería para proporcionar atención de salud reproductiva a las familias y a las comunidades. Incluyendo los cuidados de la mujer durante el embarazo, parto, post parto y las complicaciones derivadas de la maternidad.

El estudio sobre pobreza, realizado en Panamá en el año 2000, indica que entre las medidas claves de máxima prioridad para disminuir la pobreza está aumentar la cobertura de intervenciones efectivas hacia los pobres con énfasis en la salud

materno infantil y recomienda el desarrollo de programas de planificación familiar y aumento de las coberturas en la atención del parto por personal calificado.

2.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Panamá cuenta con una población estimada al 1 de julio del 2006 de 3, 283,959 habitantes, representando el 50.4% a hombres y el 49.6% a mujeres, con una densidad poblacional de 42.27 habitantes por Km² según, la Contraloría General de la República, la ocurrencia de 65,738 nacimientos vivos registrados en el 2006 proporciona una tasa bruta de natalidad de 18.7 por cada 1000 habitantes, reflejándose las más altas tasas en Bocas del Toro, Darién y Colón con 29.3, 25.5, y 22.4 respectivamente. Las Comarcas de Kuna Yala y Emberá presentaron tasas de 25.5 y 12.5 por cada 1000 nacidos vivos, siendo estas las cifras más alta y las más bajas a nivel comarcal respectivamente. Las tasas más bajas se reflejan en Los Santos y Herrera con 11.7 y 13.6 por 1000 nacidos vivos, respectivamente.

La tasa de fecundidad global disminuye de 3.2 hijos por mujer en 1990 a 2.7 en el 2005. En los últimos años, el promedio de hijos por mujer se redujo a la mitad contribución hecha por el descenso de la fecundidad de las mujeres en todas las edades, pero especialmente en el tramo de 20-29 años.

La cobertura del control prenatal registrada para el 2006, fue de 80.0% en relación a los embarazos esperados, observando un incremento progresivo de 71.8, 77.4 y 79.3% para los años 2003, 2004, y 2005. Estas cifras presentan variaciones a lo interno del país, como es el caso de las regiones de Colón, Bocas del Toro, Panamá Metro, Los Santos, Coclé y Chiriquí con cifras de, 42.7%, 65.0%, 72.5%, 76.2%, 77.2% y 87.4% respectivamente.

De los nacimientos ocurridos en el 2006, el 91.2% recibió asistencia profesional y el 90.8% tuvo lugar en una institución de salud, sin embargo aún persisten regiones en donde la asistencia profesional del parto está por debajo del 90% como es el caso de las Comarcas indígenas; Ngobe Buglé 34.4%, Emberá 36.1%, Kuna Yala 70.2%. Las provincias de Darién 75.2%, Coclé 81.7%, Bocas del Toro con 85.3% y Veraguas 87.4%, estas mismas regiones presentan el índice más bajo de partos institucionales.

Las muertes perinatales registradas en el país para el 2006 fue de 11.2 por cada 1000 embarazos, las Comarcas Indígenas registraron las tasas más altas; Emberá 26.1, Kuna Yala 18.4, y Ngobe Buglé 11.6 por 1000 embarazos. De igual manera contribuyen con mantener este indicador la provincia de Herrera, Darién, Los Santos, Bocas del Toro y Colon con cifras desde 17.8 hasta 12.4 por 1000 embarazos.

La tasa de mortalidad infantil en el país para el 2006, fue de 14.8 por mil nacidos vivos, correspondiendo de mayor a menor, las comarcas Emberá 39.5, Kuna Yala 35.1, la provincia de Bocas del Toro 30.5 y la Comarca Ngobe Buglé con 24.3 por 1000 nacidos vivos. Contribuyen de igual manera a mantener esta tasa en el país, las provincias de Darién, Colón, Chiriquí, Herrera, Coclé y Veraguas con tasas que en forma descendente van desde 20.5 a 12.2 por nacidos vivos. Entre las causas de defunciones en los menores de un año más frecuentemente registradas, se presentaron en primer lugar; Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, en segundo lugar las malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas y en tercer lugar las neumonías.

Según registros de la Contraloría General de la República, en el año 2006 ocurrieron 55 muertes maternas en el país, una tasa de 0.8 por 1000 nacidos

vivos, concentrándose la mayoría de las muertes en la región de la Comarca Ngöbe Bugle con 15 muertes ($15/55=27.2\%$), para una tasa de 3.8 x 1000 nacidos vivos, Darién, 2.9, Kuna Yala 5.8, Coclé 1.4 y **Veraguas 1.0** nacidos vivos.

En la Comisión Nacional de Auditoría de Muerte Materna, se han analizado estas muertes y determinado que hay dos realidades claramente definibles, aquellas que se dan a nivel domiciliario y aquellas que se dan a nivel hospitalario.

En el análisis de la situación se concluye que se mueren las mujeres durante el embarazo, parto y post parto debido a situaciones opuestas: 1). Falta de recursos para la atención calificada, falta como realizar cirugías de urgencias, no hay medicamentos esenciales, no hay banco de sangre, no hay normas y protocolos de asistencia, no hay como trasladar al paciente, **no hay personal capacitado para el manejo y remisión oportuna de las complicaciones**; 2). Hay recursos, pero calidad de atención es deficiente y sin calidez.

Existe gran disparidad interna siendo las más afectadas las comunidades con mayor población indígena y rural dispersas. Las determinantes de la mortalidad materna en el país son variables, en el caso de zonas urbanas los factores **condicionantes están más relacionados a deficiencias de la calidad y de atención**, mientras que en las zonas rurales e indígenas se agregan a este factor, las deficiencias de la capacidad resolutive de la red de servicios y factores vinculados a barreras socio culturales y económicas que dificultan el acceso y uso de servicios de salud materna de calidad.

El personal de salud dedicado a la atención del parto, en particular necesita estar en capacidad de manejar las complicaciones potencialmente mortales; el

servicio necesita incorporar estas habilidades a través de cursos basados en la práctica y grado de competencia.

El personal de enfermería realiza funciones diferenciadas e integradas que permiten ofrecer en forma humana una atención de calidad, siempre y cuando las condiciones de **capacitación, laborales, de compromiso individual y de decisiones políticas así lo permitan**. Es necesario destacar que ante una mujer con urgencia obstétrica, constituye la fuerza de trabajo que tiene el liderazgo o conduce con mayor frecuencia, las acciones dirigidas a estabilizar la condición física y psicoafectiva de la paciente y familia.

La aplicación de medidas por el personal de enfermería como: 1) clasificación de riesgo; 2) aplicación de normas y procedimientos; 3) Intervención oportuna; 4) y las funciones esenciales en obstetricia apoyadas por las habilidades específicas de un personal **capacitado en atención del parto y el manejo del parto complicado, contribuyen a reducir la morbi mortalidad materna y perinatal.**

Es así como se ha diseñado este proyecto de Fortalecimiento al recurso de Enfermería, mediante un Programa de Actualización **“sobre cuidados obstétricos y neonatales esenciales y de emergencias, basado en evidencias científica, para enfermeras generales, obstetras y pediatras de la región de salud de Veraguas”**, con el propósito de fortalecer los conocimientos y proporcionar las herramientas esenciales para intervenir de una manera oportuna y eficaz cuando se encuentra en las diversas situaciones de urgencias obstétricas y neonatales en los tres niveles de atención especialmente de las poblaciones en condiciones de pobreza y extrema pobreza.

2.4. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el riesgo de muerte de una mujer, en América Latina, derivadas de la maternidad es de 1/160 gestaciones.

En Europa, el riesgo es de 1/2400, y en América del Norte, el riesgo es de 1/5,600 gestaciones.³

Panamá como país a pesar de presentar los índices (0.8 por 1000 nacidos vivos) de muerte materna aceptables, a lo interno deja mucho que decir, como es en el caso de las Comarca Kuna Yala, Nogbe Buglé, las provincias de Coclé y Veraguas, que superan la tasa nacional en el orden de 1.0 a 5.8 por 1000 nacidos vivos.

La Provincia de Veraguas, es la tercera más grande del país tiene una superficie 11,239 Km², una población de 225,619 habitantes, 12 distritos y 95 corregimientos.

Cuenta con 3 hospitales, 19 Centros de Salud 8 con anexo Materno Infantil, 1 Policlínica y 67 Puestos de Salud funcionando.

Cuadro N° 13. Mortalidad materna según procedencia. Panamá, 2002 -2006

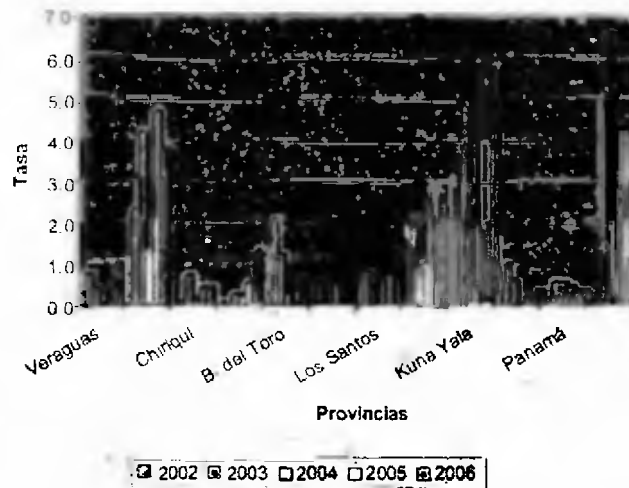
Provincias/ regiones de salud	Años									
	2002		2003		2004		2005		2006	
	Nº	T	Nº	T	Nº	T	Nº	T	Nº	T
Total	44	0.7	42	0.7	33	0.4	42	0.7	55	0.8
Veraguas	3	0.7	2	0.4	-	-	-	-	4	1.0
Nogbe Buglé	5	2.3	7	4.2	5	1.3	17	4.7	15	3.8
Chiriquí	-	-	6	0.7	2	0.1	3	0.4	3	0.4
Coclé	-	-	1	0.2	1	0.2	2	0.5	6	1.4
Bocas del Toro	6	2.1	4	1.2	1	0.3	-	-	2	0.6
Herrera	1	0.5	-	-	1	0.6	-	-	1	0.6
Los Santos	1	0.8	-	-	1	0.9	1	0.9	-	-
Darién	2	1.9	1	0.9	1	1.0	3	2.8	3	2.9
Kuna Yala	4	4.0	5	4.9	2	2.0	2	2.1	6	5.8
Colón	5	1.0	3	0.6	-	-	1	0.2	2	0.4
Panamá	17	0.6	12	0.6	17	0.5	12	0.4	13	0.4
C. Emberá	-	-	1	6.6	-	-	1	4.3	-	-

Fuente: Estadísticas de la Contraloría General de la República.

Tasa: por 1000 nacidos vivos.

La población de Veraguas, requiere y demanda servicios de atención especializada en el área materna infantil, hecho que se ve reflejado en los altos índices de muerte materna, (1,0 por 1000 nacidos vivos) muerte perinatal (9.8 por 1000 embarazos) muerte infantil (12.2 por 1000 nacidos vivos), especialmente en las áreas postergadas de mayor pobreza. A pesar que el indicador de cobertura de atención del parto por personal calificado es aceptable (87.4%) existen distritos donde el índice es inferior al indicador regional como es el caso de Santa Fe (49.9%), Cañazas (68.8%), Las Palmas (75.4%), hechos éstos que indican la necesidad de implementar estrategias y viabilizar recursos especialmente humanos calificados para ofertar los servicios sentidos.

Gráfica N° 7
MORTALIDAD MATERNA SEGÚN PROCEDENCIA



La oferta de los servicios de enfermería en salud reproductiva en ésta región es ofrecida por enfermeras generales en su gran mayoría incluidos los servicios hospitalarios y de atención primaria, en muchas ocasiones, en condiciones laborales no favorables y con otras determinantes que representan un mayor factor de riesgo para la madre y el niño; como la poca experiencia en la atención del embarazo, parto y post parto y la falta de capacitación necesaria para hacerle frente a las condiciones adversa derivadas de la maternidad.

Peor aún es que todas las instalaciones cuentan con personal profesional de enfermería pero que no ejercen algunas competencias esenciales y de emergencias cuando son requeridas para salvar vidas. Hecho reflejado en que sólo el 16.4% de los partos son atendidos por el personal de enfermería, y el 15.2% de los nacimientos ocurridos son atendidos en domicilio por personal no calificado.

Cuadro N° 14. Enfermeras por áreas de trabajo, status profesional y laboral, Región de Salud, Veraguas, MINSA, 2008.

Áreas	Total	MINSA	CSS	Registro	No Reg.	Permanente	Contrato
Total	136	127	9	127	9	128	8
Coordinación de Programas	7	7	-	7	-	7	-
Atención Primaria/CS Hospital	31	31	-	30	-	31	-
	99	90	9	90	9	91	8

Fuente: Archivos del Departamento de Enfermería. Región de Veraguas.

El Recurso Humano de Enfermería para dar atención a la población en general es de 136 Enfermeras, 127 Técnicos en Enfermería, y 67 Ayudantes de Salud.

El 94.1% (128) de las enfermeras son permanentes, y 93.3% (127) están registradas (idóneas), laboran en el área Hospitalaria el 72.7% (99) y el 22.7% (31) labora en el área de atención primaria (Cuadro N° 14).

El 31.6% (43) son especialistas en diversas áreas y de éstas 34.9% (15) son especialistas en el área de salud de la mujer e infantil (7 obstetras, 2 materno infantil y 6 pediatras).

El personal de salud dedicado a la atención de la salud reproductiva y a los eventos del embarazo, parto y del post parto, no cuenta con un programa de educación permanente en servicio, de medicina basada en la evidencia, que le permita que le permita estar en capacidad de manejar las complicaciones potencialmente mortales; aunado a esta situación las condiciones geográficas, las distancias, el clima y la falta de medios de comunicación y transporte hacen un entorno habilitante no favorable para la prestación de los servicios de enfermería con calidad y calidez a la madre y su hijo.

2.5. MARCO CONCEPTUAL

Organismos internacionales en la búsqueda de la maternidad segura, se esfuerzan en formular, estimular estrategias de acción con la intención de conseguir que las gestaciones y los partos sean más seguros para las mujeres y los recién nacidos. Una de las intervenciones es la presencia de profesionales calificados para la atención de todas las mujeres durante el ciclo de gravidez y puerperio.⁴

2.5.1. PROVEEDOR CALIFICADO

Se ha demostrado que la atención calificada del parto puede reducir la mortalidad materna con eficacia. La atención calificada incluye exclusivamente a las personas capacitadas en obstetricia (por ejemplo, los médicos y las enfermeras obstétricas) que han adquirido las aptitudes necesarias para prestar atención competente durante el embarazo, parto y post parto, incluida la atención del recién nacido.

Un profesional calificado: es alguien que es capaz de abarcar un repertorio de habilidades y conocimientos, en diferentes formas y en diferentes contextos, para ejercer su actividad profesional que pueda ser reconocida como competente.

El proveedor calificado debe ser capaz de manejar el trabajo de parto y el parto normal, reconocer las complicaciones, realizar intervenciones esenciales, comenzar el tratamiento y supervisar la referencia de la madre y el bebé para las intervenciones que exigen aptitudes más avanzadas o no son posibles en un establecimiento determinado.⁵ La capacitación impartida a enfermeras y médicos incluye cada vez más la preparación para emergencias neonatales.

2.5.2. ATENCIÓN DE CALIDAD Y ATENCIÓN CALIFICADA DEL PARTO

La atención de calidad se refiere al carácter idóneo y adecuado de la atención prestada, así como al grado de satisfacción expresada por las mujeres. Debe ser de alta calidad para que la morbilidad y la mortalidad disminuyan. La atención calificada se refiere de al proceso en el cual el proveedor calificado posee las aptitudes necesarias y tiene el apoyo de un establecimiento propicio para ofertar la atención.

En 1999, las organizaciones, OMS/UNFPA/ UNICEF/ BM, emiten una declaración conjunta, de la Atención del parto por personal capacitado “El concepto de atención por personal capacitado denota la existencia de agentes de salud que han recibido formación profesional y adquirida los conocimientos prácticos necesarios para atender un parto normal y diagnosticar las complicaciones obstétricas o remitir esas pacientes a establecimientos de mayor capacidad. Esos agentes de salud son por lo general médicos, parteras o enfermeras. El personal capacitado debe estar en condiciones de atender el trabajo de parto y el parto en condiciones normales, detectar cuanto antes las complicaciones y practicar cualquier intervención esencial, además de comenzar a administrar tratamiento y supervisar la remisión de la madre y del niño, de ser necesario, a un establecimiento que pueda ofrecer atención de nivel superior. Esos profesionales pueden ejercer en un establecimiento de salud o privadamente. Su clasificación como personal capacitado se refiere a que han recibido capacitación, y no al lugar en que ejercen su profesión. No se incluyen en esta categoría a las comadronas y parteras tradicionales, hayan o no recibido capacitación”.⁶

2.5.3. ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

La atención obstétrica esencial y de emergencia abarca una serie de funciones de alerta realizadas en los centros de atención de salud, que pueden prevenir la muerte de una mujer y de su hijo, cuando padece de alguna complicación. La atención obstétrica de emergencia no es una práctica estándar de atención de todos los partos, es una respuesta a las complicaciones.

Las funciones obstétricas se dividen en dos categorías: a) Atención obstétrica de emergencias básicas, que pueden ser ofrecidas en los centros de salud por una enfermera, una obstetra o un médico y consisten mayormente en administrar medicamentos mediante inyección (antibióticos, anticonvulsivos, oxitocicos) también incluye la extracción manual de la placenta, productos retenidos y la realización de procedimiento de cirugía menor, como aspiración manual endouterina, (AMEU) o dilatación y curetaje; b) La atención obstétrica de emergencias integral, que por lo general requiere disponer de instalaciones hospitalarias, con quirófanos e incluye la posibilidad de practicar una intervención quirúrgica más compleja, como una operación cesárea, en caso de parto obstruido, la capacidad de efectuar transfusiones sanguíneas para el tratamiento de hemorragias que pongan en peligro la vida del paciente.

2.5.4. COMPETENCIA

Definida como la capacidad del individuo para movilizar todo o parte de sus recurso cognitivos y afectivos enfrentando un conjunto de situaciones complejas. Para la cual, es necesaria la identificación precisa de estos recursos, de las relaciones que deben ser establecidas entre ellos y de naturaleza de saber movilizar. Significa entonces la capacidad de movilizar, integrar y orquestar

recursos. Las competencias se construyen en formación y en el caminar dentro de una situación de trabajo y otra.

Es por ello que dentro del desarrollo de recursos humanos es de gran interés dar prioridad a la formación de las enfermeras, con énfasis la especialización en enfermería obstétrica, como instrumentos esencial para lograr las condiciones de vida de las mujeres, niños y población en general.

El concepto de competencia según Benner (1982) recalca que, en enfermería, la competencia se refiere al “mundo real” de la práctica. Describe diferentes grados de competencia, comenzando por los novicios o principiantes hasta llegar a los expertos, que se caracteriza por un conocimiento cabal del contexto y un dominio intuitivo de las situaciones.

Según Word (1987) la competencia se refiere a lo que una personal puede hacer en circunstancias ideales.

Worth –Butler et al. (1994) Han explorado el concepto de competencia en partería y propuesto que la capacidad abarca aspectos importantes tanto de la competencia como del desempeño y concluyen que: “(...) los modelos de competencia más útiles define a los profesionales competentes como aquellas personas que han adquirido un conjunto de aptitudes y conocimientos suficientes y amplios que les permitan realizar su trabajo de manera idónea. En consecuencia, un profesional capaz es alguien que puede hacer uso de ese repertorio de aptitudes y conocimientos, de diferentes maneras y en distintas situaciones, para desempeñar su función de un modo que se juzga competente.”

- **Competencias esenciales obstétricas y neonatales y de emergencias.**

Para afrontar los desafíos de prestar atención de calidad a las mujeres y a los recién nacidos hay que mejorar la formación académica y educación inicial y continua de las parteras profesionales (enfermeras obstetras en Panamá). Las mejoras que se han de lograr son: competencias técnicas, incluidas las aptitudes que salvan vida; aptitudes de comunicación, educación en orientación sanitaria para ayudar a la partera profesional a establecer buenas relaciones y a trabajar con la comunidad; introducción a todos los componentes del concepto de la salud reproductiva; acceso al equipo, los suministros y los medicamentos que se tienen que administrar para prestar atención de calidad y mejorar las afecciones en la mujer y el recién nacido que pueden causar la muerte; educación continua regular para conservar y ampliar las aptitudes de partería y promover la responsabilidad; apoyo de los supervisores y evaluaciones de desempeño habituales y constructivas.

2.5.5. FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL RECURSO HUMANO

- **Formación**

La formación de las enfermeras para asistir a la mujer durante el embarazo, parto, post parto y el recién nacido motivo de mucha inquietud e importancia, es así que durante su proceso de formación, debe recibir entrenamiento de las habilidades necesarias para atender a la capacidad y competencia durante la asistencia a las mujeres en todas las etapas reproductiva, en los eventos del embarazo, parto, post parto y recién nacido; la especialista no sólo debe tener la preparación en las funciones esenciales si no en las funciones de emergencias.

La formación profesional no sólo se basa en el desarrollo de habilidades, sino, también en la adquisición de competencias para el desempeño de patrones prescritos para la práctica profesional.

- **Educación permanente y continua**

Ante un mundo de procesos de cambios, la educación permanente aparece como la respuesta pedagógica estratégica que hace de la educación asunto de toda la vida y dota a los educandos de las herramientas intelectuales que les permitirán adaptar las incesantes transformaciones. Algunos estiman que el conocimiento tecnológico actual es solo el 1% del conocimiento del año 2050.

La educación permanente en salud, es un proyecto educativo que integra la: a) revisión de la cultura de trabajo, de los valores que subyacen a las prácticas. Se propone, por lo tanto, un enriquecimiento personal de los participantes por medio de un proyecto educacional que contemple no sólo el saber académico, sino también el saber individual/ grupal que nace de la experiencia vivida por las personas, b) la apropiación de un saber tecnológico como construcción activa, integrando la práctica y la teoría a la resolución de los problemas dentro de aquellos marcos valorativos, y no una mera recepción pasiva de conocimientos.

Haddad (1994) al referirse a la organización destaca características esenciales, la estructura organizativa y sus partes, el papel de cada una de ellas, el aporte individual y lo colectivo; el papel de las relaciones entre las personas y su mantenimiento. Se incluye bajo el término "mantenimiento" asuntos como la actualización continua de la capacidad resolutive, la lucha contra la rutina y la obsolescencia, la permanencia de la capacidad de grupo e individuos para adaptarse a los cambios y situaciones que se dan en la organización y en el medio sociopolítico en que se desarrolla.

Mejía (1986) concibe la educación continua como "el conjunto de experiencias que siguen a la formación inicial y que permiten al trabajador mantener, anotar y mejorar su competencia para que esta sea pertinente al desarrollo de sus responsabilidades.

Así el aprendizaje es considerado un proceso progresivo que conduce al cambio del comportamiento y que no se da instantáneamente, requiere de aproximaciones sucesivas al objeto o a la realidad que se quiere conocer y transformar.

2.5.6. DEFINICIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Se define al profesional de enfermería como:

- **Enfermera:** Persona que ha completado un programa de enseñanza básica de enfermería a nivel superior y está calificada y autorizada para ejercer la profesión.⁷
- **Enfermera especialista:** Enfermera con conocimientos avanzados de una rama de enfermería, que está autorizada por el Comité Nacional de enfermería para ejercer como especialista. La práctica especializada incluye las funciones clínicas, docentes, administrativas, de investigación y de consulta.⁸
- **Enfermera obstetra:** Ese así que se adquiere el compromiso para una maternidad segura y se acordó "El carácter único de la posición de la partera profesional proviene del hecho de que ha decidido prepararse para estar con la mujeres en el evento más esencial de su vida. Aceptó, después de su formación y capacitación, la responsabilidad de cuidar a las mujeres a lo

largo de sus años reproductivos y encargarse por cuenta propia de la promoción de la salud en las familias y en las comunidades. La maternidad segura es por lo tanto su único interés.⁹

2.6. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO EDUCATIVO

La enseñanza de la Salud Sexual y Reproductiva con énfasis en los cuidados obstétricos y neonatales esenciales y de emergencias, exige cambios de orientación y metodología, y es a través del enfoque de la enseñanza participativa que generará un proceso dinámico de construcción del conocimiento, cognoscitivo, práctico y afectivo que estimulará la capacidad crítica, creativa y transformadora.

La enfermera debe basar su práctica en las mejores evidencias científicas disponibles y aplicarlas.

En tal sentido se ha diseñado el proyecto educativo denominado **Seminario Taller sobre Actualización en los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales y de Emergencias** que comprende la actualización de un grupos de profesionales de la enfermería que laboran en los servicios de salud sexual y reproductiva; conlleva el énfasis en la preparación para: el abordaje de la salud reproductiva, el cuidado de la embarazada, la vigilancia del trabajo del parto, la asistencia del parto humanizado, el cuidado durante el post parto, y cuidados del recién nacido; como también el manejo y tratamiento oportuno de las complicaciones obstétricas y neonatales.

El proyecto se desarrollará durante tres meses a partir del 12 de julio del 2008 al 20 de octubre de 2008 y comprende las fases de diseño, formulación y

elaboración; la ejecución (desarrollo del temario) sustentación y sistematización de los resultados logrados.

Fase de diseño: Incluye la revisión bibliográfica, y el diagnóstico situacional, presentación del anteproyecto de actualización a las autoridades.

Fase de formulación y elaboración del proyecto de actualización: Incluye la elaboración del proyecto a partir de la realidad encontrada, el programa de actividades a desarrollar y los resultados esperados.

Fase de Ejecución: incluye la organización, logística, y desarrollo del curso, (temario).

Fase de Sustentación y sistematización de los resultados logrados: incluye la sustentación y elaboración del informe final.

2.6.1. DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EDUCATIVA

El programa comprende una duración 3 semanas: 40 horas, presenciales y 2 semanas virtuales (80 horas), para un **total de 120 horas**. Se desarrollaran cinco (5) módulos de aprendizaje, utilizando la metodología andragógica, participativa.

El temario se desarrollará en cinco 5 jornadas presenciales mediante un seminario taller que inicia el 28 y 29 de agosto, 1, 2, 3 de septiembre del 2008.

La fase virtual culmina el 14 de septiembre de 2008.

2.6.2. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

El proceso de aprendizaje en este curso para lograr los objetivos requiere: de la participación activa de personal de enfermería para el desarrollo del mismo.

Se utilizará la educación, andragógica, semi- presencial, en donde las sesiones teóricas serán desarrolladas con metodología activa, discusión de grupos, lecturas dirigidas, simulación, conversatorio, auto- enseñanza fundamentada, basada en la motivación de los participantes.

La metodología de educación virtual se caracteriza básicamente porque el facilitador o tutor y los estudiantes difieren en el tiempo y el espacio, conlleva la modalidad de auto instrucción dirigida, que permite a los participantes, dada la situación laboral a aprender a su propio ritmo, sin abandonar sus labores habituales, por periodos prolongados atendiendo el enfoque de educación permanente en servicio. La comunicación se dará por medio de Internet, telefónica.

El método de enseñanza y aprendizaje desarrollado durante el curso será el método centrado en el participante, que promueve la participación activa, basado en la solución de problemas, estudios de casos, análisis y reflexión, discusión grupal, la representación de roles, exposición en plenarias, talleres, también habrá algunas clases magistrales modificadas, preguntas y respuestas.

2.6.3. CONTENIDO CURRICULAR DEL CURSO

El curso está constituido por 5 módulos que se relacionan entre sí y serán desarrollados en forma secuencial, para lograr el fin y el propósito del proyecto, comprenderá una sesión inaugural, sesiones teóricas, tutorías, sesiones de

estudio en casa, práctica y clausura. La sesión presencial comprenderá la presentación y discusión de cada tema y el desarrollo progresivo de la práctica. En ella los participantes aclararán dudas entre sí, reforzarán sus conocimientos claves y discutirán los módulos respecto a las normas nacionales, así como casos reales ocurridos en sus áreas de trabajo y a las nuevas evidencias.

El contenido curricular se contempla en el plan y el temario consiste en los conceptos generales, motivación, salud sexual y reproductiva, maternidad segura, urgencias y complicaciones obstétricas; se desarrollará en 28 horas y el temario de recién nacido, reanimación cardio pulmonar neonatal en 12 horas.

2.6.4. MÓDULOS PARA EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTÍNUA

1. Orientación General del curso y Motivación.
2. Salud Sexual y Salud Reproductiva.
3. Maternidad Segura (Cuidado de la embarazada, Vigilancia del trabajo de parto, asistencia del parto y cuidados del pos post parto).
4. Manejo y tratamiento oportuno de las complicaciones obstétricas.
5. Cuidado del recién nacido y Reanimación Neonatal. Manejo y tratamiento oportuno de las complicaciones neonatales.

2.7. MISIÓN

Enfermeras generales y obstetras sensibilizadas y comprometidas a contribuir de manera significativa a la reducción de la morbi mortalidad materna, perinatal y neonatal en el la región de Salud de Veracruz, ofertando servicios de cuidados obstétricos y neonatales de calidad y con calidez.

2.8. OBJETIVOS

2.8.1. GENERAL

Fortalecer los conocimientos, habilidades y destrezas de las enfermeras generales y obstetras, mediante la actualización sobre cuidados obstétricos y neonatales esenciales y de emergencias basado evidencias científicas, con la finalidad de contribuir a la reducción de la morbi mortalidad materna, perinatal y neonatal en el la región de Salud de Veraguas.

2.8.2. ESPECÍFICOS

- Identificar y manejar oportunamente las principales emergencias obstétricas y neonatales.
- Referir oportunamente a las pacientes con complicaciones.
- Proveer servicios de salud sexual y reproductiva y cuidados obstétricos y neonatales con calidad y calidez.

2.9. LOCALIZACIÓN

El proyecto se desarrollara en la Región de Salud de Veraguas, abarcando enfermeras de las áreas más vulnerables; Cañazas, Los Ruices, Santa Fe, Las Palmas, Soná, Mariato, Calobre, San Francisco y Santiago cabecera por ser el nivel de referencia.

Las actividades de docencia teórica presencial se desarrollaran en el salón de conferencia de la región de Salud de Veraguas.

2.10. LIMITACIONES

La limitación más relevante para la realización del Seminario Taller es la limitante económica, ya que el mismo requiere de mucha logística, insumos y materiales tanto didácticos como de oficina.

2.11. BENEFICIARIOS DEL PROYECTO

2.11.1. DIRECTOS. Los beneficiarios directos del proyecto serán las enfermeras generales, obstetras y pediatras que están laborando en las salas de parto y neonatología de hospitales de Segundo Nivel de Atención y Centros de Salud que ofertan los servicios de cuidados obstétricos y neonatales.

2.11.2. INDIRECTOS. Mujeres en edad reproductiva y embarazada, niños, niñas y familias de las áreas del proyecto.

Cuadro N° 15. Enfermeras participantes del proyecto por distritos e institución donde laboran. Veraguas 2008.

Distritos donde laboran	Total	Enfermeras	
		Generales	Especialistas
Total	17	6	11
Cañazas	2	-	-
Hospital Francisco Javier	2	1	1
Las Palmas	2	-	-
C/S de Las Palmas	1	-	1
C/S de Los Ruices	1	-	1
Santa Fe	2	-	-
C/S de Santa Fé	1	1	-
C/S de Río Luis	1	-	1
Calobre	1	-	-
C/S de Calobre	1	1	-
San Francisco	1	-	-
C/S de San Francisco	1	1	-
Soná	2	-	-
Hospital Ezequiel Abadía	2	-	2
Mariato	1	-	-
C/S de Mariato	1	1	-
Santiago	3	-	-
Región de Salud	1	-	1
C/S La Peña	1	-	1
Policlínica Horacio Díaz Gómez	1	-	1
La Mesa	1	-	-
C/S de La Mesa	1	1	-
Atalaya	2	-	-
Hospital Luís Fábrega	2	-	2

Fuente: Archivos. Oficina de Enfermería. Región de Veraguas.

2.12. META EL PROYECTO

15 enfermeras que laboran en la región de salud de Veraguas, actualizadas sobre cuidados obstétricos y neonatales esenciales y de emergencias.

2.13. POSIBLES RESULTADOS Y EFECTOS DEL PROYECTO

- Presentado el proyecto y sensibilizadas las autoridades del MINSA, Universidad de Panamá, sobre la importancia de la ejecución de un programa de actualización sobre cuidados obstétricos y neonatales esenciales y de emergencias, basado en evidencias científicas, para enfermeras generales, obstetras y pediatras de la región de salud de Veraguas.
- Desarrollado un seminario taller sobre cuidados obstétricos y neonatales esenciales y de emergencias, en la región de salud de Veraguas para enfermeras generales y especialistas.
- Fortalecidos los conocimientos, habilidades y destrezas en cuidados obstétricos y neonatales esenciales y de emergencias de quince (15), enfermeras generales, obstetras y pediatras del primer y segundo nivel de atención de la provincia de Veraguas.
- Quince (15) enfermeras de la provincia motivadas a ofertar servicios y cuidados obstétricos y neonatales de calidad y calidez.
- Mejorada la salud materna de las mujeres en la provincia de Veraguas.
- Disminuida las muertes y morbilidades maternas y perinatales en la región de Veraguas.

2.14. RECURSOS

2.14.1. INFRAESTRUCTURA

Para la educación continua las probables aulas de clases y campos clínicos lo constituyen los espacios físicos de las diversas instancias de salud con que cuenta el Ministerio de Salud de la siguiente manera:

- **Aulas de clases**

La sesión presencial curso se desarrollara en el salón de Conferencia de la región de Veraguas.

- **Recursos didácticos.**

Este proceso de capacitación requiere de la revisión, impresión y reproducción de material bibliográficos de referencias, módulos de auto instrucción con que se cuenta y adecuación de los mismos.

Se requiere contar con data show, computador, cartulinas, CD, hojas blancas, folder, lápices, marcadores, maskin tape y papel periódico.

- **Recurso Humano (Docente)**

Se requiere docente de tiempo completo para la fase presencial, con el fin de mantener una coordinación efectiva y conservar la secuencia en el conocimiento que se imparte y en el desarrollo de destrezas de los participantes. Además la participación de un facilitador especializado, tiempo parcial dos horas (2) para el desarrollo del módulo de motivación y un invitado especial para reforzar la temática, máximo dos horas (2).

Recurso Humano	Horas	Días (jornadas de 8 horas)	Costo/Hora	Costo total
3 Facilitadores según salario	40 horas	5 jornadas		
Uno tiempo completo			B/100.00	B/100.00
Dos (1 hora cada uno)			B/ 20.00	B/ 40.00

2.15. PRESUPUESTO DEL PROYECTO

Actividades	Costos / B/
Impresión de encuestas.	4.80
Reproducción de material impreso.	43.86
Material de oficina y didácticos (papel, lápices, fólder, cartulina de colores, CD y otros)	31.66
Impresión del borrador.	5.10
Refrigerio y almuerzo	260.00
Facilitador	140.00
Papel algodón para impresión de informe final	7.95
Cartucho de tinta para la transcripción del informe final	49.30
Impresión del informe final	5.50
Encuadernado del informe final.	15.00
Imprevisto.	50.00
Total.	613.17

2.16. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Plan de Trabajo del Proyecto

El plan de trabajo de las actividades del proyecto se presenta en una gráfica de Gant.

Años Meses Semanas Actividades	Año 2008											
	Julio				Agosto				Septiembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Diagnóstico												
Identificación del problema		X										
Diseño del proyecto de Investigación			X									
Elaboración del Cronograma			X									
Presentación del proyecto a institución seleccionada				X								
Revisión fuentes documentales				X								
Diseño de instrumentos				X								
Validación de instrumentos					X							
Aplicación de encuesta					X	X						
Revisión de bibliografía						X						
Procesamiento de información						X	X					
Análisis de información						X	X					
Presentación de datos estadísticos						X	X					
Integración de la información						X	X					
2. Elaboración de proyecto educativo							X					
Transcripción del Proyecto								X				
Defensa del Proyecto								X				
Ajuste del Proyecto						X	X	X	X			
3. Ejecución del Proyecto Educativo												
Coordinación y organización de la activ. Educ.						X	X					
Elaboración del programa, estrategias y mat. did.						X	X					
Desarrollo del temario								X	X			
Elab. del informe borrador / Preparación de PP									X	X	X	
Presentación en plenaria												X
Entrega de informe final												X

FASE III.
EJECUCIÓN DEL PROYECTO EDUCATIVO

3.1. PLANEACIÓN DE LOS MÓDULOS DEL CURSO.

El Curso se desarrollará en cinco (5) módulos, cuya planeación contempla los objetivos generales, específicos, los contenidos, las estrategias metodológicas y los recursos para cada uno de ellos.

Los módulos desarrollados:

1. Orientación General del curso y Motivación.
2. Salud Sexual y Salud Reproductiva.
3. Maternidad Segura (Cuidado de la embarazada, Vigilancia del trabajo de parto, asistencia del parto y cuidados del pos post parto).
4. Manejo y tratamiento oportuno de las complicaciones obstétricas.
5. Cuidado del recién nacido y Reanimación Neonatal. Manejo y tratamiento oportuno de las complicaciones neonatales.

Se planificó y elaboró el contenido de cada bloque temático en varios temas, para mejor desarrollo del módulo, distribuidos en cinco jornadas de 8 horas..

3.2. ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS UTILIZADAS

La estrategia didáctica principal utilizada fue un seminario taller interactivo, participativo con apoyo de presentación en multimedia, videos, manual de autoinstrucción, material impreso, referencias bibliográficas actualizadas y la participación de facilitadores expertos en los temas.

Se desarrolló el seminario taller mediante exposiciones dialogadas, conferencias modificadas, conversatorios, dinámicas de animación, sociodrama, preguntas y respuestas, estudio y análisis de casos, lecturas dirigidas en grupos, lecturas

individuales, resolución de problemas, prácticas, observación y discusión de video, reflexión sobre temas y presentación en plenaria.

3.3. PRIMERA JORNADA. PLAN MODULO I

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

BLOQUE TEMÁTICO: Orientación general del curso y motivación

OBJETIVO PARTICULAR: Motivar a las enfermeras para el curso y desarrollo profesional

DURACIÓN: 8 horas

28/8/2008

Contenidos	Objetivos de aprendizaje	Estrategias de aprendizaje	Evaluación
1. Presentación de los objetivos, generalidades y metodología del curso roles y reglas del curso 2. Motivación - Definición del concepto. - Factores Motivadores - Factores de Higiene e Insatisfacción - Fuentes de satisfacción - Fuentes de Insatisfacción 3. Autoestima - Definición de Autoestima - Estrategias para fortalecer la autoestima	1.1 Describir las generalidades del curso 2.1. Definir el concepto de Motivación 2.2. Analizar las fuentes de satisfacción e insatisfacción en enfermería. 2.3. Identificar los factores Motivadores de Higiene e insatisfacción 3.1. Definición breve de la autoestima 3.2. Enumerar las estrategias básicas para alimentar la autoestima. 3.3. Practicar ejercicios que desarrollan la autoestima	Escucha las explicaciones de la profesora Responde las preguntas que hacen la profesora Realiza lectura comprensiva, individual o en grupo. Realiza por escrito estudio de caso, individual o en grupo. Resuelve problemas del módulo Discuten en grupo las respuestas del estudio de caso.	¿Qué evaluar? Conceptual Procedimental Actitudinal ¿Cómo evaluar? Escrito Oral ¿Cuándo evaluar? Inicial: Preguntas orales Proceso: Estudio de caso Producto: Contratación grupal de respuestas de análisis de estudio de caso

Bibliografía

- 1 Oliveira, Paulo de. **Técnicas de Liderazgo hoy**. San Pablo 1993
- 2 Paciotti, Iris. **El amor como terapia**. San Pablo. 1998
- 3 Fisher, Robert. **El Caballero de la Armadura Oxidada**. 59 Edición. Ed Obelisco. 2001

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION
MÓDULO Nº 1

Contenidos	Objetivos de aprendizaje	Estrategias de aprendizaje	Evaluación
4. Liderazgo - Habilidades de un líder - Funciones de un líder 5. Comunicación - Conceptos - Barreras más importantes en la comunicación interpersonal - Sugerencias para mejorar la comunicación	4.1. Enumerar las habilidades de un líder 4.2. Describir las funciones de un líder 5.1. Definir conceptos de comunicación. 5.2. Enumerar las barreras más importantes en la comunicación interpersonal	Escucha las explicaciones de la profesora Responde las preguntas que hacen la profesora Realiza lectura comprensiva, individual o en grupo. Discuten y analizan el tema en grupo Contrasta con el grupo las respuestas del estudio de caso, individual o en grupo.	¿Qué evaluar? Conceptual Procedimental Actitudinal ¿Cómo evaluar? Escrito Oral ¿Cuándo evaluar? Inicial: - Preguntas orales Proceso: Estudio de caso Producto: Contrastación grupal de respuestas del laboratorio o estudio de caso

Bibliografía

1. Andreasen, Nancy et al. **Introductory Textbook of Psiquiatry**. Second Edition American Psychiatric Press.
2. Ayuso G, José Luis; Carulla. **Manual de Psiquiatría**. Ed. Interamericana/McGraw-Hill. 1992.
3. Reeve, JohnMarshall. **Motivación y Emoción**. McGraw Hill. 1994.
4. Fisher, Roger & Ertel Danny. **Si de acuerdo. En la Práctica**. Editorial Norma. 1998.

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
Extensión Docente de Soná



**SEMINARIO - TALLER
CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y
NEONATALES ESSENCIALES Y DE EMERGENCIAS**

FACILITADORA
AMARELIS QUINTERO
qamarelis@hotmail.com



salud

HOJA DE VIDA

ACADEMIA

- Licenciada en ciencias de enfermería
- Especialista en enfermería materno infantil
- Profesorado de educación media
- Post grado en salud sexual y reproductiva
- Maestría en alta gerencia de los servicios de salud
- Postgrado en docencia superior
- Maestría en docencia superior (práctica profesional)

EJERCICIO PROFESIONAL

1 AÑOS DE SERVICIO

- Enfermera Jefe Centro de Salud de Río de Jesús
- Enfermera Jefe Policlínica Horacio Díaz Gómez
- Enfermera Jefe Clínica Especializada
- Enfermera Jefe Servicio de Maternidad
- Coordinadora de Enfermería Programa Materno Infantil, Veracruz
- Coordinadora Nacional de Enfermería Programa de Niñez y SS y R.

MÓDULO 1

PRESENTACIÓN GENERAL DEL CURSO

INTRODUCCIÓN

OBJETIVO DEL MÓDULO

- Motivar a las enfermeras para la participación activa durante el desarrollo del curso y para la vida profesional

SESIÓN DE PRESENTACIÓN

Dinámica: **BUSCANDO MI OTRA MITAD**

Instrucciones:

- Ir a la mesa y tomar una figura
- Entre los participantes buscar la mitad de la figura
- Cuando se encuentran las mitades, presentarse uno a otro y analizar la pintura.
- En plenaria uno presenta al otro y viceversa, y de manera breve exponer el análisis de la pintura.

¿PORQUE SE DESARROLLA EL CURSO?

La urgencia obstétrica es una situación crítica que se produce en los eventos de la salud reproductiva, generada por muchos factores de vida, así como por la insuficiente y deficiente atención prenatal, por la carencia de asistencia profesional del parto y el post parto o por la asistencia inadecuada.

La confrontación de la realidad educativa del personal de salud con las situaciones prevalentes en las diversas Regiones de Salud, llevan a la formulación y ejecución de una propuesta educativa de actualización sobre "Cuidados obstétricos y neonatales esenciales y de emergencias, basados en evidencias,



OBJETIVOS DEL CURSO

- Fortalecer los conocimientos, habilidades y destrezas enfermeras generales y especialistas que laboran en el primer y segundo nivel de atención, para que puedan ofrecer cuidados obstétricos y neonatales esenciales y emergencia con calidad
- Contribuir con la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

CONTENIDO

Se desarrollarán 5 módulos

- Orientación general y motivación
- Salud sexual y reproductiva
- Maternidad Segura
- Complicaciones obstétricas
- Atención del nacimiento y complicaciones neonatales

ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

- ❖ Exposición dialogada, interactiva
 - ❖ Lectura individual y grupal
 - ❖ Estudio y análisis de casos
 - ❖ Laboratorio, demostración
 - ❖ Discusión en grupo
 - ❖ Reflexión
 - ❖ Presentación en plenaria
 - ❖ Preguntas y respuestas
 - ❖ Informe escrito
- Herramientas de apoyo
- ❖ Multimedia
 - ❖ Material impreso (Guía)
 - ❖ Referencias bibliográficas

ESTRATEGIAS DE EVALUACION

Trabajos individuales: Informes escritos
Trabajos Prácticos

Trabajos Grupales: Informes escritos
Presentación oral en plenaria

Auto y Co evaluaciones:

Para la validación de las horas virtuales, será mediante un trabajo escrito se entregará en la fecha convenida

Informe: _____

Fecha: _____

FUNCIONES

De los facilitadores:

Proporcionar información

Hacer y contestar preguntas

Facilitar debates y actividades

Asegurar que el grupo cumpla sus tareas a tiempo

Dar ejemplo de las habilidades de capacitación eficaz

Mantener un ambiente de aprendizaje seguro.

De los participantes:

Participar plenamente

Compartir conocimientos y experiencias con los facilitadores y demás participantes

Colaborar con el equipo para el desarrollo del curso.

Cumplir con las asignaciones académicas

Cumplir con las tareas del reloj.

FORMACIÓN DE LOS GRUPOS DE TRABAJOS

Se formaran cuatro grupos de 4, para la realización de tareas

Los grupos tomarán una golosina, luego formaran los grupos, los participantes con las mismas golosinas.

Chocolates: grupo 1

Malvas: grupo 2

Caramelo: grupo 3

Mani: grupo 4

Y se denominaran Grupo de evaluadores, grupo de logística, grupo de animadores, grupo de recursos.

Cada día los grupos desarrollaran las 4 tareas de acuerdo a la manecilla del reloj (Fórmula del Reloj de Tareas)

RELOJ DE TAREAS



NORMAS DEL GRUPO

- Hablar uno a la vez dar tiempo de hablar a cada persona
- Confidencialidad
- Aceptar las diferencias de opinión de manera respetuosa
- Valorar las opiniones y las perspectivas propias de cada persona
- Tomar riesgos salirse de su zona de confort
- Empezar y acabar a tiempo (hora de entrada y salida)
- Apagar los celulares y beepers
- Respetar los aportes de todos
- Preguntar cuando lo crea necesario
- Hablar por sí mismo
- Encargarse de su propio aprendizaje
- Divertirse aunque el tema sea aburrido

RESULTADOS DEL SEMINARIO TALLER

- CONOCIMIENTOS FORTALECIDOS
- EXPERIENCIA COMPARTIDA
- CERTIFICADO DE 40 HORAS PRESENCIALES Y 80 HORAS VIRTUALES

VAMOS AL MÓDULO 2



3.3.1. CONTENIDO DEL PLAN. ORIENTACIÓN GENERAL Y MOTIVACIÓN

1. 1. GENERALIDADES DEL CURSO

Presentación de los objetivos generalidades y metodología del curso roles y reglas del curso.

1.1.1. Sesión de presentación

Dinámica: BUSCANDO MI COLOR.

Instrucciones:

1. Ir a la mesa y tomar un Cartoncito de color.
2. Entre los participantes buscar el color igual.
3. Cuando se encuentran, presentarse uno a otro y conversar sobre las expectativas del taller.
4. En plenaria uno presenta al otro y viceversa, y de manera breve exponer sobre las expectativas del taller que tiene del seminario.

1.1.2. Introducción al temario

La urgencia obstétrica es una situación crítica que se produce en los eventos de la salud reproductiva, generada por muchos factores de vida, así como por la insuficiente y deficiente atención prenatal, por la carencia de asistencia profesional del parto y el post parto o por la asistencia inadecuada.

La confrontación de la realidad educativa del personal de salud con las situaciones prevalentes en las diversas Regiones de Salud, llevan a la formulación y ejecución de una propuesta educativa de actualización sobre

"Cuidados obstétricos y neonatales esenciales y de emergencias, basado en evidencias.

1.1.3. Objetivos del curso

- Fortalecer los conocimientos, habilidades y destrezas enfermeras generales y especialistas que laboran en el primer y segundo nivel de atención, para que puedan ofrecer cuidados obstétricos y neonatales esenciales y emergencia con calidad.
- Contribuir con la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

1.1.4. Estrategias metodológicas

Entre las estrategias metodológicas se utilizará la exposición dialogada, interactiva, la lectura individual y grupal, el estudio y análisis de casos, laboratorio, demostración, se promoverá la discusión en grupo, la reflexión, presentación en plenaria, preguntas y respuestas.

Las herramientas de apoyo que se tendrá: El multimedia, video, material impresas, guías, y referencias bibliográficas.

1.1.5. Estrategias de evaluación

Trabajos individuales: Informes escritos, trabajos Prácticos.

Trabajos Grupales: Informes escritos, presentación oral en plenaria.

Para la validación de las horas virtuales, será mediante un trabajo escrito se entregara en la fecha convenida.

Informe: Práctica 12 al 17 del Manual de Auto instrucción sobre Emergencias Obstétricas y Perinatales.

Fecha de entrega de trabajo: 14 de septiembre de 2008.

1.1.6. Funciones

De los facilitadores:

- Proporcionar información.
- Hacer y contestar preguntas.
- Facilitar debates y actividades.
- Asegurar que el grupo cumpla sus tareas a tiempo.
- Dar ejemplo de las habilidades de capacitación eficaz.
- Mantener un ambiente de aprendizaje seguro.

De los participantes:

- Participar plenamente.
- Compartir conocimientos y experiencias con los facilitadores y demás participantes.
- Colaborar con el equipo para el desarrollo del curso.
- Cumplir con las asignaciones académicas.
- Cumplir con las tareas del reloj.

1.1.7. Formación de los grupos de trabajos

Se formaran cuatro grupos de 4, para la realización de tareas.

Los grupos tomarán una golosina, luego formaran los grupos, los participantes con las mismas golosinas.

Chocolates: grupo 1

Malvas: grupo 2

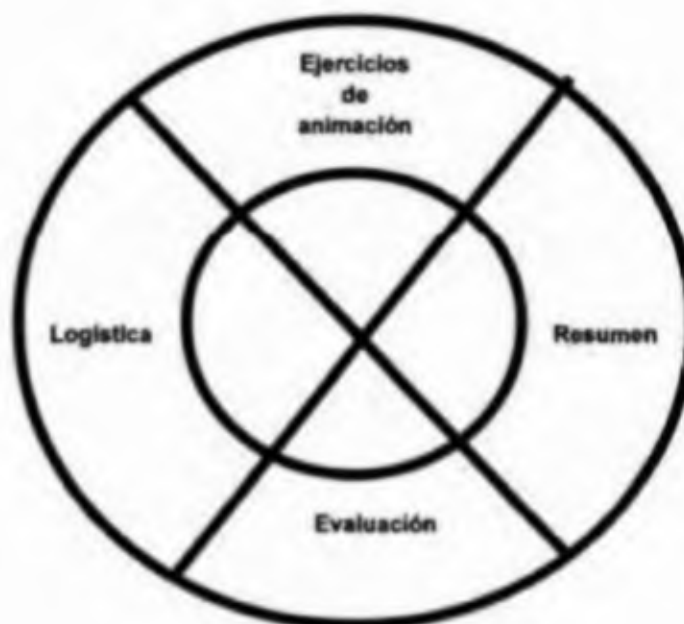
Caramelo grupo 3

Maní grupo 4

Se denominaran: Grupo de evaluadores, grupo de logística, grupo de animadores, grupo de resumen.

Cada día los grupos desarrollaran las 4 tareas de acuerdo a la manecilla del reloj
(Técnica del Reloj de Tarea)

RELOJ DE TAREAS



1.1.8. Normas del Grupo

- Hablar uno a la vez dar tiempo de hablar a cada personal.
- Confidencialidad.
- Aceptar las diferencias de opinión de manera respetuosa.
- Valorar las opiniones y las perspectivas propias de cada persona.

- Tomar riesgos salirse de su zona de confort.
- Empezar y acabar a tiempo (hora de entrada y salida).
- Apagar los celulares y beepers.
- Respetar los aportes de todos.
- Preguntar cuando lo crea necesario.
- Hablar por si mismo.
- Encargarse de su propio aprendizaje.
- Divertirse aunque el tema sea aburrido.

1.1.9. Que resultados se esperan del seminario taller

- Conocimientos sobre cuidados obstétricos y neonatales fortalecidos.
- Experiencias compartidas.
- Enfermeras sensibilizadas y motivadas para ofrecer cuidados con calidez y calidad.

1.2. MOTIVACIÓN

1.2.1. Concepto de motivación

La motivación es un proceso dinámico que lleva a realizar o no una acción. Se expresa mediante conductas abiertas, fisiológicamente o puede ser informada por quien la percibe. Algunos dividen los factores motivacionales en intrínsecos (del individuo) y extrínsecos (del ambiente hacia el individuo).

- **Factores Motivadores:** Se han definido algunos factores motivadores:

- **Sentido de realización:** Este sentido no depende de la actividad sino del valor psicológico que se le da a la misma. De esta manera un trabajador manual puede sentir que su actividad le genera un sentido de realización al

constituirse en el pilar de una empresa, pues sin él no se podría trabajar. Es un factor subjetivo e intrínseco.

- **Reconocimiento:** Dependiente de quienes nos rodean, puede darse a través de estímulos tangibles (dinero, diplomas) o intangibles (afecto, aprecio, más responsabilidad).
- **Trabajo en sí mismo:** El conocer personas, el sentirse importante, el poder de ayudar, la novedad en cada día. Son todas estas características de algunos trabajos que lo hacen factores motivacionales y se contraponen al trabajo rutinario y monótono. Es un factor extrínseco.
- **Progreso potencial:** Va ligado a condiciones externas, es un factor extrínseco.
- **Posibilidad de Crecimiento:** Es subjetivo, aunque depende de factores externos, es modificable por la actitud interna. (extrínseco e intrínseco).

Factores de Higiene e Insatisfacción: Algunos autores definen los factores de higiene como aquellos que si están presentes no motivan, pero cuya ausencia genera insatisfacción. Entre ellos están:

- **Condiciones laborales:** Si son favorables no motivan, si son desfavorables desmotivan.
- **Políticas:** Las políticas que favorecen el desarrollo individual y profesional se constituyen en derechos que si son favorables dejan de ser estímulos, y si no lo son generan insatisfacción laboral.
- **Supervisión:** la falta de supervisión desmotiva. Sin embargo, su presencia no es factor que motive.
- **Relaciones Interpersonales:** Cuando son buenas no se percibe como motivadoras. Si son malas desmotivan.
- **El Salario:** Nadie bien pagado considera su salario como una motivación. En cambio si se siente mal pagado lo considera la razón principal de su desmotivación.

- **El estatus:** La falta de valoración social del puesto genera insatisfacción. El estatus valorativo positivo se considera un derecho adquirido y no motiva.
- **Seguridad:** la falta de estabilidad laboral desmotiva. En contraste la seguridad no motiva.

- **Fuentes de insatisfacción.** En el caso del personal de enfermería se han descrito algunas fuentes particulares que generan insatisfacción, que pueden ser extendidas al resto del equipo de salud:

- **Pobre Planificación y Comunicación:** el personal de enfermería exige una buena planificación de las actividades y canales de comunicación adecuados. De no darse lo anterior se da insatisfacción.
- **Reglas y Regulaciones confusas:** La falta de claridad en las reglas produce insatisfacción laboral.
- **Presión no razonable:** Se ha evidenciado que estilos de liderazgo autocrático en el ámbito de enfermería les genera estrés e insatisfacción laboral.
- **Trabajo Excesivo:** Esta es una de las variables que se asocia al Síndrome de Desgaste Profesional.
- **Personal Médico no cooperativo:** La relación médico enfermera es inherente a la profesión y la mala relación entre estos actores genera insatisfacción laboral.
- **Realización de Tareas ajenas a enfermería:** esto genera la sensación de abuso laboral y desmotiva.
- **Trabajar bajo la supervisión de directivos no calificados:** en algunos estudios las enfermeras han señalado este factor como fuente de desmotivación.

- **Fuentes de satisfacción.** Al igual que el resto de las personas el sentido de realización, el potencial de progreso y el reconocimiento son fuentes de

satisfacción y motivación laboral. Otras fuentes que se han señalado son: Desafío en el trabajo, la autonomía, la autoridad, entorno laboral agradable, horario conveniente, planificación de actividades adecuada.

1.2.2. AUTOESTIMA

Definición: La autoestima es el conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones sentimientos y tendencias conductuales dirigidas a nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y comportarnos, hacia los rasgos de nuestro cuerpo y de nuestro carácter. en resumen es la percepción evaluativa de nosotros mismo.

Estrategias para fortalecer la autoestima.

- **Afirmación recibida:** La afirmación recibida es brindada inicialmente por los padres hacia los niños, es necesaria en todas las etapas de la vida. John Powell, conocido divulgador de psicología, señala que cuando alguien le alaba sinceramente, él, en lugar de atenuar sus propios méritos, como suele hacerse, responde: "Extiéndase, por favor, extiéndase".
- **Afirmación propia:** A medida que crecemos, podemos y debemos depender menos de la afirmación que nos viene de fuera, y nos conviene aprender a afirmarnos a nosotros mismos: pensar positiva y realísticamente de nosotros; tomar conciencia de nuestros puntos fuertes y débiles. Comprendernos y perdonarnos; en vez de culpabilizarnos, condenarnos y castigarnos a nosotros mismos. Expresar clara y abiertamente nuestras opiniones y sentimientos de manera apropiada. Defender nuestros derechos sin lesionar los ajenos. Extender nuestras posibilidades, potenciar nuestros

talentos y cuidar solícitamente de nuestro bienestar físico, psíquico y espiritual.

- **Afirmación compartida:** La persona que se autoestima de verdad tiende a propiciar la autoestima de aquellos con quien se relaciona. Es bueno dar afirmación a los demás.

1.2.3. LIDERAZGO

- Habilidades de un líder

- **Técnicas:** Conocimiento y la capacidad de una persona en cualquier tipo de proceso.
- **Humanas:** Capacidad para trabajar eficazmente con las personas y obtener resultados del trabajo en equipo.
- **Conceptuales:** Capacidad para pensar en términos de modelos, marcos de referencia y relaciones amplias. (Planes Estratégicos).

- Funciones de un líder

- **Entusiasmar:** Transmite energía a quienes lo rodean.
- **Facilitar la Expresión de Sentimientos:** Expresa y permite que los demás expresen sus sentimientos.
- **Armonizar:** Busca el consenso no el conflicto.
- **Comprometer:** se compromete y compromete a los demás.
- **Facilitar la Comunicación:** Crea un ambiente que favorece la comunicación
- **Establecer Reglas:** fomenta la estructura, el orden y las reglas como un medio útil para alcanzar el fin deseado.

1.2.4. COMUNICACIÓN

Conceptos de comunicación

Comunicación: De manera muy simple es el proceso por el cual un ser vivo emite una señal o mensaje que es recibido por otro ser vivo generando o **no una respuesta.**

Comunicación asertiva: Es aquella comunicación que le permite la transmisión de ideas y puntos de vista de una persona a otra sin lesionar la autoestima del receptor.

Barreras más importantes en la comunicación interpersonal

- Falta del hábito de escuchar.
- Roles, normas y valores que provocan una percepción selectiva y limitada de la situación.
- Filtrado de la información (solo se comunica una parte de lo que se sabe, piensa, entre otras).
- Imprecisión en el lenguaje, connotaciones de las palabras, etc.
- Indefinición de los objetivos de la comunicación.
- Perturbaciones emocionales, necesidades personales, etc., que provocan una selectividad en la percepción, distorsiones (ideas irracionales, atribuciones, prejuicios).
- Interferencias fisiológicas (trastornos perceptivos, cansancio, edad, etc.).
- Elección de un momento inadecuado.
- Acusaciones, amenazas, exigencias, sarcasmo.
- Consejo prematuro y no solicitado.
- Declaraciones del tipo "deberías", "no te gustará", etc.

- Sugerencias para mejorar la comunicación

Para mejorar la comunicación la escucha activa es muy importante, por eso se debe adquirir el hábito de escuchar; la comunicación es entre personas y debe ser flexible, abierta. Se debe evitar la desconfianza evitando la omisión de información relevante. Utiliza un lenguaje preciso, determina objetivos de la comunicación y la estrategia para alcanzar, utilizando los canales adecuados, eligiendo el lugar y momentos adecuados.

GUÍA DEL TALLER

1. Presentar video de Superación Personal.
2. Power Point Motivación 2008.
3. Presentar Video Omnilife.
4. Tarea 1: Dar tarea de Liderazgo. (Anexo 1).
5. Presentar Video de En el vientre materno.
6. Presentar Video de Desarrollo Embrionario.
7. Presentar Video de Creation.
8. Power Point. Abordaje del evento adverso, fetal, neonatal y materno.

3.4. SEGUNDA JORNADA. PLAN MÓDULO 2

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

BLOQUE TEMÁTICO: Salud Sexual y Reproductiva

OBJETIVO PARTICULAR: Analizar los diferentes conceptos de la salud sexual y reproductiva.

DURACIÓN: 2 horas

Fecha: 28/8/2008

Contenidos	Objetivos de aprendizaje	Estrategias de aprendizaje	Evaluación
1. Salud Sexual y Reproductiva, enfoque de derechos - Conceptos de Sexualidad, Salud Sexual, Salud Reproductiva. 2. Perspectiva de género con respecto a la salud y enfermedad.	1.1. Criticar la situación de salud sexual y reproductiva 2.2. Analizar los diferentes conceptos de la salud sexual y reproductiva. 3.3. Analizar la salud sexual y reproductiva ante la perspectiva de género	Escuchan las explicaciones de las profesoras Responden las preguntas que hacen las profesoras Realizan lectura comprensiva, individual o en grupo. Representan roles sociales. Realizan análisis de casos Realizan discusión de grupo Realizan presentación en plenaria	¿Qué evaluar? Conceptual Procedimental Actitudinal ¿Cómo evaluar? Escrito Oral ¿Cuándo evaluar? Inicial: Preguntas orales Proceso: Estudio de caso Producto: Contrastación grupal de respuestas del laboratorio o estudio de caso

Bibliografía

1. OMS. (1993) La Salud Materna. Un perenne desafío. Serie de Publicaciones para la Salud N° 1. Washington D.C.
2. OMS (2000) Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción. Guatemala.
3. OMS/OPS (2006) Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional. Washington D.C

3.4.1. CONTENIDO DEL PLAN. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ENFOQUE DE DERECHOS

En el plano individual, la salud sexual es una constante a lo largo de todo el ciclo de la vida. Se extiende a las familias y a los grupos comunitarios y tiene que ver con la interacción entre la población y el ambiente.

La búsqueda de la disminución de la muerte materna y un fortalecimiento de la calidad de vida de mujeres y hombres a través de todas las etapas del ciclo vital del desarrollo humano, han marcado un reto sobre el debate de una nueva perspectiva de la salud sexual, reproductiva.

Conceptos de Sexualidad, Salud Sexual, Salud Reproductiva.

- **Sexualidad Humana**

La sexualidad es una necesidad humana, que involucra esferas más amplias; en el aspecto biológico, psicológico, espiritual y socio cultural, expresada a través del cuerpo, y define la base de la masculinidad o femineidad; la auto imagen y el desarrollo de la personalidad.

- **Salud Sexual**

La salud sexual plantea que la personalidad humana se expresa de mil maneras, una de ella de carácter esencial, es la sexualidad.

El término de “salud sexual”, se refiere a la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.¹⁰

Salud Sexual se define: “como la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo, que no incluye como elemento indispensable la procreación, porque en esencia, la sexualidad se desarrolla en la comunicación, en la convivencia y en el amor entre las personas.”

- **Salud Reproductiva**

“Como el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia.”

Derechos Humanos

Los derechos humanos consagran el principio fundamental de la igualdad de todos y la no discriminación de nadie, por ningún motivo, basadas en distinciones de raza, sexo, idioma, etc., o por cualquier otra condición. Es decir, los derechos humanos afectan la vida cotidiana de toda persona: hombre, mujer y niño/ a.

Concepto: Los derechos humanos son un conjunto de normas, leyes o costumbres que tienen como finalidad reconocer y proteger a los seres humanos en su relación individual, social y como parte de un país a fin de que desarrolle una vida plena y digna.

Los derechos son inherentes a los seres humanos; empero, el reconocimiento de los derechos inherentes no crea derechos per se.

A nivel Regional de América Latina, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en el artículo XI formula el derecho a la preservación de la salud y al bienestar. La Convención Interamericana sobre Derechos Humanos garantiza el derecho a la salud como derecho social de carácter progresivo, es decir, que los Estados Partes al adoptar medidas internas y de cooperación internacional asegurarán el desarrollo de éste derecho.

- **Derechos Sexuales y Reproductivos**

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos de construcción reciente, basados en la libertad sexual y reproductiva, son derechos humanos fundamentales y universales. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico se fundamenta su construcción en *La declaración de los derechos humanos*, que formula éste derecho así:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especial. Todos los niños, nacidos de matrimonio, tienen derecho igual a protección social.”

El enfoque de los derechos humanos en materia de promoción de la salud se ha estipulado explícitamente en el caso de la promoción de la salud reproductiva.

Es así como la salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos.

De tal manera que los servicios y la atención en salud sexual y reproductiva se implementan para: "...mejorar la vida de la mujer trabajando por su salud reproductiva, con base en el principio de que toda mujer tiene derecho al más alto nivel posible de salud, a opciones seguras en su vida reproductiva y a una atención de alta calidad.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) estableció el contexto y el contenido de los derechos de procreación o derechos reproductivos, reconociendo como tales los siguientes.

- El derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello.
- El derecho a alcanzar el más alto nivel de salud sexual y reproductiva.
- El derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia.

Entre salud y derechos humanos puede existir una línea divisoria de violación e incumplimiento de derecho o la vigencia del derecho a la salud con todas las connotaciones que se derivan de una atención oportuna, sin distinción de ninguna clase, humana y digna. Estos derechos se violan cuando:

El personal de salud hace observaciones o preguntas impertinentes a las mujeres en situación de aborto, cuando actúan con base en prejuicios o estereotipos sexistas, y al interponen sus juicios y opiniones personales a la

prestación del servicio, cuando imponemos nuestro criterio en relación al número de hijo, cuando se viola el derecho a la información.

Sesión de preguntas y asignación de tareas

Leer, discutir y analizar en grupo los siguientes documentos impresos

1. Conceptos de Salud Sexual. (Anexo 2).
2. Derechos Sexuales y Reproductivos (Anexo 3).
3. Datos sobre la salud y los derechos reproductivos. (Anexo 4).
4. El derecho a la salud (Anexo 5).

Utilizando las técnicas el papelógrafo y plenaria. Tiempo 15 minutos.

2- PERSPECTIVA DE GÉNERO CON RESPECTO A LA SALUD Y ENFERMEDAD.

La mejora en las condiciones de salud de las madres constituye un elemento importante en la participación familiar, social y productiva de un país. Por ello la reducción o eliminación de toda clase de discriminación es tema de intervención urgente, a lo largo de todo el ciclo de vida, ya que tal efecto permitirá la participación efectiva de la mujer.

El enfoque de género reconoce la existencia de relaciones desiguales entre hombres y mujeres y al mismo tiempo, busca su transformación para alcanzar la igualdad y equidad.

Los estudios han demostrado, que desde temprana edad se establecen diferencias en el trato hacia los hombres y las mujeres.

Género salud y desarrollo:

Con el abordaje de “*género en salud*” emerge y se visibiliza el patrón de necesidades, roles, riesgos, responsabilidades y recursos disponibles, según sexo dentro de un determinado sistema.

Con éste abordaje entre género, salud y desarrollo aparece la noción de una sociedad igualitaria en el cual el hombre y mujer participan equitativamente en la distribución de los beneficios del desarrollo, en este sentido la salud es un componente esencial de hombres y mujeres por igual.

La igualdad de género: Significa que:

- Los hombres y las mujeres tienen la misma capacidad de ejercer su derecho a la salud y desarrollar su potencial para estar sanos.
- Contribuir y tener control de su desarrollo saludable.
- Beneficiarse de los adelantos médicos y tecnológicos.
- Tomar decisiones sobre sus necesidades y atención de salud.
- Participar en la toma de decisiones que afecta a su salud y a la de sus hijos.

La igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, son fundamento para lograr que los niños y las mujeres gocen de salud.

Equidad de género en salud

Significa, la ausencia de disparidades evitables e injustas entre hombres y mujeres, tener las mismas oportunidades de gozar buenas condiciones de vida y servicios de salud y una distribución diferencial de recursos y servicios de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo.

Género: El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente y en las sociedades contemporánea, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer. Se define: *“como la suma de valores, actitudes, papeles, práctica o características culturales basadas en el sexo.”*¹¹

Identidad de género

Determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.

Define el grado en que cada persona se identifica como masculino o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia, interno construido a través el tiempo, que permite a los individuos organizar un auto concepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género

Sesión de preguntas y asignación de tareas

Trabajo de grupo, Tiempo 15 minutos

Lean, discutan, resuman y exponga su punto de vista en relación al tema:

- Equidad de género en salud (Anexo 6).
- Las dimensiones de la equidad de género en el ámbito de la salud (Anexo 7).

3.5. TERCERA JORNADA - PLAN MÓDULO 3

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

BLOQUE TEMÁTICO: Maternidad Segura

OBJETIVO PARTICULAR: Reforzar las competencias para ofrecer un mejor cuidado según los nuevos enfoques de la maternidad segura

DURACIÓN: 12 horas

Fecha: 29/8/08

Contenidos	Objetivos de aprendizaje	Estrategias de aprendizaje	Evaluación
1. Situación de la salud materna y Neonatal	1.1. Analizar la situación de muerte materna derivada de la maternidad	Escuchan las explicaciones de las profesoras	¿Qué evaluar?
2. Nuevos enfoque para una Maternidad Segura	2.1. Discernir sobre los nuevos enfoques de la maternidad segura.	Responden las preguntas que hacen las profesoras	Conceptual
- Funciones obstétricas y Esenciales y de Emergencias	2.2. Identificar las funciones obstétricas esenciales y las de emergencias.	Realizan lectura comprensiva, individual o en grupo.	Procedimental
- Atención calificada del parto		Realizan análisis de casos	Actitudinal
- Competencia para el ejercicio de la maternidad segura		Realizan discusión de grupo	¿Cómo evaluar?
		Realizan presentación en plenaria	Escrito
3. Cuidado de la embarazada HCPB	3.1. Realizar un examen físico completo de manera sistemática.	Demuestran el llenado correcto de la HCPB y el Partograma	Oral
4 Vigilancia del trabajo de parto y Parto	3.2. Identificar factores de riesgo	Discuten sobre el Video: Parto Humanizado. Semilla de Amor.	¿Cuándo evaluar?
- Partograma	3.2. Registrar una historia clínica completa.	Discusión de video interactivo. "Manejo Activo del tercer estadio del parto"	Inicial:
5-Atención del parto humanizado	4.1. Vigilar estrechamente el estado de la madre y el feto		Preguntas orales
			Proceso:
			Estudio de caso
			Producto:
			Contrastación grupal de respuestas del laboratorio o estudio de caso

6- Cuidado del Post parto - Manejo activo de la tercera etapa del parto	4.2.Registrar el progreso de la labor usando el partograma 5.1.Aplicar la técnica del parto de manera segura y con calidez 6.1. Efectuar correctamente el manejo activo de la tercera etapa del parto.		
--	--	--	--

Bibliografía y Fuente de Información

OMS. (1993) La Salud Materna. Un perenne desafío. Serie de Publicaciones para la Salud N° 1. Washington D.C.

OMS/OPS (2006) Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional. Washington D.C.

Quintero, Amarelis, (2008) Emergencias obstétricas y Perinatales. Manual de Auto instrucción. Primera revisión. Panamá.

PATH (2004) Prevención de la Hemorragia Post parto. Herramienta para Proveedores de Salud. Washington D.C.

Contraloría General de la República. Estadísticas Vitales. Volumen 2006. Panamá.

3.5.1. CONTENIDO DEL PLAN. MATERNIDAD SEGURA

La Iniciativa "**Maternidad segura**" surgida a fines de la década de los 80 y dirigida a reducir la mortalidad materna en los países en desarrollo, ha propiciado de manera decisiva el diseño de programas de atención dirigidas a la mujer por derecho propio y ha contribuido a la concienzación pública sobre el hecho de que la persistencia de índices altos de muerte materna, reflejan la posición de desventaja de las mujeres en la sociedad.

Situación de la salud materna y Neonatal

La morbilidad y mortalidad materna es cada día un problema grave para las mujeres y familias del mundo. 585, 000 mujeres mueren como mínimo al año, aproximadamente 1,800 cada día, por complicaciones del embarazo y el parto, y el 95-98% aproximadamente mueren en los países en desarrollo. Otras 50 millones de mujeres se ven afectadas por las diferentes morbilidades maternas dando como resultado que aproximadamente 15 millones se vean debilitadas o con lesiones discapacitantes por toda la vida.¹²

En los países en desarrollo, el riesgo es alto por dos razones: el precario estado de salud de la mujer y la deficiente calidad de atención obstétrica, y en estos países el riesgo de mortalidad derivada de la maternidad es 40 veces mayor que en los países desarrollados.¹³

La muerte y discapacidad por causas maternas representan el 18% de la carga de la morbilidad para las mujeres en edad reproductiva en los países en desarrollo.¹⁴

Cada año ocurren casi 8 millones de muertes neonatales tempranas y de nacidos muertos.¹⁵ Ocurren sobre todo como consecuencia de los mismos factores que causan la muerte y discapacidad de la madre, es decir, una atención inadecuada, salud materna deficiente, malas condiciones de higiene y de la atención del parto, además la falta e inadecuada atención neonatal.¹⁶

Nuevos enfoque para una Maternidad Segura

Anualmente se estima que se dan 200 millones de embarazos en el mundo, cada uno de ellos representa un riesgo para la madre y el hijo, por tanto ***“todas las mujeres embarazadas, por causa de su estado conlleva un riesgo materno.”***¹⁷ Una vez iniciado el embarazo el riesgo no se puede evitar pero si se puede minimizar, con atención efectiva, asequibles, accesibles, y con calidez.¹⁸

Aproximadamente el 40% de las embarazadas presentan alguna complicación, el 15% de éstas necesitan una atención obstétrica esencial para resolver complicaciones potencialmente mortales tanto para la madre como para el bebé.¹⁹

Se concluye que debido a que las emergencias derivadas de la maternidad resultan muy difíciles de predecir y para reducir la mortalidad materna significativamente, ***“todas las mujeres embarazadas, en trabajo de parto y las que han dado a luz recientemente deben tener acceso a la atención obstétrica esencial en caso de surgir complicaciones.”***²⁰

Pilares del nuevo paradigma que sustentan el enfoque de la maternidad sin riesgo.

- Todas las mujeres embarazadas corren el riesgo de sufrir una complicación obstétrica.
- La gran mayoría de las muertes son consecuencias de complicaciones obstétricas directas.
- No existe una clara distinción entre mujeres que necesitarán cuidados de emergencias obstétricas.
- La mayoría de las complicaciones no pueden ser pronosticadas, ni prevenirlas pero si pueden ser tratadas.
- Las mujeres que presentan complicaciones obstétricas necesitan servicios de emergencias obstétricas de alta calidad, y accesibles.

- Funciones obstétricas y Esenciales y de Emergencias

La atención obstétrica esencial incluye en proporcionar 6 funciones básicas, y más dos funciones ampliada con el fin de evitar la muerte y secuelas de las complicaciones del trabajo del parto, parto y puerperio. Los centros de cuidados obstétricos básicos (COEm Básico) incluyen: Antibióticos inyectables, Oxitocina inyectable, Anticonvulsivantes inyectables, Extracción manual de la placenta, Parto vaginal asistido, Extracción de productos retenidos. Los centros de cuidados obstétricos Integrales (COEm Ampliada o Integral) incluyen las seis (6) funciones básicas más Cesárea y Transfusión de sangre.

- Atención calificada del parto

La atención calificada del parto se refiere el proporcionar destrezas necesarias para tratar mujeres que sufren complicaciones obstétricas, a estas destrezas se le llama aptitudes para salvar la vida o aptitudes ampliadas de atención del parto que incluyen: prevención y tratamiento de hemorragias; extracción de productos retenidos; prevención y manejo del choque, prevención y tratamiento de la

hipertensión arterial; prevención y tratamiento de la eclampsia, vigilancia del trabajo de parto, reanimación del recién nacido y tratamiento de las complicaciones del aborto. Y además contar con un entorno habilitante en varios niveles del sistema de salud.

Existen tres elementos básicos interrelacionados para una atención calificada: Personal calificado, establecimientos de salud en funcionamiento, capaces de proporcionar cuidados obstétricos esenciales y entorno habilitante.

¿Qué es un Personal calificado en la atención del parto?

Un personal calificado es alguien con destrezas en obstetricia, atiende partos normales y es capaz de realizar por lo menos las 6 funciones básicas en un Centro de Salud (destrezas que salvan vidas) y es capaz de identificar complicaciones, manejarlas o referir los casos severos a un nivel de resolución compleja.

- Competencia para el ejercicio de la maternidad segura

Las competencias forman la base para el ejercicio profesional idóneo y se fundamentan en las investigaciones actuales cuando esto es posible.

Dado que son generales, cada país o región deberá adaptarlas para que respondan a la realidad local y sean congruentes con los nuevos descubrimientos a medida que estos surjan.

Se basa en la definición internacional de partera profesional de la ICM, la OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

El Ejercicio de la Partería comprende la atención autónoma de la niña, la adolescente y la mujer adulta antes, durante y después del embarazo.

Según Benner (1982) competencia en enfermería se refiere **al mundo real** de la práctica.

Wood (1987) distingue entre competencia y desempeño: **La competencia**: es lo que la persona puede hacer en circunstancias ideales y el **desempeño**: es lo que realmente hace en circunstancias existentes.

Eraut y Cole (1993) distingue entre desempeño y capacidad y define **capacidad** como: **el potencial para funcionar**.

Worth – Butler et al (1994) explora el concepto de competencia en partería y la define: ...los modelos de competencia más útiles definen a los profesionales competentes como aquellas personas que han adquirido un conjunto de aptitudes y conocimientos suficientes y amplios que les permiten realizar su trabajo de manera idónea. En consecuencia un profesional capaz es alguien que puede hacer uso de ese repertorio de aptitudes y conocimientos, de diferentes maneras y en distintas situaciones, para desempeñar su función de un modo que se juzga competente.

La Confederación Internacional de Matronas (CIM), Agrupación de asociación de parteras de 72 países, en conjunto con la OMS, definen las competencias indispensables que debe tener *las parteras profesionales y el personal que presta asistencia básica de partería*. Estas competencias abarcan los conocimientos y las aptitudes. Aptitudes se dividen en básicas y esenciales que salvan vidas.

Competencia esencial del personal calificado

Durante el periodo preconcepcional

- Promover los factores protectores de la salud sexual y reproductiva.
- Ofrecer consejería sobre planificación familiar y los métodos anticonceptivos.
- Proveer los métodos en forma segura y eficiente.
- Proveer de hierro y ácido fólico a las mujeres en edad fértil.
- Administrar la TD de adulto.
- Tomar la prueba de citología (Papanicolau).
- Educar sobre los derechos a salud sexual y reproductiva.

Durante el embarazo

- Monitorear la salud de la mujer y el feto.
- Dar tratamiento preventivo y curativo para enfermedades comunes.
- Identificar riesgos y referir oportunamente.
- Educar a la embarazada sobre signos de peligros.
- Educación sobre planificación familiar.
- Ofrecer consejería y apoyo para enfrentar un embarazo no deseado.

Durante el trabajo de parto y el parto.

- Realizar examen general y maniobra de Leopold.
- Observar y monitorear la condición física de la mujer durante la labor y el parto.
- Utilizar e interpretar el partograma.
- Atender un parto normal.
- Reconocer y manejar los signos de sufrimiento tanto en la madre como en el feto.
- Referir a otro nivel de manera oportuna.

Brindar apoyos como: alentar a la mujer a deambular, proveer líquidos y alimentos durante el trabajo de parto, ofrecer métodos apropiados para calmar el dolor y proporcionar comodidad.

Durante el post parto.

- Proveer cuidados del recién nacido.
- Manejo adecuado del tercer estadio del trabajo de parto.
- Brindar un ambiente cálido y seguro a la madre y el recién nacido.
- La promoción de la lactancia materna exclusiva.
- Ofrecer consejería sobre métodos de planificación familiar.
- Identificar y manejar los signos de peligros.
- Manejar los mecanismos de referencia y traslado de manera segura.

Competencia del personal calificado para el manejo de las complicaciones.

Hemorragia materna: una persona calificada debe:

- Diagnosticar diversas causas de la hemorragia pre y post parto incluyendo el aborto, debe reconocer la posibilidad de hemorragia interna (embarazo ectópico).
- Reducir la posibilidad de hemorragia después del parto promoviendo los mecanismos normales de parto placentario y manejo activo cuando sea necesario incluyendo la administración de oxitócico.
- Extracción manual de la placenta, el masaje uterino.
- Administración de fluidos intravenosos, estabilizar a la mujer y transferirla de inmediato.

Sepsis: una persona calificada debe:

- Prevenir la infección garantizando un parto limpio y seguro.
- Mantener las normas de higiene y control de infecciones.

- Administrar antibióticos en caso de membranas rotas por un periodo prolongado
- Identificar cuando una infección es por aborto realizado en condiciones de riesgo.
- Identificar los signos y síntomas de infección.
- Estabilizar a la paciente en caso que se requiera.
- Referir oportunamente.

Pre clampsia y eclampsia: una persona calificada debe:

- Identificar signos y síntomas de peligros.
- Brindar cuidados que potencialmente salven vidas en caso de eclampsia.
- Administrar medicamentos anticonvulsivantes.
- Estabilizar a la paciente.
- Referirla al nivel más complejo para su atención.

Parto Prolongado: una persona calificada debe:

- Utilización del partograma para el monitoreo del trabajo de parto.
- Identificar un parto prolongado.
- Tomar las medidas oportunas y las apropiadas.
- Brindar cuidados de apoyo durante el proceso.
- Administrar líquidos para evitar la deshidratación.
- Referir oportunamente.

Complicaciones neonatales: una persona calificada debe:

- Brindar cuidados de reanimación y resucitación.
- Prevención de la hipotermia neonatal.
- Identificación de signos y síntomas de peligro.
- Cuidados apropiados para un bebé prematuro o bajo de peso.
- Referir oportunamente a un nivel de mayor complejidad,

- Manejo adecuado de traslado.

Condiciones que compliquen el embarazo: la anemia, malaria, tuberculosis, ITS/ VIH/ SIDA, los trastornos hipertensivos del embarazo etc.: una persona calificada debe:

- Dar suplementos de hierro y ácido fólico y vitaminas.
- Suministrar tratamiento para la malaria.
- Diagnosticar y tratar la anemia.
- Suministrar tratamiento para los trastornos hipertensivos.
- Suministrar tratamiento para las ITS, y tuberculosis.
- Referir en caso de VIH/ SIDA, Cáncer cérvico uterino.

Destrezas cognoscitivas y de actitud

Además de las competencias técnicas el personal debe:

- Tener la capacidad de comprender y respetar las costumbres de la comunidad.
- Promover y estimular las buenas prácticas de la población y desalentar el uso de las dañinas.
- Tener la capacidad de comunicación (escuchar y hablar).
- Elaboración de un marco para la toma de decisiones, con la participación de la comunidad.
- Evaluar la eficacia de las medidas adoptadas y ajustes según la necesidad.

3.3. Cuidado de la embarazada

Un significativo número de muertes derivadas de la maternidad, ocurren durante el embarazo, en Panamá el 23.5% de las muertes maternas ocurridas en el 2001 fue durante el embarazo. Esta intervención conlleva una serie de actividades dirigidas a cuidado de la mujer y el bebe durante el embarazo.

- **Concepto de control prenatal:** Es la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Un control prenatal eficiente debe presentar las siguientes características

Debe ser precoz y oportuna, o sea en el primer trimestre de gestación. Periódico, o sea de frecuencia programada y de acuerdo al riesgo o condición de la embarazada. Completo, ofrecer el mayor número de actividades y garantizar el cumplimiento de las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación y de amplia cobertura, abarcar al mayor número de mujeres embarazadas.

Objetivos de que se persiguen con el control prenatal

- Detección de enfermedades maternas subclínicas.
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal.
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparación psicofísica para el nacimiento.
- Ofrecer contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza.

Enfoque de riesgo en la atención de la embarazada

Asume que a mayor conocimiento sobre los eventos negativos, mayor posibilidad de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlas, cambiando las

condiciones que exponen a un individuo o grupo a adquirir la enfermedad o el daño.

Riesgo

Implica la probabilidad que la presencia de una o más características o factores incrementen la aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto de vida, la supervivencia personal o de otros.

Prevención primaria con enfoque de riesgo significa

- Promover los factores positivos (protectores) del desarrollo humano en las áreas biológicas, psicológicas y sociales.
- Desarrollar acciones dirigidas a eliminar o disminuir los factores de riesgo y por consiguiente sus efectos negativos.

A través de la educación en salud, de la detección de riesgos y protección específica.

Actividades de vigilancia de la embarazada

Las actividades deben ofrecerse a lo largo de todo el embarazo y deben estar dispuestas en un cronograma y de acuerdo a la oportunidad en que deben desarrollarse. Se debe realizar el mayor número de actividades en cada consulta o visita prenatal. El mínimo de controles según la norma nacional son cinco (5) controles, la ideal son siete (7) controles.

Reglas para determinar la FPP, según la amenorrea

1. Wahl: Al primer día de la menstruación se le agregan diez (10) días y se restan tres (3) meses.

2. Pinard: Se le agregan Diez (10) días al último día de la menstruación y se restan tres (3) meses.
3. Naegele: Al primer día de la menstruación se le agregan siete (7) días y se retrocede tres (3) meses.

Práctica. Cálculo de la FPP (Anexo 8)

- Sistema Informático Perinatal (SIP)

- **La Historia Clínica Perinatal (HCPB)**

La historia clínica perinatal consiste en un conjunto de formularios uniformes y sistematizados según el nivel de complejidad que facilitan el registro correcto y oportuno de los datos necesarios para una adecuada atención.

- **El Carnet Perinatal:**

Contiene los datos necesarios para reconstruir la HCP, facilita la información relevante, sea cual sea el lugar y el momento de la atención y es propiedad de la embarazada.

- **Los Programas de Computación:**

Destinados al ingreso del contenido de los formularios (HCPB) al banco de dato y su procesamiento, la cual permite el control del llenado de la HCPB. Permite el uso de diferentes programas para el análisis de la situación de la embarazada y el recién nacido.

Práctica. Llenado de la HCPB, a partir de un caso clínico (Anexo 9 y 10)

3.4. Vigilancia del trabajo de parto y Parto

El momento exacto del comienzo del trabajo de parto es imposible determinarlo, puesto que la terminación del embarazo es una secuencia insensible de fenómenos cuya causalidad no está plenamente establecida. Por ello se han establecido algunos parámetros de manera arbitraria para indicar que el trabajo de parto se ha iniciado. El diagnóstico del trabajo de parto incluye:

Diagnóstico y confirmación del trabajo de parto:

Sospeche o anticipe el trabajo de parto si la mujer tiene.

- Dolor abdominal intermitente después de las 22 semanas de gestación.
- Dolor a menudo asociado con secreción mucosa con manchas de sangre (expulsión del tapón mucoso).
- Secreción vaginal acuosa o un chorro súbito de agua.

Confirmación del trabajo de parto si hay:

- Borramiento del cuello uterino, es decir, acortamiento y adelgazamiento progresivos del cuello uterino durante el trabajo de parto y,
- Dilatación del cuello uterino, es decir aumento del diámetro de la abertura cervical medida en centímetros.

El diagnóstico del periodo y la fase del trabajo del parto

Signos y síntomas	Periodo	Fase
Cuello uterino no dilatado	Trabajo de parto falso No hay trabajo de parto	
Cuello uterino dilatado menos de 4 centímetros	Primer	Latente
Cuello uterino dilatado de 4-9 centímetros Tasa de dilatación característica de un centímetro por hora o más Comienza el descenso fetal	Primer	Activa
Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm) Continúa el descenso fetal No hay deseos de pujar	Segundo	Temprana no expulsiva
Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm) La parte fetal que se presenta llega al piso de la pelvis La mujer tiene deseos de pujar	Segundo	Avanzada expulsiva
Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm) Sale el bebé Sale la placenta	Tercer	Expulsión

La evaluación del encajamiento y descenso del feto.

Descenso: se puede determinar por palpación abdominal y por examen vaginal

Evaluación del descenso mediante la palpación abdominal: se evalúa en términos de quintos de cabeza fetal palpable por encima de la sínfisis del pubis. Una cabeza que está enteramente por encima de la sínfisis del pubis es cinco quintos (5/5) palpables. Una cabeza que está enteramente por debajo de la sínfisis del pubis es cero quintos (0/5) palpables.

Examen vaginal: se determina el descenso, relacionando el nivel de la parte fetal que se presenta con las espinas ciáticas de la pelvis de la madre, en términos de centímetros o planos de Hodge.

La identificación de la presentación y la posición del feto.

Para determinar la parte que se presenta se toma en cuenta que:

- El vértice de la cabeza fetal es la parte que se presenta más comúnmente. Si el vértice no es la parte que se presenta, se debe manejar igual como si se tratara de una anomalía de presentación.
- Si el vértice es la parte que se presenta, use los puntos de referencia del cráneo fetal para determinar la posición de la cabeza del feto en relación con la pelvis de la madre.

Para determinar la posición de la cabeza fetal se toma en cuenta que:

- La cabeza fetal se encaja normalmente en la pelvis materna en una posición occípito –transversa, es decir, que el occipucio del feto se encuentra de manera transversal a la pelvis de la madre.
- Al descender la cabeza fetal rota de modo que el occipucio del feto queda hacia la parte anterior de la pelvis materna (posiciones occípito – posteriores) La ausencia de rotación de una posición occípito – transversal a una posición occípito- anterior, debe manejarse como si se tratara de una posición occípito posterior.
- Otra característica de una presentación normal es un vértice bien flexionado, con el occipucio más bajo en la vagina que el sincipucio.

Evaluación del progreso del trabajo de parto

Una vez diagnosticada el trabajo de parto el progreso se evalúa tomando en consideración:

- La medición de los cambios en el borramiento y la dilatación del cuello uterino, durante la fase latente.
- La medición de la tasa de dilatación del cuello uterino y del descenso fetal, durante la fase activa.
- La evaluación del descenso fetal adicional durante el segundo periodo.

Exámenes vaginales

Deben realizarse por lo menos una vez cada 4 horas, durante el primer periodo del trabajo de parto y después de la rotura de membranas..

- Los hallazgos que debe registrar en cada examen vaginal: El color del líquido amniótico, la dilatación del cuello uterino, el descenso.
- Si en el primer examen el cuello uterino no está dilatado, puede que no sea posible diagnosticar el trabajo del parto. Si persisten las contracciones, examine nuevamente a la mujer después de 4 horas para detectar cambios en el cuello uterino. En esta etapa si hay borramiento y dilatación, la mujer esta en trabajo de parto; si no hay ningún cambio, el diagnóstico es trabajo de parto falso.
- En el segundo periodo del trabajo del parto, realice exámenes vaginales una vez cada hora.

Partograma

Un partograma es una representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto. Las mediciones relevantes que se incluyen en el partograma pueden incluir estadísticas como la dilatación cervical

en el tiempo, la frecuencia cardiaca fetal y los signos vitales de la madre. La vigilancia clínica de la evolución del trabajo de parto puede prevenir, detectar y manejar la aparición de complicaciones que pueden desencadenar daño, a veces irreversible o fatal para la madre y el recién nacido.²¹

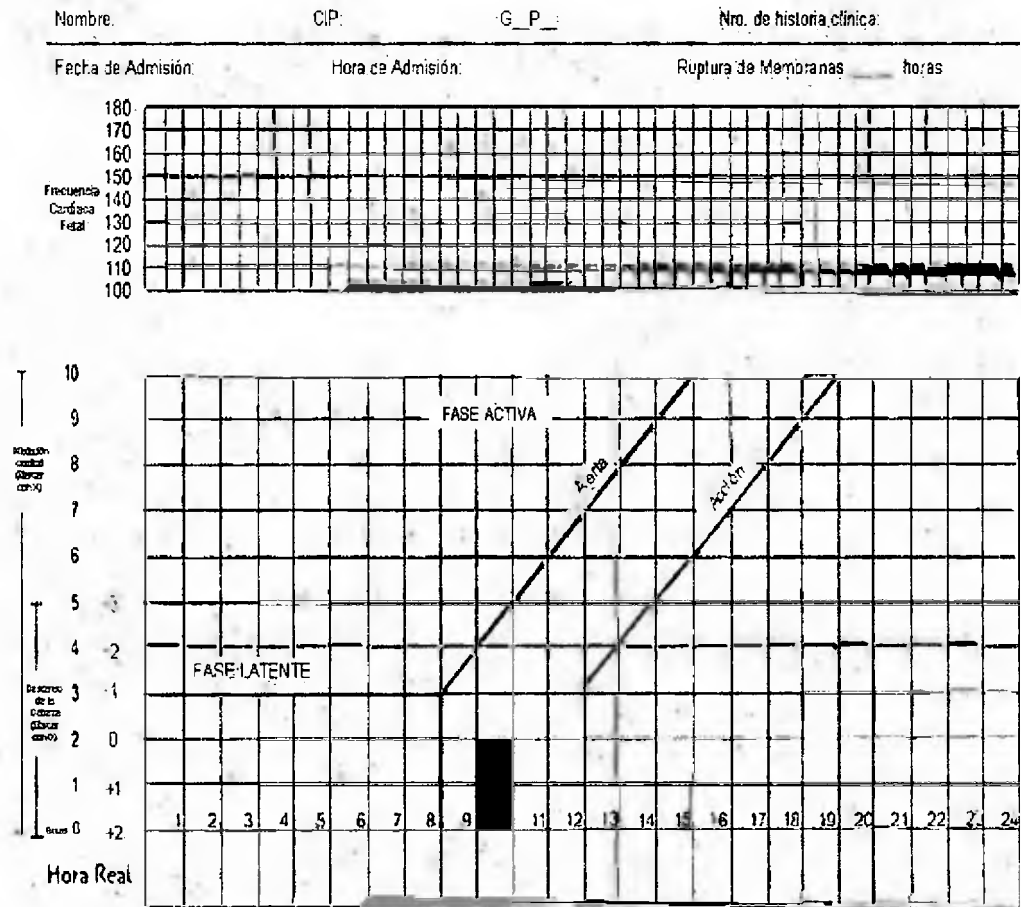
Tipos de partogramas

Existen más de 200 tipos de partogramas, basados fundamentalmente en los partogramas desarrollados por Enmanuel Friedman, Philpott y Schwarcz, la mayoría de los cuales indican la misma vía del parto y presentan una eficacia similar en la asistencia clínica del trabajo de parto.²² El modelo básico es creado por organismos como el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud como parte de programas de reducción de mortalidad materna e infantil en países del tercer mundo.²³

Curvas del parto

El modelo básico de un partograma está centrado en un papel cuadriculado en el que se construyen gráficas curvas del trabajo de parto. En la escala vertical izquierda se listan en centímetros la dilatación cervical, desde el 0 hasta el 10. En el eje horizontal inferior se indican las horas transcurridas desde el inicio del trabajo de parto. En el eje vertical derecho se suele poner la altura de la presentación fetal, sorteada en orden descendente, por lo general basado en los planos de Hodge. La curva del parto suele tener una pendiente mayor en las multiparas mientras que las primigestas tienden a ser curvas más planas. El 90% de los partos suelen seguir los patrones establecidos en la curva del parto normal y predice el momento en el que la intervención médica debe actuar para prevenir la distocia y el estrés fetal y el riesgo materno.

Figura 1. El Partograma, la curva de Friedman



Intervalos normales

En el 90% de los partos vaginales, la duración desde la dilatación del cuello uterino que inicia la fase activa del primer periodo del parto (4 cm de dilatación) hasta que alcance los 9-10 cm de dilatación completa es de 2,5 horas en multíparas y aproximadamente 4,5 horas en nulíparas. Por su parte, el descenso

de la cabeza fetal suele ocurrir cuando la dilatación del cuello uterino ha alcanzado el 80% o 8 cm.²⁴

Objetivos del partograma

Es ofrecer al médico, partera o personal que atiende el parto, un sencillo, económico y universal instrumento para el control del trabajo de parto, con la finalidad de: a) Disminuir la morbi-mortalidad materna fetal; Prevenir y/o diagnosticar el trabajo de parto prolongado y c) Reducir la incidencia de cesáreas y la asfixia fetal.

Alteraciones en el partograma

La duración anormal del trabajo de parto aumenta considerablemente la morbilidad y mortalidad infantil y materna. La OMS plantea que después de 8 horas de trabajo de parto en la fase latente—que es la fase que le antecede al nacimiento del bebé—se debe considerar el parto como prolongado, si no ha ocurrido naturalmente, se debe realizar la rotura artificial de membranas (RAM) y administrar oxitocina. Si la paciente no pasa a la fase activa o segunda fase del parto natural, se debe realizar un parto por cesárea.²⁵

Uso del partograma

Las normas nacionales de Atención Integral a la Mujer, indica que se utilizará el partograma de Friedman, para evaluar el trabajo de parto.

Se debe registrar los siguientes datos en el partograma:

- Información sobre la paciente: Nombre completo, grava, para, número de historia clínica, fecha y hora de ingreso y el tiempo transcurrido desde la ruptura de las membranas.

- Frecuencia cardíaca fetal: Registre cada media hora.
- Dilatación del cuello uterino: Evalúe en cada examen vaginal. A los 4 cm. De dilatación comience el registro en el partograma utilizando una cruz (X) a partir de la cual se marca la línea de alerta.
- Línea de alerta: Se inicia la línea a partir de los 4 cm. De dilatación hasta el punto de dilatación total esperada, a razón de 1 cm. Por hora.
- Línea de acción: Es paralela a la línea de alerta y se traza 4 horas a la derecha de la línea de alerta.
- Evaluación del Descenso: Para controlar el descenso utilizar los Planos de De Lee, los cuales se anotan como un círculo (O) en cada examen vaginal.
- Horas: Se refiere al tiempo en horas transcurrido desde que se inició la fase activa del trabajo de parto (observado o extrapolado).
- Tiempo: Registre el tiempo real.

Trabajo de grupo

Práctica. Analice un caso y grafique en el partograma (Anexo11).

3.5- Atención del parto humanizado

El parto y el nacimiento humanizado es uno de los momentos más conmovedores de su historia, se fundamenta en la valoración del mundo afectivo-emocional de las personas, la consideración de los deseos y necesidades de sus protagonistas: madre, padre, hija o hijo y la libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, lo opuesto es el proceso de medicalización habitual en el que el destino de la mujer y su hijo está sujeto a procedimientos de intervención rutinarios que no consideran las diferencias y especificidades individuales, transformando en violentas las actitudes asistenciales.

Significa entonces: reconocer en padres e hijos a los verdaderos protagonistas, no intervenir o interferir rutinariamente en este proceso natural, no habiendo una situación de riesgo evidente, reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia (en una institución o en su domicilio), respetar la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento, favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto (parto en cuclillas, en el agua, semisentada, o como desee), promover el vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de asistencia profesional, respetar la necesidad de elección de la mujer de las personas que la acompañarán en el parto (familia, amigos), cuidar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido, evitando someter al niño a cualquier maniobra de resucitación o exámenes innecesarios.

Según el doctor Carlos Burgo, el parto y el nacimiento en la sociedad desde sus operadores institucionales (sociedades científicas, médicos, parteras, etc.) se presentan: como un hecho "médico" sometido –como sus protagonistas-, a un proceso de medicalización, despersonalización y des-sexualización.

Lo que define al parto humanizado es la libertad que tiene la mujer de elegir como, con quien y donde parir.

Es este un llamado a reflexionar sobre las enormes posibilidades y capacidades que tenemos para recrear una experiencia vital y conmovedora como pocas. Una oportunidad de aprendizaje y crecimiento a partir de las múltiples vivencias, alegrías, temores, contradicciones que conlleva el proyecto en marcha de tener un hijo.

Parto y nacimiento son instancias que merecemos vivir en la plenitud de nuestros sentidos, como mujer apropiándose de la libertad en el accionar

corporal para parir como lo sientan. En cuclillas, sentada, en el agua, o como surja; con gritos, llanto, exclamaciones; en compañía de quien elija; en el lugar en que confíes, inclusive la propia casa.

Los Derechos de la Embarazada.

La técnica y la tecnología han sido y son utilizadas en muchas oportunidades como argumentos de intervención profesional, provocando una alteración en la trama vincular. Se transforma así, la instancia de embarazo y parto, en episodios en los que la pérdida de individualidad, intimidad, sostén, escucha, dan lugar a una sucesión de rutinas e intervenciones médicas innecesarias y escasas veces decididas desde la reflexión y el respeto por el mundo afectivo de la embarazada.

Pensando en la violencia que comporta para la mujer algunas prácticas asistenciales, desde el sentimiento de indiferencia que se instala en los encuentros con los profesionales hasta la percepción del abuso de algunas prácticas; y considerando los ideales sociales sobre lo que “debe y no debe hacerse”, es por lo que el doctor Carlos Burgos, elabora un decálogo de derechos de la embarazada. Este decálogo de derechos intenta restablecer los conceptos de dignidad, respeto, continencia, placer, permisos, tolerancia:

Derecho a que no la consideren una enferma.

Derecho a pedir la participación de su pareja.

Derecho a tener miedo.

Derecho a elegir.

Derecho a sentirse dueña de su cuerpo.

Derecho a no someterse a rutinas médicas innecesarias.

Derecho a sentir placer y a sentir dolor.
Derecho a expresarse según su necesidad.
Derecho al vínculo inmediato con su hijo.
Derecho al buen trato.

Observación, discusión y análisis de videos.

- CD. Semilla de amor.
- CD. Recomendaciones de la OMS. Parto Humanizado.
- CD. Alivia el dolor.
- CD. Parto en el Agua.

3.6- Cuidado del Post parto

La causa más importante de muertes de madres en el mundo es la hemorragia grave y más de la mitad de las muertes ocurren dentro de las primeras 24 horas después del parto, debido a una hemorragia masiva. Siendo las más afectada las que sufren de anemia. Es necesario que toda mujer después del parto permanezca bajo observación y monitoreada muy de cerca durante el periodo inmediato después del parto.

- **Objetivo del cuidado post parto**

El objetivo de los cuidados en esta etapa es detectar y evaluar desviaciones de los límites fisiológicos del alumbramiento y el post alumbramiento.

Normalmente el alumbramiento se produce entre 5 y 30 minutos después del parto.

- **Manejo activo de la tercera etapa del parto**

Al revisar toda la evidencia disponible, la FIGO y la ICM concuerdan en que se ha comprobado que el manejo activo de la tercera etapa del parto reduce el

índice de hemorragia post-parto, la cantidad de sangre perdida y las transfusiones de sangre.

El Manejo activo de la tercera etapa del parto se debe ofrecer a las mujeres porque reduce el índice de hemorragia post-parto debido a atonía uterina.

Los estudios han validado que al manejo activo como la práctica más recomendable para disminuir en: 60% la incidencia de hemorragia post parto a causa de la atonía uterina (incapacidad del útero para contraerse después del parto); reducir la necesidad de transfusión de sangre (implica riesgos para la salud, hospitalización y costos de atención); y por último, evita complicaciones y muerte a causa de la hemorragia post parto.

Concepto: El manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto consiste en intervenciones diseñadas para facilitar que la placenta descienda al aumentar las contracciones uterinas y para evitar una hemorragia post-parto (HPP) al impedir una atonía uterina.

Componentes del manejo de la tercera etapa del parto

Los componentes usuales incluyen: Administrar agentes uterotónicos, aplicar tracción controlada del cordón umbilical, aplicar masajes uterinos después de que la placenta descienda y sea evacuada, según lo que sea adecuado.

Manejo del tercer estadio del trabajo de parto para evitar la hemorragia post parto.

Cómo utilizar los agentes uterotónicos

- Dentro del primer minuto después de haber nacido el bebé, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro(s) bebé(s) e inyecte 10 unidades de oxitócina intramuscular (IM). Oxitócina es la preferida, más que otros medicamentos úteros tónicos porque surte efecto dentro de los 2-3 minutos después de la inyección, tienen muy pocos efectos secundarios y se puede utilizar en todas las mujeres.
- Si la oxitócica no está disponible, se pueden utilizar otros medicamentos útero tónicos, como: ergometrina 0.2 mg IM, sintometrina (1 ampolleta) IM o misoprostol 400-600 mcg oralmente. La administración de misoprostol debe ser reservada para situaciones en donde no.
- es posible la administración segura y/o el almacenamiento apropiado de oxitócica inyectable o alcaloides de ergot inyectables.
- Los útero tónicos requieren de almacenamiento adecuado*: o Ergometrina: 2-8°C Requiere protección de la luz y evitar congelamiento o Misoprostol: temperatura ambiente, en un recipiente cerrado o Oxitócica: 15-30°C, evitar congelamiento.

Tracción controlada del cordón umbilical

- Pinze el cordón umbilical cerca del perineo (una vez que las pulsaciones cesen en un recién nacido saludable) y sosténgalo en una mano.
- Coloque la otra mano justo arriba del pubis de la mujer y estabilice el útero aplicando presión en el sentido contrario durante la tracción controlada del cordón umbilical.

- Mantenga una tensión liviana en el cordón umbilical y espere una contracción uterina fuerte (2-3 minutos).
- Durante la contracción uterina fuerte, anime a la madre a pujar y con mucho cuidado hale hacia abajo el cordón umbilical para extraer la placenta. Continúe aplicando presión en el sentido contrario sobre el útero.
- Si la placenta no desciende y es evacuada los 30-40 segundos de la tracción controlada del cordón umbilical, no continúe halándolo;
- Sostenga el cordón cuidadosamente y espere a que el útero esté bien contraído de nuevo;
- o. Durante la siguiente contracción, repita la tracción controlada del cordón con presión en el sentido contrario.
- A medida que la placenta desciende para ser evacuada, sosténgala con las dos manos y volteeela con cuidado hasta que las membranas estén enroscadas. Lentamente hale para extraerla por completo.
- Si las membranas se rasgan, examine cuidadosamente la parte superior de la vagina y del cuello del útero utilizando guantes estériles o desinfectados, y emplee un fórceps de esponja para extraer cualquier pedazo de membrana que esté presente.
- Revise cuidadosamente la placenta para asegurarse que no le falta ninguna parte. Si falta una porción de la superficie materna o se observan membranas rasgadas con vasos, sospeche que existen fragmentos de

placenta retenidos y tome las medidas adecuadas (Manejo de complicaciones en el embarazo y durante el parto).

Nunca se debe realizar una tracción el cordón umbilical (hale), sin realizar una tracción opuesta (empuje) arriba del pubis en un útero bien contraído.

Cómo hacer un masaje uterino: a) Masaje inmediatamente el fondo del útero hasta que se contraiga, b) Palpe el útero y confirme que está contraído cada 15 minutos y repita el masaje uterino cuando se horas, c) Asegúrese de que el útero no se relaje (se vuelva blando) después del masaje uterino.

Derecho a la información: En todas las medidas mencionadas anteriormente, explique los procedimientos y las medidas a la mujer y a la familia. Continúe siempre suministrando apoyo y tranquilizando a las personas.

Tarea: Observación, discusión y análisis de video interactivo.

"Manejo activo de la tercera etapa del parto. Una demostración"

Práctica 6 (Anexo 12 y 13)

3.6. CUARTA JORNADA - PLAN MÓDULO 4

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

BLOQUE TEMÁTICO: Complicaciones obstétricas

OBJETIVO PARTICULAR: 1. Reconocer las complicaciones más frecuentes durante el embarazo, parto y post parto.
2. Manejar la complicación obstétrica y perinatal basada en evidencias

DURACIÓN: 16 horas

Fecha: 30/8/08

Contenidos	Objetivos de aprendizaje	Estrategias de aprendizaje	Evaluación
1. Emergencias obstétricas y perinatales - Definición de emergencias obstétricas y perinatales	1.1. Definir las urgencias obstétricas y perinatales	Escuchan las explicaciones de las profesoras Responden las preguntas que hacen las profesoras Realizan lectura comprensiva, individual o en grupo.	¿Qué evaluar? Conceptual Procedimental Actitudinal ¿Cómo evaluar? Escrito
2. Generalidades de las hemorragias obstétricas	2.1. Definir la hemorragia Identificar las causas de las hemorragias	Representan roles sociales. Realizan análisis de casos Realizan discusión de grupo	Oral ¿Cuándo evaluar? Inicial:
3. Hemorragia en primera mitad de la gestación - Amenaza de aborto, Aborto Embarazo ectópico	3.1. Reconocer las hemorragias en la primera mitad de la gestación 3.2. Clasificar la hemorragia 3.3. Nombrar las acciones de manejo	Realizan presentación en plenaria Leen en casa Desarrollan tareas asignadas	Preguntas orales Proceso: Estudio de caso Producto: Contrastación grupal de respuestas del laboratorio o estudio de caso

Bibliografía y Fuente de Información

OMS. (1993) La Salud Materna. Un perenne desafío. Serie de Publicaciones para la Salud N° 1. Washington D.C.
OMS/OPS (2006) Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional. Washington D.C.
Quintero, Amarelis, (2008) Emergencias obstétricas y Perinatales. Manual de Auto instrucción. Primera revisión. Panamá
PATH (2004) Prevención de la Hemorragia Post parto. Herramienta para Proveedores de Salud. Washington D.C.
Contraloría General de la República. Estadísticas Vitales. Volumen 2006. Panamá
OMS/OPS (2002) Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto. Guía para Obstetras y Médicos. Washington D.C.

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
MÓDULO Nº 4

BLOQUE TEMÁTICO: Complicaciones obstétricas

OBJETIVO PARTICULAR: Reconocer las complicaciones más frecuentes en la segunda mitad del embarazo.

DURACIÓN:

Fecha: 1/9/08

Contenidos	Objetivos de aprendizaje	Estrategias de aprendizaje	Evaluación
4. Hemorragia en la segunda mitad del embarazo Placenta Previa DPP	5.1. Reconocer los signos y síntomas de las complicaciones en la segunda mitad del embarazo. 5.2. Identificar entre placenta previa y DPP.	Escuchan las explicaciones de las profesoras Responden las preguntas que hacen las profesoras Realizan lectura comprensiva, individual o en grupo.	¿Qué evaluar? Conceptual Procedimental Actitudinal ¿Cómo evaluar? Escrito
5. Hemorragia post parto. - Atonía Uterina - Inversión uterina - Restos placentarios - Manejo	5.3. Determinar y manejar en ambas situaciones oportunamente	Representan roles sociales. Realizan análisis de casos Realizan discusión de grupo Realizan presentación en plenaria	Oral ¿Cuándo evaluar? Inicial: - Preguntas orales Proceso:
6. Hemorragia por lesiones del parto - Causas - Tipo - Factores condicionantes	6.1. Identificar las tres causas de hemorragias post parto 6.2. Reconocer los signos y síntomas 6.3. Determinar y manejar la HPP Oportuna y adecuadamente 7.1. Reconocer las causas de hemorragias por lesiones del parto. 7.2. Determinar los factores condicionantes 7.3. Identificar las diferentes	Leen en casa Desarrollan tareas	Estudio de caso Producto: Contratación grupal de respuestas del laboratorio o estudio de caso

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
MÓDULO N° 4

BLOQUE TEMÁTICO: Complicaciones obstétricas

OBJETIVO PARTICULAR: Reconocer las complicaciones más frecuentes en la segunda mitad del embarazo.

DURACIÓN:

Fecha 1/9/08

Contenidos	Objetivos de aprendizaje	Estrategias de aprendizaje	Evaluación
7. Trastornos Hipertensivos durante el Embarazo - Pre-eclampsia - Eclampsia 8. Trabajo de parto prolongado 9. Distocias. - Definición. - Clasificación. - Manejo 10. Septicemia puerperal - Signos y síntomas. - Manejo.	8.1. Reconoce los signos y síntomas de la Pre eclampsia y Eclampsia. 8.2. Manejar oportunamente los trastornos Hipertensivos del embarazo 9.1. Reconocer el parto prolongado 9.2. Remitir oportunamente 10.1. Manejo del parto distócico adecuadamente 10.2. Remitir oportunamente. 11.1. Reconocer los signos y síntomas de infección puerperal 11.2. Intervenir adecuadamente.	Escuchan las explicaciones de las profesoras Responden las preguntas que hacen las profesoras Realizan lectura comprensiva, individual o en grupo. Representan roles sociales. Realizan análisis de casos Realizan discusión de grupo Realizan presentación en plenaria Leen en casa Desarrollan tareas	¿Qué evaluar? Conceptual Procedimental Actitudinal ¿Cómo evaluar? Escrito Oral ¿Cuándo evaluar? Inicial: Preguntas orales Proceso: Estudio de caso Producto: Contrastación grupal de respuestas del laboratorio o estudio de caso

3.6.1. CONTENIDO DEL PLAN. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

1. Emergencias obstétricas y perinatales.

En los países en desarrollo, el riesgo de morbilidad y muerte materna es alto por dos razones: el precario estado de salud de la mujer y la deficiente calidad de atención obstétrica, y en estos países el riesgo de mortalidad derivada de la maternidad es 40 veces mayor que en los países desarrollados.

La muerte y discapacidad por causas maternas representan el 18% de la carga de la morbilidad para las mujeres en edad reproductiva en los países en desarrollo.

Cada año ocurren casi 8 millones de muertes neonatales tempranas y de nacidos muertos. Ocurren sobre todo como consecuencia de los mismos factores que causan la muerte y discapacidad de la madre, es decir, una atención inadecuada, salud materna deficiente, malas condiciones de higiene y de la atención del parto, además la falta e inadecuada atención neonatal.

Definición de emergencias obstétricas y perinatales.

La emergencia obstétrica es definida como: ***toda complicación que afecta la salud reproductiva de la mujer, parto y puerperio, con riesgo inminente de secuelas y/ o muerte para la madre, feto y recién nacido o ambos.***

Existen cuatro retrasos que son obstáculos para la atención de las emergencias obstétricas y reducir las muertes derivadas de la maternidad:

- Retraso para reconocer la necesidad de atención de la salud. Esta está relacionada con la falta de información sobre las complicaciones del embarazo y el alumbramiento y las señales de peligro.

- Retraso en las decisiones para procurar atención cuando se percibe una complicación. Se relaciona con factores socioculturales y económicos.
- Retraso en la selección de un establecimiento médico que ofrezca la atención necesaria y de llegar al mismo. Se relaciona con la disponibilidad de establecimiento y la facilidad de acceso a los mismos.
- Retraso a la hora de recibir un tratamiento adecuado y apropiado, se relaciona con la calidad de la atención.

Las emergencias obstétricas y perinatales se pueden evitar con acciones básicas y oportunas durante el embarazo, trabajo de parto el parto y post parto, tomando en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales

1. Generalidades de las hemorragias obstétricas

La hemorragia durante la gestación se constituye en una emergencia obstétrica y es la causa directa principal de las muertes derivadas de la maternidad, en el mundo según análisis de Naciones Unidas publicado por UNICEF, en 1999.

Definición: Hemorragia obstétrica es toda salida de sangre por los genitales durante el embarazo, parto y /o puerperio. En el parto y puerperio puede ser fisiológico.

2. Hemorragia vaginal en la primera mitad del embarazo o ante de las 20 semanas de gestación:

Es toda hemorragia vaginal que ocurre antes de la 20 semana de gestación. Puede ser causada por embarazo ectópico, amenaza de aborto, aborto, mola hidatidiforme, trauma, tumores o vaginitis.

Los signos y síntomas son diferentes para cada una de las condiciones desencadenantes, pero puede presentarse de forma severa, roja con coágulos, o escasa café negro, puede acompañarse de dolor abdominal bajo hipotensión arterial.

Aborto

La mayoría de los abortos espontáneos son causados por anomalías cromosómicas en el embrión o el feto. Otras causas importantes son las enfermedades o complicaciones maternas como sífilis, tuberculosis, toxoplasmosis, enfermedad de chagas, diabetes y otras enfermedades endocrinas. Se ha comprobado que la exposición a sustancias tóxicas, fármacos, radiaciones y traumatismos físicos también son causas de aborto.

Definición de aborto: Es la expulsión o extracción del producto de la concepción durante las primeras 20 semanas de gestación, ó cuando éste pese menos de 500 gramos.

Embarazo ectópico

Definición de embarazo ectópico: es cuando la implantación ocurre fuera de la cavidad endometrial. El más frecuente es embarazo tubárico, que es el que se implanta en la trompa de Falopio.

Causas: la mayoría son debidos a anomalías que impiden el transporte del óvulo fecundado y por lo tanto su desplazamiento hacia la cavidad uterina, otras causas pueden ser las enfermedades inflamatorias pélvicas o tubáricas, hormonales o alteraciones del producto de la concepción.

Signos y síntomas: Amenorrea de pocos días o semanas, hemorragia vaginal escasa, dolor punzante en cuadrante inferior del abdomen, irradiado a región

lumbar y hombros por la hemorragia profusa intraperitoneal, alteraciones de los signos vitales, signos de irritación peritoneal, signos de choque, desvanecimiento.

3. Hemorragia en la segunda mitad del embarazo o anteparto:

Es la que ocurre antes del parto o luego de la semana 20 y debe ser considerada debida a la placenta previa o al desprendimiento prematuro de la placenta hasta que se compruebe lo contrario.

Las posibles causas pueden ser placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, trauma, tumores, infecciones, vasa previa, se puede presentar como una menstruación o como una hemorragia severa, también se puede presentar como flujo vaginal de color café o castaño acompañado de dolor en abdomen bajo y signos de hipotensión.

4. Hemorragia del parto:

Son las que se producen por las lesiones del canal del parto. La causa generalmente es por las lesiones que ocurren por un parto precipitado o por maniobras incorrectas en la atención del parto.

5. Hemorragia post parto:

Se verifica si ocurre una pérdida de 500cc o más de sangre después del alumbramiento. Puede ser causada por atonía uterina, trauma cérvico vaginal, ruptura uterina, separación parcial de la placenta y retención de restos placentarios.

6. Hemorragias por lesiones del parto

Las lesiones de las partes blandas de la madre, se producen con cierta frecuencia, en su mayoría son benignas. Algunas veces producen

complicaciones que conducen a la muerte como es el caso de la hemorragia por ruptura uterina si no se atiende oportuna y adecuadamente y otras producen alteraciones discapacitantes.

Se define la hemorragia por las lesiones del canal del parto, la que se produce y se ha comprobado que la placenta fue expulsada completamente y que hay retracción uterina. Es causada por las diversas lesiones que ocurren en el útero, la vulva, la vagina o el periné durante el parto.

Se clasifican:

Útero: la lesión se sitúa en el cuerpo, segmento, o en el cuello.

Vulva: en labios mayores, menores y clitoris.

Vagina: la laceración puede ocupar sus paredes o los fondos de los sacos vaginales.

Periné: la lesión será de: primer grado, si abarca piel y mucosa, segundo grado si abarca las capas musculares; tercer grado, si es lesionado el esfínter anal y el recto y cuarto grado, si se lacera la mucosa rectal.

7. Trastornos Hipertensivos durante el Embarazo

Los trastornos Hipertensivos del embarazo son la complicación más frecuente del embarazo. De las mujeres embarazadas el 7 al 10% aproximadamente sufre de ésta complicación, y se asocia con el aumento de los índices de mortalidad. Presenta un amplio espectro de manifestaciones que abarca desde una elevación mínima de la presión arterial, como signo solitario hasta una hipertensión severa con disfunción de diversos órganos sistémicos.

Pre eclampsia: se define como el hallazgo de hipertensión acompañado por proteinuria, es un trastorno específico de un ser humano. La incidencia varía entre 2 al 10% según los criterios de diagnósticos utilizados.

Signos y síntomas: hipertensión arterial, edema de cara, manos y piernas, proteinuria, cefalea persistente, epigastralgia, zumbidos, visión borrosa con puntos negros y lucecitas, oliguria y /o anuria.

De acuerdo a la gravedad de los síntomas la pre-eclampsia se clasifica en leve y severa; en la forma severa, la gestante además de los signos y síntomas ya mencionados pueden presentar otras complicaciones como edema de pulmón, insuficiencia renal y síndrome de HELLP.

Eclampsia: Se caracteriza por la presencia de convulsiones, en algunas ocasiones llega al coma y puede causar a la muerte del feto y de la madre.

El número de convulsiones influye en el pronóstico materno fetal, la acción rápida, segura y apropiada, contribuirán a la conservación de la salud materna fetal.

Convulsiones: se llama convulsión al movimiento involuntario de contracción y relajación violenta de los músculos de una parte o de todo el cuerpo.

Signos: se observa desvío ocular, dificultad respiratoria, salivación exagerada y congestión en la cara. Suele ocurrir que después de convulsionar la paciente quede en estado de sopor profundo (coma).

8. Trabajo de parto prolongado

El retraso del parto es una emergencia obstétrica que se complica con el sufrimiento y/ o muerte fetal, la hemorragia y muerte materna.

Trabajo de parto: Es un proceso dinámico que comprende un **progreso** en la dilatación cervical, en el descenso y en la rotación de la presentación y que normalmente debe culminar en un periodo de 14 –18 horas en primigesta y en multipara de 8 hasta 10 horas. Entendiendo como dinámica normal. 3

contracciones en 10 minutos de 35 - 45 segundos, a partir de los 3 centímetros o más de dilatación en caso de multíparas y de 4 centímetro o más en primigesta, o cuando inicia la labor verdadera.

Trabajo de parto prolongado: Es la prolongación de la dinámica del trabajo de parto y el retraso del parto, durante 12 horas o más.

Hallazgos que sugieren un progreso insatisfactorio del primer y segundo periodo del trabajo de parto que pueden conducir a un trabajo de parto prolongando.

En el primer periodo.

- Las contracciones irregulares e infrecuentes después de la fase latente;
- una tasa de dilatación del cuello uterino más lenta que 1 cm por hora durante la fase activa del trabajo de parto.(dilatación del cuello uterino a la derecha de la línea de alerta).
- el cuello uterino mal adosado a la parte fetal que se presenta.

En el segundo periodo:

- La ausencia de descenso del feto por el canal del parto;
- La falta de expulsión durante la fase avanzada (expulsiva).

9. Distocias.

Las diferentes presentaciones anormales, originan una variedad de complicaciones que aumentan el riesgo de enfermedad y muerte tanto para la madre como para el niño. Factor de riesgo de muerte, trauma, y asfixia fetal y muerte, materna. **Se define Distocia:** como la existencia de cualquiera presentación que no sea la cefálica; hombros, frente, podálica, cara y que hacen difícil y complicado el trabajo de parto y es parto vaginal. La presentación podálica ocurre en le 3 a 4% de los casos.

Se clasifica de acuerdo con el origen de la obstrucción.

- **Distocia ósea:** la pelvis puede estar deformada o con un desarrollo incompleto, lo que dificulta el paso del feto.
- **Distocia de partes blandas:** son alteraciones anatómicas del útero, cuello y/ o vagina que producen la detención del descenso del feto impidiendo el parto.
- **Distocia por causa fetal:** se produce por alteraciones anatómicas del feto, cuando algunas partes o todo el cuerpo presenta un tamaño excesivo, puede ser macrosomía fetal, anasarca o hidrops fetal. O cuando el feto se presenta en forma anormal en el canal del parto; transversa, tronco, hombro; o cefálicas deflexionadas bregma, frente, cara.

10. Septicemia puerperal

Las infecciones incluyendo sepsis, pueden causar enfermedad pélvica inflamatoria, cuyos síntomas comprenden dolor crónico, deterioro del sistema reproductivo, infertilidad y toda una gama de trastornos ginecológicos. Entre las causas de mortalidad materna, el 15% lo constituyen las infecciones.

Definición. Es la infección generalizada que se produce cuando los gérmenes que causan la infección se multiplican e invaden el torrente sanguíneo. Los síntomas pueden aparecer desde las 24 horas después del parto.

Los signos y síntomas que se presentan son: Escalofríos, fiebre mayor de 38.5°C, pulso acelerado, sobre 100 por minutos, lengua y mucosas secas, loquios escasos, hemopurulentos y fétidos, mal estado general.

Guía

Leer, discutir, analizar y resolver la práctica de los temas del manual emergencias obstétricas y perinatales. **Anexo 18**

Trabajo de grupo. Día dos

Grupo amarillo: Práctica 1 y 2

Grupo verde: Práctica 3 y 4

Grupo celeste: Práctica 4 y 5

Grupo azul: Práctica: 6 y 7

Trabajo de grupo. Día tres

Grupo amarillo: Práctica 6 y 7

Grupo verde: Práctica 8 y 9

Grupo celeste: Práctica 10 y 11

Grupo azul: Práctica: 12 y 13

Trabajo individual, en casa, entrega el 14 de septiembre

Lectura, tema 14, 15 y 16 del manual

Tema de liderazgo

3.7. QUINTA JORNADA - PLAN MÓDULO 5

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

BLOQUE TEMÁTICO: Atención del nacimiento y Reanimación neonatal

OBJETIVO PARTICULAR: Prestar atención oportuna y adecuada al recién nacido y lactante.

DURACIÓN: 8 horas

Fecha: 2/9/08

Contenidos	Objetivos de aprendizaje	Estrategias de aprendizaje	Evaluación
1. Atención del nacimiento - Procedimientos inmediatos para la atención del recién nacido.	1.1. Manejar el concepto de urgencia neonatal y reanimación neonatal.	Escuchan las explicaciones de las profesoras Responden las preguntas que hacen las profesoras Realizan lectura comprensiva, individual o en grupo.	¿Qué evaluar? Conceptual Procedimental Actitudinal ¿Cómo evaluar? Escrito
2. Reanimación neonatal	2.1. Identificar los signos y síntomas de las complicaciones neonatales. 2.2. Intervenir y manejar oportunamente las diferentes complicaciones neonatales	Representan roles sociales. Realizan análisis de casos Realizan discusión de grupo Realizan presentación en plenaria	Oral ¿Cuándo evaluar? Inicial: Preguntas orales Proceso: Estudio de caso
3. Transporte de la gestante y del recién nacido.	3.1. Referir oportunamente al nivel superior. 3.2. Aplicar adecuadamente las medidas de traslado	Reflexionan sobre un evento Registran adecuadamente los hallazgos	Producto: Contrastación grupal de respuestas del laboratorio o estudio de caso
4. Abordaje del evento adverso	4.1. Apoyar cálidamente en estos eventos		

Bibliografía

Fescina, R.H.; Schawarcz R.; Díaz, A.G. (1992) Vigilancia del Crecimiento Fetal. Publicación Científica, CLAP N° 1261. Montevideo Uruguay.

Martell, M.; Estol, P.; y Col. (1992) Atención Inmediata del Recién Nacido. Publicación Científica, CLAP N° 1253. Montevideo Uruguay

AAP/AHA (2003) Texto. Reanimación Neonatal. Cuarta Edición. EE

SEMINARIO TALLER
CUIDADOS OBSTETRICOS Y NEONATALES
ESENCIALES Y DE EMERGENCIAS

ATENCIÓN DEL NACIMIENTO

Manual de Obstetricia
Septiembre 2008



Si el recién nacido no tiene ningún problema evidente

Verifique la respiración y el color del bebé cada 5 minutos

Si se torna **cianótico**, o presenta dificultad para respirar, (menos de 30 o más de 60 respiraciones por minutos) administre Oxígeno por catéter nasal o bigotera

Verifique la temperatura tocándole los pies cada 15 minutos

Si los **pies** están fríos verifique la temperatura axilar

Si la **temperatura** del bebé es menos de **36.5°C** vuelva hacer entrar en calor al bebé



Si el recién nacido no tiene ningún problema evidente



Preste el cuidado inicial de rutina incluyendo el contacto temprano piel a piel con la madre

Si el estado de la madre lo permite mantenga el bebé en contacto piel a piel con madre en todo momento

Si el estado de la madre no lo permite

Verifique el **cordón umbilical** para detectar sangrado cada **15 minutos**

Si el cordón sangra Átelo nuevamente con mayor firmeza

● Aplique a los ojos del bebé antimicrobianas (Solución de nitrato de plata al 1% o unguento de tetraciclina al 1%)

● Limpie todo el meconio y sangre del bebé

● Aliente el amamantamiento

EVITE SEPARAR A LA MADRE DEL BEBÉ. NO DEJE A LA MADRE Y AL BEBÉ DESATENDIDO EN NINGÚN MOMENTO

Si el recién nacido tiene algún problema evidente

Si el bebé presenta algún problema el personal de parto, tendrá que prestarle la atención necesaria

Entre los problemas o las afecciones del recién nacido que requieren intervenciones urgentes se incluyen

● Jadeo o ausencia de respiración

● Dificultad respiratoria

● Cianosis

● Bajo Peso al nacer

● Letargia

● Hipotermia

● Convulsiones

Traslado del recién nacido

● Explique a la madre el problema

● Mantenga tibio al bebé. Envuélvalo y asegure de cubrir la cabeza

● Traslade el bebé en brazos si es posible, si requiere oxígeno en una incubadora

● Promueva el apego y la lactancia materna

● Asegurese de que el servicio que atiende al recién nacido cuenten con la información del trabajo de parto, el parto y de cualquier intervención o tratamiento que se le haya administrado

3.7.1. CONTENIDO DEL PLAN. ATENCIÓN DEL NACIMIENTO Y REANIMACIÓN NEONATAL

1. Atención del nacimiento

El objetivo de la atención del nacimiento es brindar a todos los recién nacido las condiciones óptimas para la adaptación inmediata a la vida extrauterina, interviniendo precozmente en aquellos casos que presenten situaciones que pongan en riesgo su vida o se asocien con secuelas, se logra este objetivo realizando los procedimientos con conocimientos y presteza.

- Procedimientos inmediatos para la atención del recién nacido.

Si el recién nacido no tiene ningún problema evidente

- Verifique la respiración y el color del bebé cada 5 minutos.
- Si se torna cianótico, o presenta dificultad para respirar, (menos de 30 o más de 60 respiraciones por minutos) administre Oxígeno por cateter nasal o bigotera.
- Verifique la temperatura tocándole los pies cada 15 minutos.
- Si los pies están fríos verifique la temperatura axilar.
- Si la temperatura del bebé es menos de 36.5°C, vuelva hacer entrar en calor al bebé.

Si el recién nacido no tiene ningún problema evidente

- Preste el cuidado inicial de rutina, incluido el contacto temprano piel a piel con la madre.
- Si el estado de la madre lo permite, mantenga el bebé en contacto piel a piel con madre en todo momento.
- Si el estado de la madre no lo permite.
- Verifique el cordón umbilical para detectar sangrado cada 15 minutos.

- Si el cordón sangra. Átelo nuevamente con mayor firmeza.
- Aplique a los ojos del bebé antimicrobianas (Solución de nitrato de plata al 1% ó ungüento de tetraciclina al 1%).
- Limpie todo el meconio y sangre del bebé.
- Aliente el amamantamiento.

Si el recién nacido tiene algún problema evidente

Si el bebé presenta algún problema el personal de parto, tendrá que prestarle la atención necesaria. La reanimación deberá estar a cargo del personal capacitado presente en el parto, realizará el examen preliminar al recién nacido y las primeras maniobra asistenciales, lo clasificará según grado de riesgo y luego lo derivará a un nivel de mayor capacidad resolutive.

Entre los problemas o las afecciones del recién nacido que requieren intervenciones urgentes se incluyen: Jadeo o ausencia de respiración, dificultad respiratoria, cianosis, bajo peso al nacer, letargia, hipotermia, convulsiones.

2. Reanimación neonatal

Según datos de la OMS (1995) cada año en el mundo, el 19 % aproximadamente de los cinco millones de muertes neonatales que ocurren se deben a causas relacionadas a la asfixia la nacer. Hecho este que sugiere que al mejorarse la técnica de reanimación neonatal, podría reducirse las muertes neonatales.

Aproximadamente el 10% de los RN requieren de algún tipo de asistencia para iniciar la respiración al nacer; y para sobrevivir cerca de 1% requieren medidas más complejas de reanimación.

Conceptos Básicos - RCP en Lactantes

El término lactante se refiere a los neonatos una vez fuera de la sala de partos y se extiende al año (12 meses) de edad.

El "ABC" de la reanimación del RN es el mismo para el adulto. ABC, significa:

Vía Aérea (Airway) posicionar y despejar.

Respiración (Breathing) estimular la respiración.

Circulación (Circulation) valorar la frecuencia cardíaca y la coloración.

Al momento de nacer el niño está húmedo y la pérdida de calor es grande, por lo tanto es importante mantener la temperatura del cuerpo durante la reanimación. La acción más importante y efectiva en la reanimación neonatal es ventilar los pulmones del recién nacido con los pulmones.

Después del nacimiento se separa el RN de la placenta y dependerá de los pulmones como única fuente de oxígeno. Por lo tanto en segundos los pulmones se llenarán de oxígeno y los vasos sanguíneos del pulmón deberán relajarse para perfundir el alvéolo, absorber el oxígeno y transportarlo al resto del organismo. Normalmente los RN hacen esfuerzos vigorosos por introducir aire a sus pulmones con la finalidad de oxigenar la sangre arterial.

El recién nacido que no logra vasodilatar las arteriolas y oxigenar la sangre arterial sistémica puede presentar uno o más de los siguientes hallazgos clínicos:

Cianosis por oxigenación insuficiente de la sangre, bradicardia por entrega insuficiente de oxígeno al miocardio o al tallo cerebral, hipotensión sistémica por hipoxia miocárdica, pérdida de sangre o retorno insuficiente de sangre desde la placenta, antes o durante del nacimiento, depresión del esfuerzo respiratorio por

entrega insuficiente de oxígeno al cerebro, hipotonía por entrega insuficiente de oxígeno al cerebro y los músculos.

Muchos de estos síntomas pueden ocurrir en otras condiciones como infección o hipoglicemia, o en el caso de depresión respiratoria por medicamentos administrados a la madre antes del parto.

Ahora mediante la demostración enseñaremos cómo se deben integrar las aptitudes, y el flujo en el orden adecuado para la RCP eficaz.

3. Transporte de la gestante y del recién nacido.

- Explique a la madre el problema.
- Mantenga tibio al bebé. Envuélvalo y asegure de cubrir la cabeza.
- Traslade el bebé en brazos si es posible, si requiere oxígeno, en una incubadora.
- Promueva el apego y la lactancia materna.
- Asegúrese de que el servicio que atiende al recién nacido cuenten con la información del trabajo de parto, el parto y de cualquier intervención o tratamiento que se le haya administrado.
- Si requiere equipo de transporte. La incubadora debe estar provista de una fuente térmica (a batería o mediante radiador de agua caliente, etc.) y oxígeno, que permitan su funcionamiento autónomo por un mínimo de dos horas. Se requerirá de una bandeja con equipo completo de reanimación, siempre listo para ser utilizado.

4. Abordaje del evento adverso

Abortos y Mortinatos

Cuando las madres se enfrentan con el nacimiento de un niño muerto, aproximadamente el 50% se reprochan a ellas mismas o echan la culpa a otros,

25% lo considera la voluntad de Dios y otro 25% evita pensar en ello. Los sentimientos de vergüenza son habituales relacionados con la vivencia de fracaso como mujeres capaces de dar vida a un niño. Se da un agravante al duelo cuando la pérdida de lo que podría haber sido, de la sensación de futuro. Se recomienda que los padres vean y toquen a la criatura, esto facilita el duelo al existir una "persona tangible".

Cuando no lo deseen no hay que dejar que se sientan culpables por su actitud. Es importante ponerle nombre a la criatura y realizar algún tipo de ritual sencillo. La muerte de un niño despierta una abrumadora sensación de injusticia - por la pérdida de potencial, los sueños fallidos y sufrimientos sin sentido.

Los padres pueden sentirse responsables de la muerte del niño, no importa cuán irracional que pueda parecer, también pueden sentir que han perdido una parte vital de su propia identidad.

Ayuda a los Dolientes

- Compartir el dolor. Permita que ellos - incluso alentarlos - hablen sobre sus sentimientos de pérdida y comparta los recuerdos.
- No ofrecer falsa comodidad. No ayuda a la persona en duelo cuando usted dice "tal vez fue lo mejor" o "tendrás otros hijos." En lugar de ello, ofrezcamos una sencilla expresión de pesar y tomemos el tiempo para escuchar.
- Ofrecer ayuda práctica. Recuerde que puede tomar un tiempo para recuperarse de una pérdida importante. Esté disponible para hablar.
- Sugerir la necesidad de ayuda profesional cuando sea necesario. No dude en recomendar ayuda profesional cuando se sienta con alguien que está sufriendo demasiado dolor hacer frente por sí solos.

Malas noticias: Aquellas que modifican radical y negativamente la idea que el enfermo se hace de su porvenir. La fuerza de la impresión recibida por el paciente, dependerá entonces de la disparidad entre las esperanzas del individuo (incluidas las expectativas de futuro) y la realidad médica.

Comunicación a la familia: La situación de la familia viene caracterizada por la presencia de un gran impacto emocional condicionado a la presencia de múltiples "temores" o "miedos" que, como profesionales sanitarios, hemos de saber reconocer y abordar en la medida de lo posible.

El médico y las malas noticias: El médico es, habitualmente, quien aporta un porcentaje más elevado a la hora de la decisión sobre lo qué se dice y el cómo se dice. Cada médico tiene su propia filosofía, experiencia acumulada y sistema de creencias.

Muchas veces, el médico establece una excesiva distancia emocional con su enfermo, centrándose y ocupándose exclusivamente de los aspectos físicos de la enfermedad. Esta actitud, bloquea en gran medida su capacidad terapéutica.

Los médicos cada vez hablamos menos y escuchamos menos a los pacientes. Olvidamos que el diálogo es uno de los mejores instrumentos terapéuticos, no reemplazable por ningún aparato.

Escucha activa

El profesional de salud debe poner los cinco sentidos para que pueda darse una escucha activa, debe ser centrada en el momento. Ponernos en el lugar del otro.



Facilitación.

Facilitar es favorecer la comunicación, esperar, tener paciencia, es también hacerle un espacio al otro (al doliente) y darle "permiso" con nuestra actitud y ese clima "seguro" que hemos creado, para que cuente lo que se le ocurra o exprese sus emociones más profundas. La tristeza, culpa, miedo, amor y alegría, serán partos más o menos fáciles, solo hay que estar y no interrumpir, mientras que la rabia siempre será un parto difícil. Son técnicas facilitadoras de la comunicación: preguntas abiertas, baja reactividad, miradas, silencios, ecos, asentimientos, hacer resúmenes para resituar mentalmente al doliente.

Informar: Se debe informar al doliente

- Lo sucedido en hechos de acuerdo a la información con la que se cuente.
- Explicarle lo que hoy define el constructo duelo, pero siempre volviendo a insistir que lo suyo es "único" y que tiene permiso para sentir lo que quiera y cuando quiera.
- Aclararle que la evolución teórica del proceso es hacia el ajuste, que todos los seres vivos se adaptan instintivamente a las nuevas situaciones.
- Orientarle sobre las dudas más habituales: "¿Es bueno ir al cementerio?, ¿y llorar?, ¿y hablar siempre del muerto?, ¿porqué ahora no me fío de nada ni de nadie, y porqué me parece todo distinto?, ¿porqué ahora me siento vacío(a)?"

Normalizar.

Normalizar es asegurarle al doliente y se lo está diciendo su médico que lo que siente, piensa, hace es totalmente normal y lo natural en su situación. Esto valida sus reacciones y sentimientos.

Se debe tomar tiempo y tener en cuenta la cadencia del encuentro; controlando nuestra reactividad, dejando transcurrir un tiempo entre el estímulo del doliente y la respuesta que damos.

Lo que especialmente, se debe normalizar, que no se quiera olvidar, ni dejar de llorar que se continúe hablando con él o que se refiera a él en presente.

Indicativos de un Trastorno Depresivo agregado a un duelo

Existen algunos indicativos que nos llevan a pensar en un trastorno depresivo.

Culpa intensa asociada con la pérdida. Preocupación con la muerte independientemente de la muerte específica del ser amado. Marcado retardo psicomotor. Disfunción marcada y prolongada. Alucinaciones no relacionadas con el difunto. Dos semanas o más de síntomas depresivos clásicos incluyendo la anhedonia.

Reconocer los Factores que inciden en el duelo y sus etapas:

Los factores que inciden en el duelo y sus etapas son:

Cultura y costumbres. Espiritualidad, religión y religiosidad. Experiencias previas. Circunstancias de la muerte. Anticipación de la muerte. Tipo de vínculo con la persona fallecida. Características de personalidad del doliente. Redes de apoyo.

Ejemplo de factores culturales y costumbres

- **Budistas:** La inhumación del difunto puede tener lugar días o meses después de la muerte e implica cremación, entierro, o entierro seguido de exhumación del cuerpo y cremación. Como los hindúes creen en la reencarnación, por lo que el cuerpo tiene menos importancia.
- **Cultura Islámica y judía ortodoxa:** No se práctica la cremación, se prefiere el entierro durante las primeras 24 horas.
- **Hindúes:** Consideran a la persona doliente impura durante 10 días, se acompaña de ayuno, no afeitarse y aislarse, el duelo de esposas e hijos debe durar 12 meses.
- **Chinos:** El luto puede superar 27 meses.

Orientar.

Como orientación general, desanimamos la toma de decisiones importantes durante el primer año, pero a la vez fomentamos la toma independiente de decisiones menores.

También podemos asesorar en la reorganización familiar, explicando que la pérdida de uno de los componentes de la familia lo trastoca todo, interacciones, roles, espacios, normas, autoridad, poder, economía, todo se tiene que renegociar y reconstituir.

Trabajo de grupo. Discusión de casos. Socio drama

Caso 1. Llega el esposo de una paciente a la sala de Ginecología del Hospital, preguntando por su esposa que llegó con una preeclampsia severa que se complicó con un Síndrome de Hellp. La trasladaron en ambulancia, pero falleció en el camino. Actualmente está en la morgue. Se acerca a enfermería y pregunta: "Mi esposa y el niño están bien verdad."

- ¿Qué haremos?

Caso 2. La paciente se hizo 10 controles prenatales y había venido al cuarto de Urgencias en tres ocasiones en los últimos 3 días en prodromos de labor. Ahora acude y luego de un ultrasonido se revela un óbito fetal. Nos pregunta insistentemente: ¿cómo está mi hijo?

- ¿Qué haremos?

3.8. FASES DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO.

El proyecto se desarrolló jornadas diarias:



**“ACTUALIZACIÓN SOBRE
CUIDADOS OSBTETRICOS Y NEONATALES ESENCIALES Y DE
EMERGENCIAS”.**

Objetivo General:

Fortalecer los conocimientos, habilidades y destrezas de las enfermeras generales y especialistas, mediante la actualización basada en evidencias científicas sobre cuidados obstétricos y neonatales esenciales y de emergencias.

Lugar: Salón de Conferencia de la Región de Salud de Veracruz, **Ciudad de Santiago**

Fecha: 28, 29, 30 de agosto, 1 y 2 de septiembre de 2008.

PROGRAMA

Hora	Tema	Facilitador
28 de agosto de 2008		
8:00– 9:15 a.m.	Programa protocolar	Carmen Quintero
9:15 - 9: 30	Presentación de los objetivos, generalidades y metodología del curso Expositiva	Lic. Amarelis Quintero
9: 30 – 10:00 a.m.	Presentación de los participantes Dinámica	Lic. Amarelis Quintero
10:00 – 10:30 a.m.	Refrigerio	
10:30 – 11:30 a.m.	Salud Sexual y Reproductiva, enfoque de derechos.	Lic. Amarelis Quintero
11:00 – 12:30 m.d.	Perspectiva de género con respecto a la salud y enfermedad. Lectura dirigida/ Discusión grupal	Lic. Amarelis Quintero
12: 30 – 1: 30 p.m.	Almuerzo	
1:30 – 2:30 p.m	Situación de la salud materna y Neonatal	Lic. Amarelis Quintero
2:30– 3:00 p.m.	Nuevos enfoque para una Maternidad Segura - Funciones obstétricas y Esenciales y de Emergencias - Atención calificada del parto	Lic. Amarelis Quintero
3:00 – 3:30 p.m.	Competencia para el ejercicio de la maternidad segura Exposición dialogada	Lic. AmarelisQuintero/
3:30 – 4:30 p.m.	Cuidado de la embarazada HCPB Expositiva/taller	Lic. AmarelisQuintero/ Lic. Vielka Batista
4:30– 5:00 p.m.		Lic. AmarelisQuintero

CURSO
"ACTUALIZACIÓN SOBRE CUIDADOS OSBTETRICOS Y NEONATALES
ESENCIALES Y DE EMERGENCIAS".

PROGRAMA

Hora	Tema/ estrategia didáctica	Facilitador/ a
29 de agosto de 2008		
8:00– 8.30 a.m.	Resumen del día anterior	Grupo
8.00 - 9: 00	Vigilancia del trabajo de parto Partograma Análisis de caso/ trabajo de grupo	Lic. Amarelis Quintero Lic. Vielka Batista
9.00- 10.00 a.m.	Asistencia del parto Humanizado Conferencia magistral modificada Reflexión Discusión sobre el Video. Parto Humanizado. Semilla de Amor	Lic. Amarelis Quintero
10:00 – 10:30	Refrigerio	
10:30 -11:30 a.m.	Prevención de la Hemorragia Post Parto Manejo Activo de la tercera etapa del parto CD –ROM Interactivo	Lic. Amarelis Quintero Dra. Lourdes Batista
11:30 – 12:00 m.d.	Módulo de Motivación Exposición Dialogada Taller	Dr. Gaspar Da Costa Médico Psiquiatra
12: 00 – 1: 00 p.m.	Almuerzo	
1:00 – 4:00 p.m.	Continuación con el Módulo de Motivación Taller	Dr. Gaspar Da Costa Médico Psiquiatra
4:00 – 4:30	Abordaje del evento adverso, fetal, neonatal y materno. Conferencia magistral modificada	Dr. Gaspar Da Costa
4.30 – 5:00 p.m.	Evaluación del día Asignación de tareas	Grupo

CURSO
"ACTUALIZACIÓN SOBRE GUIDADOS OSBTETRICOS Y NEONATALES
ESENCIALES Y DE EMERGENCIAS".

PROGRAMA

Hora	Tema/ estrategia didáctica	Facilitador/ a
30 de agosto de 2008		
8:00- 8:30 a.m.	Resumen del día anterior	Grupo
8:00 - 9:00	Hemorragia post parto Estudio de casos Trabajo en grupo Análisis de caso	Lic. Amarelis Quintero
9:00- 10:30 a.m.	Prevención de la Hemorragia Post Parto Manejo Activo de la tercera etapa del parto	Lic. Amarelis Quintero
10:30 - 11:00	Refrigerio	
11:30 -12:30 a.m.	GD -ROM Interactivo Análisis y discusión	Lic. Amarelis Quintero
12:30 - 1:30 p.m.	Almuerzo	
1:30 - 2:00 p.m.	Hemorragia en primera mitad de la gestación Amenaza de aborto, Aborto Conferencia	Dr. Domenico Melillo
2:00 - 3:30 p.m.	Continuación con el tema. Trabajo de grupo Lectura dirigida	Lic. Amarelis Quintero
3:30 - 4:30 p.m.	Evaluación del día Asignación de tareas	Grupo

CURSO
"ACTUALIZACIÓN SOBRE CUIDADOS OSBTETRICOS Y NEONATALES
ESENCIALES Y DE EMERGENCIAS".

PROGRAMA

Hora	Tema	Facilitador/ a
1 de agosto de 2008		
8:00 – 8:30 a.m.	Resumen del día anterior	Grupo participante
8:30 – 10:00 p.m.	Hemorragia en primera mitad de la gestación Embarazo ectópico Exposición. Lectura dirigida Trabajo en grupo	Dr. Doménico Melillo
10:00 – 10:30 a.m.	Refrigerio	
10:30 – 11:30 a.m.	Hemorragia en la segunda mitad del embarazo Placenta previa, DPP Exposición dialogada Trabajo en grupo	Lic. Amarelis Quintero
11:30 – 12:00 .md	Plenaria.	
12:00 – 1:00 p.m	Almuerzo	
1:00 – 2: 00 p.m.	Trastornos Hipertensivos durante el Embarazo Pré eclampsia y eclampsia Conferencia modificada Lectura dirigida	Lic. Amarelis Quintero
2:00 – 3:30 p.m.	Transporte de la gestante y del recién nacido. Exposición dialogada Demostración	Lic. Amarelis Quintero
3:30 – 4:00 p.m.	Asignación de tareas.	Lic. Amarelis Quintero

CURSO
"ACTUALIZACIÓN SOBRE CUIDADOS OSBTETRICOS Y NEONATALES
ESENCIALES Y DE EMERGENCIAS".

PROGRAMA

Hora	Tema	Facilitador/ a
2 de agosto de 2008.		
8:00 – 8:30 a. m.	Resumen del día anterior	Grupo participante
8:30 – :9:30 a.m.	Trabajo de parto prolongado Distocias Exposición dialogada Taller	Lic. Amarelis Quintero
9.30 – 10:00 a. m	Plenaria	Lic. Amarelis Quintero
10:00 – 10: 30 a.m.	Refrigerio	
10:30 – 11:00 p.m.	Septicemia puerperal	Lic. Amarelis Quintero
11:00 – 12:00 md.	Atención del nacimiento	Lic, Amarelis Quintero
12.00 – 1:00 p.m.	Almuerzo	
1.00 – 3:30	Reanimación neonatal Presentación de Video Taller/ Demostración	Lic. Lilia Almanza Lic. Amarelis Quintero
3:30 – 4.00 p.m.	Evaluación y Asignación de tareas Asignación de trabajos Clausura de la fase presencial	Lic. Amarelis Quintero

3.9. RESULTADOS DEL PROYECTO

- Cohesión y consolidación del grupo, dinámica de presentación (evidencia fotográfica N° 1 y 2).
- Exposición de temas por la facilitadora del seminario (evidencia fotográfica N° 3).
- Se mantuvo la cohesión y motivación del grupo (evidencia fotográfica N° 5 y 6).
- Se logró la participación activa de las estudiantes (evidencia fotográfica N° 7).
- Uso de papelógrafo (evidencia fotográfica N° 8).
- Se formaron grupos de trabajo para discutir temas y casos (evidencia fotográfica N° 12 y 13).
- Presentación en plenaria de los resultados de los trabajos de grupos (evidencia fotográfica N° 9, 10, 11).
- Uso del multimedia y proyección de video (evidencia fotográfica N° 4 y 13).
- Exposición de temas por la facilitador invitado en el seminario (evidencia fotográfica N° 16 y 17).
- Se entregó un módulo de auto instrucción (Anexo 18).
- 17 enfermeras actualizadas en los cuidados obstétricos y neonatales esenciales y de emergencias (listas de asistencia y certificados de participación).
- El efecto cascada se observó cuando dos enfermeras participantes del seminario reprodujeron dos de los temas presentados, en una jornada educativa realizada el 18 y 19 de septiembre en el Hospital Luis Fábrega.

3.10. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

Foto 1. En este momento las participantes del grupo se presentaban unas a otras. La dinámica fue "buscando mi otro color"



Foto 2. Aquí observamos la jefe de enfermería participando del taller

Foto 3. Se evidencia una de las exposiciones por la estudiante



Foto 4. Aquí se observa el uso del multimedia



Foto 5. Las enfermeras atentas al tema, al fondo observamos el reloj de tareas.

Foto 6. Las participantes prestando atención al tema





Foto 7. Observamos a las participantes en uno de los momentos de discusión de caso

Foto 8. Participación de la facilitadora con un tema y el uso del papelógrafo



Foto 9. Participantes en la plenaria del tema de Salud Sexual y Reproductiva, enfoque de derecho.

Foto 10. Una participante relatando los resultados del trabajo de grupo



Foto 11. Participante en la plenaria del tema de Salud Sexual y Reproductiva, enfoque de género

Foto 12. Participantes en trabajo de grupo





Foto 13. Participantes en trabajo de grupo

Foto 15. Muy atentas en uno de los temas



Foto 16. El doctor Gaspar Dacosta, especialista en Psiquiatría y máster en Salud Pública, invitado para reforzar el módulo de motivación

Foto 17. Presentación de video de motivación. ¿Quién se comió mi queso?



Foto 18. En el momento de un sociodrama, sobre el manejo del momento adverso, "Las malas noticias"

Foto 19. Aquí en momento que se disfrutaba de un refrigerio



CONCLUSIONES

La Práctica profesional es la experiencia enriquecedora, donde se adquiere conocimientos, habilidades y destrezas del proceso de docencia.

La educación es el proceso social por excelencia para lograr cambios conductuales. Resulta más efectiva que cualquier medida de coacción.

Las enfermeras tanto generales como obstetra presentan algunas deficiencias en el tema del cuidado y manejo del parto como de las complicaciones.

Las experiencias y aprendizajes compartidos durante el seminario taller favorecieron el intercambio entre los participantes para convertirse en agentes de cambio.

La participación sostenida en el tiempo y en las sesiones de trabajo de las enfermeras demuestra la necesidad de un programa de actualización continua y permanente en el área de salud sexual y reproductiva incluida el manejo y cuidado de las complicaciones obstétricas y neonatales esenciales y de emergencias, para las enfermeras.

RECOMENDACIONES

Continuar con el desarrollo de la práctica profesional en docencia superior, para fortalecer los conocimientos, habilidades y destrezas para la docencia superior.

Que se elabore y desarrolle un Programa de educación basado en evidencia sobre salud sexual y reproductiva, incluido el manejo y cuidado de las complicaciones obstétricas y neonatales esenciales y de emergencias, para las enfermeras.

Que en las jornadas educativas participen enfermeras de los diferentes niveles de atención, ya que esto favorece el intercambio de conocimientos y experiencias.

Que se desarrolle un programa de pasantía de las enfermeras de los centros de salud, por la clínica de alto riesgo y las salas de parto.

GLOSARIO

La autoestima: es el conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones sentimientos y tendencias conductuales dirigidas a nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y comportarnos, hacia los rasgos de nuestro cuerpo y de nuestro carácter, en resumen es la percepción evaluativo de nosotros mismo.

Atención Calificada: Se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su bebé reciben los cuidados adecuados durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y periodo de post parto y neonatal, ya sea que el parto tenga lugar en el hogar, el centro de salud o el hospital. Para que esto ocurra el proveedor debe tener las destrezas necesarias y además contar con el apoyo de un entorno habilitante en varios niveles del sistema de salud.

Competencia: capacidad del individuo para movilizar todo o parte de sus recurso cognitivos y afectivos enfrentando un conjunto de situaciones complejas.

Enfermera: Persona que ha completado un programa de enseñanza básica de enfermería a nivel superior y está calificada y autorizada para ejercer la profesión.

Enfermera especialista: Enfermera con conocimientos avanzados de una rama de enfermería, que está autorizada por el Comité Nacional de enfermería para ejercer como especialista. La práctica especializada incluye las funciones clínicas, docentes, administrativas, de investigación y de consulta.

Enfermera obstetra: Ese así que se adquiere el compromiso para una maternidad segura y se acordó "El carácter único de la posición de la partera profesional proviene del hecho de que ha decidido prepararse para estar con la mujeres en el evento más esencial de su vida. Aceptó, después de su formación y capacitación, la responsabilidad de cuidar a las mujeres a lo largo de sus años

reproductivos y encargarse por cuenta propia de la promoción de la salud en las familias y en las comunidades. La maternidad segura es por lo tanto su único interés.

Educación continua: el conjunto de experiencias que siguen a la formación inicial y que permiten al trabajador mantener, anotar y mejorar su competencia para que esta sea pertinente al desarrollo de sus responsabilidades.

Profesional calificado: es alguien que es capaz de abarcar un repertorio de habilidades y conocimientos, en diferentes formas y en diferentes contextos, para ejercer su actividad profesional que pueda ser reconocida como competente.

Personal o proveedor calificado en la atención del parto: El término personal o proveedor calificado se refiere exclusivamente a aquellas personas con destrezas en atención profesional del parto (por ejemplo: médicos, parteras profesionales, enfermeros⁹, que han sido capacitados hasta alcanzar pericia en las destrezas necesarias para brindar cuidados competentes durante el embarazo y el parto.

Cuidados Obstétricos Esenciales: Es el conjunto de acciones de cuidado a la salud que deberían estar disponibles a todas las mujeres embarazadas e incluyen acciones preventivas y curativas. Los cuidados obstétricos esenciales incluyen también acciones de emergencias o para salvar la vida de la madre y de su hijo (operación cesárea, remoción de placenta), como también acciones de no emergencias (el partograma, casas albergues o maternas).

Cuidados Obstétricos Esenciales Básico: incluyen la realización de seis funciones claves, Antibióticos inyectables, Oxitocina inyectable, Anticonvulsivantes inyectables, Extracción manual de la placenta, Parto vaginal asistido, Extracción de productos retenidos.

Cuidados Obstétricos Esenciales Ampliado o Integral: incluye las seis (6) funciones básicas más Cesárea y Transfusión de sangre.

Partograma: Representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto. Las mediciones relevantes que se incluyen en el partograma pueden incluir estadísticas como la dilatación cervical en el tiempo, la frecuencia cardíaca fetal y los signos vitales de la madre.

Emergencias obstétricas y perinatales: Es toda complicación que afecta la salud reproductiva de la mujer, parto y puerperio, con riesgo inminente de secuelas y/ o muerte para la madre, feto y recién nacido o ambos.

Parto Humanizado: Es la libertad que tiene la mujer de elegir como, con quien y donde parir.

Hemorragia obstétrica: es toda salida de sangre por los genitales durante el embarazo, parto y /o puerperio. En el parto y puerperio puede ser fisiológico.

Pre eclampsia: Es el hallazgo de hipertensión acompañado por proteinuria, es un trastorno específico de un ser humano.

Septicemia puerperal: Es la infección generalizada que se produce cuando los gérmenes que causan la infección se multiplican e invaden el torrente sanguíneo.

Malas noticias: Aquellas que modifican radical y negativamente la idea que el enfermo se hace de su porvenir

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .

1. American Heart Association/American Academy of Pediatrics (2003) Reanimación Neonatal. 4ta. Edición. EEUU.
2. OPS/OMS, (1994), Marco de Referencia para la Enseñanza de la Salud Reproductiva, Revisado por el Grupo de Cartagena, Colombia.
3. OPS/OMS/UNFPA, (1994), Lineamientos Estratégicos para la Intervención de Enfermería en Emergencia Obstétrica. Colombia.
4. WELLER y WELLS, (1993), "Diccionario de enfermería" 21 Edición. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. ISBN84-486-0127-0.
5. Ministerio de Salud/ Departamento de Enfermería, (1985), Perfil Básico de la Enfermera. Panamá.
6. Ministerio de Salud/ Comité Nacional de Enfermería, (1992), Reglamentación del Ejercicio de Enfermería. Edición, ANEP, Panamá.
7. MINSA, (2004). Políticas y Estrategias de Salud 2004 -2009. Panamá.
8. Haddad Jorge Q. Claseu, María A. Davini, María C. (1994), Educación permanente del personal de Salud. OPS/OMS, Washington, D.C. E.U.A.
9. Tigre, CH. (1993), Uso de la epidemiología en atención primaria. Comunicación personal, Santiago, Chile.
10. OPS, (1990). La Salud en el Desarrollo. Documentos de trabajo para la XV Reunión del Comité Ejecutivo, Washington, D. C.
11. Davini, María C. (1992), Educación permanente en salud. Serie PALTEX N° 38, OPS/ OMS, Washington, D.C.
12. OPS, (1992). Promoción de Liderazgo y Formación Avanzada en Salud Pública, Washington, D.C.
13. Crosby, B. (1993), El análisis político y el sector salud. En: Desarrollo y fortalecimiento de LOS Sistemas Locales de Salud. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, publicación HSS/ SILOS- 17 OPS Washington D.C.

14. Reeve, John Marshall (1994) Motivación y Emoción. McGraw Hill.
15. Branden, Nathaniel. (1997). El Poder de la Autoestima. Piados. 2da Reimpresión.
16. Oliveira, Paulo de. (1993) Técnicas de Liderazgo hoy. San Pablo.
17. Burgos Carlos, (2004), Parir con Pasión, Editorial Longseller
18. Thurner, C, Wegs, C, Randall-David, B. Capacitación Eficaz en Salud Reproductiva: Diseño y Ejecución del Curso. Manual del Capacitador.

Citas.

1. OMS/OPS (2005). Perfil de los servicios de partería en las Américas: Modelos de la atención del parto, Documento Borrador.
2. Id. VII. Resumen.
3. Internationalmidwives. org (homepage on the Internet) Manila: Internacional Confederación of Midwives. Competencies; c2005 (uptate February 22 2005; cited 20 september (2004), Available from: <http://www.Internationalmidwives.Org>.
4. MacDonal M, Starrs: (2003) La Atención Calificada durante el parto. Un cuaderno Informativo para salvar la vida de mujeres y mejorar la salud de los recién nacidos. New York (USA): Family Care Internacional.
5. OMS/UNFPA/UNICEF/BM. Declaración conjunta para la reducción de la mortalidad materna. (1999). Citado por UNFPA. Mortalidad Materna, Actualización 2002, En Especial Atención Obstétrica de Emergencia.
6. OPS/ UNFPA, 1993, Marco de Referencia para la Enseñanza de la Salud Reproductiva. PAHO. Cartagena, Colombia.
7. Comité Nacional de Enfermería, (1992), Reglamentación del Ejercicio de Enfermería. Panamá. Pág. 2.
8. Id:

9. Adapted de Women's Health and the Midwife. A Global Perspective. WHO, 1997. Citado por OPS (2006), Herramientas para el Fortalecimiento de la Partera Profesional.
10. OPS/OMS, 2000. Promoción de la salud. Recomendaciones para la acción
11. Id. Pag.7
12. "Revised 1990. Estimates of maternal Mortality: A New approach by who and UNICEF", OMS, Ginebra, 1996
13. Id.
14. World Development. 1993, Investing in Health, Banco Mundial, Washington, D.C.
15. "Perinatal Mortality, A Listing of Available Information", OMS, Ginebra.1996.
16. Mother Baby Package: Implementing Safe Motherhood In Countries. OMS. Ginebra, 1994
17. Family Care International, 1998. Todo Embarazo está expuesto a riesgo. Hoja Informativa, New York.
18. M. Koblinsky, y Colaboradores, "Mother and More, A Broader. Perspective on Wom's Health", Oxford, 1993.
19. Id.
20. J.E. Rhodes, "Removing Risk from Safe Motherhood", International Journal of Gynecology and Obstetrics, 1995.
21. . Mother Baby Package. Implementing safe Motherhood in Countries. OMS. Ginebra, 1994
22. Ruben Villacaqui, Vidal Mosquera, Mario Olivencia, Alberto Penaranda, Iliana Herrera. Partograma con curvas de alerta en pacientes de la altura. Ginecología y Obstetricia - Vol. 44 N° 1 Abril 1998. Último acceso 21 de febrero, 2008
23. Sanches, Ivan Humberto. Comparação Entre Dois Modelos de Partogramas Aplicados à Assistência Clínica ao Parto de Primigestas. Rev. Bras. Ginecol.

Obstet. [2000, vol. 22, no. 4 [cited 2008-02-20], pp. 245-245. Available from: ISSN 0100-7203. doi: 10.1590/S0100-72032000000400014

24. Nápoles Méndez Danilo, Bajuelo Páez Amelia Emilia, Téllez Córdova María del Socorro, Couto Núñez Dayana. El partograma y las desviaciones del trabajo de parto (en español). Medisan 2004; 8(4): 64-72. Último acceso 21 de febrero, 2008.
25. Instructivo para el Dillgenciamiento de la Historia Clínica del Parto "Partograma" del CLAP - OPS/OMS (en español). [2] Último acceso 21 de febrero, 2008.

ANEXO

Anexo 1

Práctica 3

Luego de analizar muy brevemente las características de un líder, conteste en una hoja en blanco aparte las siguientes preguntas:

PREGUNTARSE

- ¿Cómo puedo dar mayor responsabilidad a los miembros?
- ¿Cómo puedo con ayuda de los miembros encontrar maneras de cambiar mi conducta para hacer al grupo más efectivo?
- ¿Cómo puedo lograr que el grupo se vea en una forma autocrítica para que adquiera conciencia de aquellas áreas en las cuales no está trabajando a su máximo de eficiencia?
- ¿Como se puede hacer más aceptable el ambiente en el grupo?

SABER

- ¿Cómo motivar a los miembros del grupo para que participen más activamente?
- ¿Qué es necesario para que el grupo sea efectivo?
- ¿Cómo poder mantener viva la discusión del grupo?
- ¿Cuáles son los factores que provocan el choque o confrontación?
- ¿Por qué los miembros frecuentemente tienen problemas o dificultades en entenderse unos a otros?
- ¿Cómo puede un grupo auto-analizar su actuación?
- ¿Cuándo es que las decisiones a que llega un grupo resultan más prácticas a decisión individual?

Anexo 2

CONCEPTOS BÁSICOS DE SEXO, SEXUALIDAD, SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

Sexo.

El término "sexo" se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de los seres humanos como hembras y machos.

El significado común del término sexo en el lenguaje coloquial comprende su uso como actividad (por ejemplo, tener sexo) y como un conjunto de comportamientos (por ejemplo roles sexuales), para esta conceptualización técnica el término sexo se limita al plano biológico.

Sexualidad Humana.

La sexualidad es una dimensión fundamental del ser humano, está presente durante el ciclo de la vida y su desarrollo es básico para la formación integral de la persona. Es una manera de comunicación amplia, profunda, trascendental entre los seres humanos; es la forma de expresión de sentimientos complejos como el amor, y el afecto.

La sexualidad es una necesidad humana, que involucra esferas más amplias; en el aspecto biológico, psicológico, espiritual y socio cultural, expresada a través del cuerpo, y define la base de la masculinidad o femeneidad; la auto imagen y el desarrollo de la personalidad.¹

Los estudios indican que la sexualidad se inicia y se expresa desde la etapa prenatal, en donde se observó la succión del pulgar y erecciones. El Dr. S. Reid, estudió y describió las manifestaciones de la sexualidad después del nacimiento.

Los primeros meses de la vida constituyen la primera experiencia de amor y relación madre – hijo ejerce significativa influencia que perdura de por vida, ya que determina la confianza o desconfianza en sí mismo, en su identidad sexual y la formación de la personalidad.

Tradicionalmente la sexualidad se ha reprimido impidiendo la construcción sana, responsable, gratificante y enriquecedora de la personalidad.

Un enfoque integral de la sexualidad parte de tres conceptos claves: la autonomía, la responsabilidad y la vivencia plena de la sexualidad.

- **Sexualidad autónoma:** Se refiere a que hombres, mujeres, niños, niñas y adolescentes tienen acceso a información, orientación y asesoría, que les permite tomar decisiones de manera autónoma y responsable, libre de

presiones, estereotipos y prejuicios, que limitan su capacidad y la posibilidad de ejercer su derecho a la sexualidad.

- **Sexualidad Responsable.** Se trata de que niños, niñas, adolescentes, hombres, y mujeres estén en capacidad de reconocer y prevenir situaciones de riesgo, y de desarrollar prácticas de protección para sí mismo y para las demás personas.
- **Sexualidad plena:** Consiste en que niños, niñas, adolescentes, hombres y mujeres, vivan y experimenten su sexualidad de manera placentera, gratificante, se sientan bien consigo mismos, con las decisiones que toman y las relaciones que mantienen con los demás.

Salud Sexual.

El concepto y enfoque actual de Salud Sexual y Salud Reproductiva, emerge de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo Humano (CIPD), celebrada en el Cairo, en 1994, en donde se planteó que la personalidad humana se expresa de mil maneras. Una de ellas de carácter esencial, es la sexualidad, que influye en los pensamientos, los sentimientos, las relaciones y los actos y que contribuye a generar la energía que impulsa a las personas a buscar el amor, el contacto, la calidez y la intimidad, con lo cual obtienen la salud física y mental.

La definición de la salud sexual recoge esta perspectiva que trasciende el concepto de salud reproductiva y cubre vigencia en todas las etapas de la vida de los individuos. Del mismo modo se enfatizan los derechos sexuales reproductivos como derechos inalienables de las personas. Este enfoque, promovido y reafirmado, desde hace algunos años, reubica el tema de la reproducción, incorporando al aspecto eminentemente biológico – productivo. Las dimensiones éticas, sociales y afectivas que le confieren su característica humana.

La vida sexual constituye un aspecto fundamental de la vida humana que refiere no sólo a una de las principales fuerzas vitales de la persona y la pareja, sino que, bien entendida, contribuye a una mayor comprensión y respeto de las parejas; fomenta una relación más afectuosa y libre de agresiones y violencia.

Salud Reproductiva

Este concepto engloba aspectos muy válidos, que requieren atención urgente, sobre todo por los altos niveles de mortalidad materna que se observa en los países pobres, pero que sigue privilegiando la reproducción como el aspecto principal de la sexualidad.

“Como el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia”²

Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información sobre planificación familiar y el derecho a elegir el método libremente.

La carencia de una buena atención prenatal, de una atención profesional e institucionalizada del parto y un buen seguimiento en las primeras etapas del ciclo de vida, afecta la capacidad productiva y generadora de ingresos de la población; aumenta los costos de tener que enfrentar un sinnúmero de problemas y complicaciones de la salud que afectan por el resto de sus vidas a madres, hijos, hijas y población en general.

Es por ello que un adecuado tratamiento de la salud reproductiva tiene, un impacto significativo en la reducción de la pobreza, tanto para las familias como para la sociedad en conjunto.

Referencias bibliográficas

OPS/OMS, 2000, Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción. Guatemala.

Quintero, A., Venado, T., 2004, Manual de Auto instrucción. Salud Sexual y Reproductiva. Panamá

Anexo 3

DERECHOS SEXUALES

Los derechos humanos son inherentes a los seres humanos; empero, el reconocimiento de los derechos inherentes no crea derechos per se.

Los derechos humanos están por encima de los valores. Si una cultura en particular tiene una costumbre que va en contra de un derecho humano, es necesario cambiar el valor cultural, como sucede en el caso de la práctica cultural de la mutilación genital femenina. "El enfoque de los derechos humanos en materia de promoción de la salud se ha estipulado explícitamente en el caso de la promoción de la salud reproductiva".

El reconocimiento de los derechos sexuales se encuentra en proceso de evolución. Los derechos humanos son aquellos principios que se consideran universalmente como protectores de la dignidad humana y promotores de la justicia, la igualdad, la libertad y la vida misma. Dado que la protección de la salud es un derecho fundamental del ser humano, es obvio que la salud sexual conlleva derechos sexuales.

El grupo de expertos recomienda firmemente que las organizaciones internacionales, tales como la OMS y otros organismos de las Naciones Unidas, promuevan y se conviertan en defensoras de la causa para lograr el consenso acerca de la declaración de los derechos sexuales universales del ser humano, emanada de la Asociación Mundial de Sexología.

Declaración de los derechos sexuales:

El derecho a la libertad sexual: abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Excluyendo toda forma de coerción, explotación y abuso sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.

El derecho a la autonomía, Integridad y seguridad sexuales del cuerpo: es la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. Incluida la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de torturas, mutilaciones y violencias de cualquier tipo

El derecho a la privacidad sexual: derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.

El derecho a la equidad sexual: se refiere a la oposición de toda forma de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.

El derecho al placer sexual: placer sexual incluyendo el autoerotismo.

El derecho a la expresión sexual emocional: Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.

El derecho a la libre asociación sexual: significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsable.

El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables: es el derecho a decidir tener o no hijos, y espaciamiento entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.

El derecho a la información basada en el conocimiento científico: implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.

El derecho a la educación sexual integral: proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.

El derecho a la atención de la salud sexual: la atención de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

Referencias bibliográficas

OPS/OMS, 2000, Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción. Guatemala.

Quintero, A., Venado, T., 2004, Manual de Auto instrucción. Salud Sexual y Reproductiva. Panamá.

Anexo 4

Datos sobre la Salud Sexual y los derechos sexuales y reproductivos

La relación entre la salud y el desarrollo social y económico está ampliamente documentada. Las personas que están sanas y se sienten seguras tienen mayores probabilidades de estudiar, obtener trabajo y participar en la vida de la sociedad. De esta manera contribuyen al crecimiento económico y a la evolución social. El malestar sexual y reproductivo, sobre todo de las mujeres y niñas, es parte importante del malestar mundial.

Aproximadamente 210 millones de mujeres y niñas salen embarazadas cada año. Ocho millones sufrirán de algún tipo de complicación que les podrá causar enfermedades físicas o mentales durante largo tiempo incluso invalidez. Más de 500000 mujeres- una por minuto – mueren a raíz de complicaciones causadas por el embarazo y el parto. El 99 por ciento de estos fallecimientos ocurre en los países en desarrollo.

Las cifras sobre la mortalidad materna reflejan la mayor de las diferencias existentes entre los países ricos y los pobres. El riesgo de que una mujer fallezca debido a complicaciones causadas por el embarazo y el parto es de una por cada cuatro mil en los países ricos y de una por cada diecisiete en los países menos desarrollados.

El acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva¹ podría reducir la cifra anterior. A pesar de esto siguen habiendo 137 millones de mujeres que no tiene acceso a los anticonceptivos a pesar de que desean evitar un embarazo durante los años próximos².

Hay aproximadamente 80 millones de mujeres que salen embarazadas cada año sin haberlo planeado o sin quererlo. La mitad de estos embarazos terminan en abortos. Diecinueve millones de estos abortos se realizan en condiciones pocas seguras.

El 13 por ciento de los casos de mortalidad materna en todo el mundo se debe a abortos inseguros, pero en muchos lugares de los países en desarrollo la cifra es de entre 20 y 50 por ciento. Los abortos inseguros constituyen por lo tanto un serio obstáculo a que se cumpla el Objetivo 5 del Milenio de reducir la mortalidad materna. A pesar de ello los abortos seguros siguen estando fuera del alcance de la mayoría de las mujeres y niñas pobres.

El VIH/SIDA y otras infecciones transmitidas sexualmente (ITS) están ampliamente difundidos en todo el mundo. En 2004 fallecieron 3 millones de personas en el mundo a consecuencia del SIDA. Cinco millones de personas quedaron contagiadas de VIH/SIDA el mismo año. África subsahariana tiene la mayor prevalencia de VIH/SIDA pero la rápida propagación en Europa central y del este y en el sur y el sureste asiático es muy inquietante. Aunque la prevalencia VIH/SIDA sea proporcionalmente baja en el Caribe, el Sida es la causa más frecuente del fallecimiento prematuro de las personas entre 15 y 44 años. La situación del VIH/SIDA también es alarmante en Rusia y la OMS estima

que el número de contagiados está entre 420000 y 1.4 millones de personas. Cada año se registran en Rusia entre siete y ocho mil mujeres embarazadas seropositivas. El índice de Desarrollo Humano del PNUD muestra que el promedio de vida bajó en nueve de diez países afectados. El índice de mortalidad entre los recién nacidos ha aumentado de forma dramática en esos diez países.

Las mujeres representan más de la mitad de las personas que viven con VIH en el mundo y en ciertas regiones el peligro de contraer SIDA es dos veces y media más alto para las mujeres entre 15 y 24 años que para los jóvenes y hombres de la misma edad. El principal motivo de difusión del VIH/SIDA son los contactos heterosexuales en lo que mujeres y jóvenes son las más afectadas³. Las mujeres afectadas que viven en familia de sur de África son un grupo en constante crecimiento que generalmente recibe el contagio de sus maridos. La propagación del VIH/SIDA también es grande entre las mujeres lesbianas ya que ellas también son violadas y obligadas a tener relaciones sexuales con hombres— justamente debido a su orientación sexual⁴.

El objetivo 4 del Milenio, reducir la mortalidad infantil, está estrechamente vinculado a la salud sexual y reproductiva. La supervivencia de los niños aumentó considerable durante la década del 80 pero la tendencia actual hace temer que no se llegue a alcanzar este objetivo del milenio no.

Según el informe sobre el Desarrollo Humano 2005 del PNUD faltarán cuatro millones de niños para que se alcance dicho objetivo. Vemos asimismo que la mortalidad infantil en los países pobres no disminuye entre los pobres pero sí entre los ricos. Un acceso general a los servicios de salud sexual y reproductiva reducirá la mortalidad infantil en forma considerable.

En el mundo hay un total de 70 países que prohíben las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo. Entre los seis países donde la homosexualidad puede ser penada con la muerte solo hay tres en los que la pena capital ha sido aplicada durante los últimos diez años, contraviniendo los instrumentos del derecho internacional.

¹ Se usa el concepto “servicio” en vez de atención (ing. Care) porque se considera que es un concepto más amplio que además de atención también incluye información, asesoría, anticonceptivos y abortos si fuere lega.

² UNFPA, Estado de la Población Mundial 2004, (Nueva Cork. UNFPA, 2004)

³ ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial del SIDA, 2004 (Ginebra.ONUSIDA)

⁴ Asdi (Samelius, Wagberg), Problemas de la Orientación e Identidad Sexual en el Desarrollo, 2005 (Estocolmo, Asdi, 2005)

Anexo 5

EL DERECHO A LA SALUD

La importancia del marco de derechos humanos en las reformas de salud.

Actualmente se discute sobre las relaciones entre economía, derechos humanos y salud. Uno de los problemas principales que emerge es la manera de distribución de los recursos que los gobiernos destinan a la atención sanitaria. Se discuten las prioridades en salud, pero pocas veces se debate la propia prioridad de la salud en las agendas políticas nacionales e internacionales. La conceptualización de la salud entendida y defendida como derecho humano provee de herramientas y mecanismos para posicionar la salud de manera amplia como prioridad en América Latina, al involucrar que:

- 1) Los estados tienen la obligación de respetar, proteger y garantizar el cumplimiento del derecho a la salud en forma universal e interdependiente con el resto de los derechos humanos.
- 2) Un marco de derechos humanos, provee de una importante para aumentar la responsabilidad de los gobiernos, del sector privado, de la cooperación internacional y de la sociedad en general con la salud.
- 3) Un marco de derechos humanos nos obliga a centrarnos en las inequidades. En América Latina, región caracterizada por las profundas brechas económicas sociales, de género, donde los promedios nacionales ocultan profundas diferencias, un enfoque de derechos humanos puede ayudar a identificar y revelar las disparidades, señalar los problemas de discriminación y de exclusión social y movilizar recursos para atender las necesidades de las personas, grupos o de las poblaciones marginadas o históricamente desfavorecidas.
- 4) Los exámenes del cumplimiento de los estándares de derechos humanos, se centran en la revisión de normas, políticas y presupuestos como expresiones de voluntad política; en la promoción de medidas adecuadas para el logro de la equidad, y la eliminación de patrones discriminatorios, contenidos en las políticas o como resultado de su aplicación.
- 5) En la última década, principalmente en el marco de las Naciones Unidas, se ha abierto una oportunidad en el campo internacional de derechos humanos tradicionalmente centrado en los derechos civiles y políticos, para colocar mayor énfasis en los efectos de la pobreza, en el deterioro ambiental, las consecuencias de las políticas macroeconómicas, la discriminación de la mujer, y en general, en los derechos económicos.
- 6) La incorporación del enfoque de derechos humanos no es un ejercicio teórico conducido por especialidades en el campo del derecho sino que tiene implicancias concretas para la forma como los gobiernos y la sociedad organizan, manejan y evalúan su política de salud. Norberto Bobbio, citado por Silesio López¹, señala que el problema actual de los derechos humanos

y ciudadanos no reside en su fundamento, sino en la garantías que los estados deben ofrecer para darles concreción y vigencia,

El contenido del derecho a la salud

Desde la propia constitución de la OMS, se establece que la “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y o no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social”.

La declaración de los derechos humanos, establece en su artículo 25 que “1. “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especial. Todos los niños, nacidos de matrimonio, tienen derecho igual a protección social.”

El Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el “derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental” (Artículo 12) y desarrolla una serie de disposiciones jurídicamente vinculantes que se aplican a todas las personas en los 146 Estados que lo han ratificado. En derecho a la salud se refleja también en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación Racial (ICERD) y la Convención sobre los Derechos del Niño.

Referencia

Ministerio de Asuntos Exteriores de Suecia. (2006) **Política Internacional de Suecia en el Campo de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos**. Estocolmo.

¹ López, S. (1997) Ciudadanos reales e imaginarios: concepciones, desarrollo y mapas de la ciudadanía en el Perú. Lima: IDS – Instituto de Dialogo y Propuesta

Anexo 6

Equidad de Género en Salud

La búsqueda de la equidad constituye el eje central y distintivo del mandato de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y, dentro de este contexto, la equidad de género ha sido destacada como un valor fundamental en la política de salud para todos.

En referencia específica a la equidad de género en las políticas, la actual Directora de la OPS ha afirmado que las "Políticas que no consideren las desigualdades de género terminarán siendo limitantes, produciendo, perpetuando o exacerbando las desigualdades, en desmedro de la salud de la sociedad y de las generaciones futuras.... Incorporar la perspectiva de género en los procesos de reforma es un reto ético y político impostergable que nos asegurará (tener sociedades justas y saludables"

La noción de equidad en salud, reiterando lo anteriormente expresado, se asienta en una visión de la salud como derecho humano fundamentalmente donde los estados tienen las obligaciones para proteger, promover y garantizar la equidad de género. Los instrumentos de derechos humanos, junto al principio de igualdad y no discriminación, consideran la importancia del principio de relevancia. Este principio aplicado en términos de género implica tener en cuenta aquellas diferencias y desventajas que afectan a todas las mujeres o a grupos determinados de mujeres o de hombres, que al no ser consideradas en una política de salud, por ejemplo, contribuyen a mantener las desigualdades o propician daños y riesgos particulares.

Bajo el principio de relevancia se considera legítimo adoptar medida de acción afirmativa tendiente a eliminar estas disparidades. Estas medidas se han aplicado por ejemplo en el campo de la educación (programas específicos para evitar la expulsión o deserción escolar de las niñas o adolescentes); en el campo de la representación política (cuotas en las candidaturas a elecciones, o acción positiva para puestos de decisión); en el campo de salud, sin embargo, existe menor experiencia de este tipo de medidas. Estas medidas tienen vocación de temporalidad, para eliminar las inequidades. Se trata de llegar a situaciones donde las diferencias por diferentes razones ya no sean pertinentes de ser tomadas en cuenta al haber logrado políticas adecuadas de eliminación de desventajas, de desigualdad y por tanto, donde las diferencias no sean fuente de vulnerabilidad o de discriminación.

En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) se insta a los países a promover el empoderamiento de la mujer y la igualdad de género en todas las esferas de la vida, incluidas la

eliminación de todas las formas de discriminación de la niña y la promoción de la participación masculina en los ámbitos de la familia y la salud sexual y reproductiva. La equidad de género apunta a "sustituir las relaciones tradicionales de dominación masculina por otras de cooperación entre hombres y mujeres en todos los ámbitos..."; mientras que el empoderamiento alude tanto a "la creciente participación de las mujeres en todas las esferas de la vida social como el fortalecimiento de sus organizaciones para luchar de manera concertada dentro del sistema político a favor de una efectiva igualdad de derechos y de oportunidades" (Comité Especial sobre Población y Desarrollo de la CEPAL, 1999)

La equidad de género en salud implica considerar:

- a) En el estado de salud y sus determinantes: La eliminación de diferencias injustas y evitables entre hombres y mujeres, en las oportunidades de disfrutar de salud, en la probabilidad de enfermar, discapacitarse o morir por causas prevenibles.
- b) En el acceso y la utilización de servicios de salud de acuerdo a las necesidades. Incluye los distintos efectos que un sistema de salud puede tener sobre hombres y mujeres que se derivan de distintas causas: 1. Diferentes necesidades de atención; 2. Distintos riesgos asociados a actividades consideradas como masculinas o femeninas; 3. Divergencias en las percepciones de hombres y mujeres tienen sobre la enfermedad; 4. Distintas prácticas que condicionan las conductas de búsqueda de atención; 5. Desigualdades en el grado de acceso a recursos básicos, así como desigualdades en el acceso a servicios básicos.
- c) En el financiamiento de la atención en acuerdo con la capacidad económica, y no con relación a necesidades o riesgos. Involucra especialmente acciones afirmativas que impliquen que las mujeres no tengan que contribuir más que los hombres por razones ligadas a la biología de la reproducción, mayor morbilidad y mayor esperanza de vida.

En el balance en la distribución de la carga de responsabilidades y poder en el cuidado de la salud: Que se reconozca, facilite y valore aproximadamente el trabajo de atención de la salud, ya sea este remunerado o gratuito, y que mujeres y hombres participen en plé de igualdad en los procesos de toma de decisión dentro de las esferas micro y macro del sistema de salud.

Anexo 7

Las dimensiones de la inequidad de género en el ámbito de la salud

La OPS (Gómez, 1998, 2000, 2001) analiza las dimensiones de la inequidad de género. Se proponen una serie de consideraciones:

- a) Hombres y mujeres presentan diferencias en salud: esperanza de vida, prevalencia de enfermedades y daños, carga de enfermedad, utilización de servicios, responsabilidades financieras, provisión de salud, poder de decisión, y necesidades particulares en el ámbito de la salud. Estas diferencias son, a menudo, fuente de desigualdad, exclusión o discriminación, que afecta principalmente a las mujeres.
- b) La interacción de diferentes formas de desigualdad en salud se da en contextos determinados. El análisis de género no puede estar aislado de los análisis socioeconómicos, étnicos, etc., y se requiere profundizar estas intersecciones y articulaciones como determinantes claves de la desigualdad de oportunidades en el acceso y el poder sobre los recursos y servicios que propician la salud.
- c) Se requiere también tomar en cuenta que en las sociedades, y en las diferentes culturas existen diferentes formas de entender los procesos de salud-enfermedad, diferentes acercamientos a las manifestaciones corporales. En este sentido los aspectos de interculturalidad son esenciales para entender las dinámicas entre los sistemas de salud y la sociedad.

La incorporación de la dimensión de género en la formulación y monitoreo de políticas obedece, por tanto, a mandatos explícitos de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, con base en las obligaciones emanadas de los compromisos internacionales de carácter vinculante o no vinculante adoptados en el seno de las Naciones Unidas.

La equidad es un concepto ético asociado a los principios de derechos humanos y justicia social; que lleva asociada responsabilidad estatal frente al sufrimiento innecesario.

La equidad en salud es el logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos. La equidad en la atención de salud significaría que los recursos para la salud sean asignados de acuerdo con la necesidad, los servicios sean recibidos de acuerdo con las necesidades y la contribución al financiamiento de los mismos sea hecha de acuerdo con la capacidad económica. OPS.

Anexo 8

Práctica. Cálculo de la FPP

Calcule la FPP, según Naegele:

Caso N°1. María, informa que la FUM fue el 17 de junio de 2007. La menstruación inició el 13 de junio, y finalizó el 17 de junio del 2007.

Caso N° 2. Laura, informa FUM el 3 de abril del 2007, la menstruación inició el 3 de abril y terminó el 8 de abril

Calcule la FPP, según Wahl:

Caso N°3. Edith refiere que la FUM, fue el 5 de mayo del 2007. Inició menstruación el 5 de mayo y terminó el 9 de mayo del 2007.

Caso N° 4. Berta, refiere que la FUM, fue el 16 de diciembre del 2007. Inició la menstruación el 10 de diciembre y finalizó el 16 de diciembre del 2007.

Calcule la FPP, según Pinard:

Caso N° 5. Josefa refiere FUM, el 19 de febrero del 2008, inició menstruación el 15 de febrero y finalizó el 19 de febrero del 2008.

Caso N° 6. Elolsa refiere FUM, el 2 de abril de 2008, inició menstruación el 2 de enero y finalizó el 8 de abril del 2008.

Respuestas de los ejercicios.

1. 20 de marzo del 2008
2. 10 de enero del 2008
3. 15 de febrero del 2008
4. 20 de septiembre del 2008
5. 29 de noviembre del 2008
6. 18 de enero del 2009

Anexo 9

Práctica Llenado de la HCPB

Normas generales del trabajo grupal.

En el ejemplo que se presenta a continuación, los datos se registraran en la Historia Clínica Perinatal Base.

El grupo elegirá un coordinador que deberá ordenar la discusión haciendo participar en la misma a todos sus integrantes. Se elegirá un relator, quien será el encargado de presentar en la reunión plenaria las conclusiones a las que el grupo llegó sobre la HCP presentada, las eventuales dificultades de su llenado.

Ejercicio, Caso N° 7

JM, de 29 años, con un nivel educativo secundario completo, soltera, que fuma cinco cigarrillos diarios, con antecedentes familiares de gemelares, secundigesta, primipara, con un parto vaginal anterior, en julio de 2005, de un recién nacido de 33 semanas de gestación, de 1400g de peso que murió a los 4 días de nacido.

JM, concurre el 22 de enero de 2008 a su primera consulta y refiere que su ciclo menstrual es regular y que su última menstruación comenzó el 13 de noviembre de 2007.

Mide 155 cm y refiere un peso habitual de 52 kilos. Ha sido vacunada contra el tétano en su anterior embarazo. Es de grupo sanguíneo A Rh positivo. Los exámenes clínicos, de mamas, de pelvis de cérvix son normales. El examen dental se deriva por norma al odontólogo. Se toma muestra de Papanicolaou.

En la primera consulta del 22 de enero se constata un peso de 53.5 kilos, presión arterial de 110/70 y altura uterina de 10.5 cm. Se solicita rutina de laboratorios.

En el examen del 10 de marzo el peso es de 57Kg, presión arterial de 110/75 y la altura uterina de 17 cm. Los resultados de laboratorios del 1 de marzo e informan Pap II, VDRL negativo y Hb de 10 g.

El 28 de abril, el peso es de 58.2 Kg, la presión arterial 120/80, la altura uterina de 25 cm, la FCF 155 latidos por minuto. La madre refiere 2 contracciones en una hora y 20 movimientos fetales por hora.

El 27 de mayo el peso de 60,2 Kg, la presión arterial 140/95, la altura uterina 26 cm, la FCF 150 latidos por minuto. La madre refiere 3 contracciones en 1 hora y 20 movimientos fetales. Se indica reposo en domicilio y se solicita proteinuria.

El 10 junio el peso es de 60 Kg, la presión arterial de 135/90, la altura uterina es de 26 cm, presentación pelviana, la FCF 150 latidos por minuto. La madre refiere 6 contracciones y 15 movimientos por hora. La proteinuria es positiva.

El 25 de junio el peso es de 59,5 Kg la presión arterial 140/90. La altura uterina es de 26.5 cm, presentación cefálica, la FCF140 por minuto, La madre refiere 6 contracciones y 15 movimientos por hora.

El 3 julio, la grávida ingresa al Hospital a las 1:30 a.m. horas con 4 cm de dilatación, membranas íntegras. OIIT en el plano II, 3 contracciones en 10' de 40' de duración, FCF140 latidos por minuto. La FC materna 80 latidos por minuto y la presión arterial 140/90. A las 2:30 a.m. presenta 6 cm de dilatación, membranas íntegras. OIIT en el plano II, 3 contracciones en 10' de 40' de duración, FCF140 latidos por minuto. La FC materna 80 latidos por minuto y la presión arterial 140/90.

A las 4:43 a.m. horas la grávida tiene un parto espontáneo, en cefálica, con episiotomía con anestesia local, luego de un periodo expulsivo de 15', en sala de partos. El alumbramiento espontáneo se produce a las 5:00 horas de la mañana. Placenta completa al examen efectuado por la enfermera Isabel González que atendió el parto, no comprobándose ningún desgarro.

El RN de sexo masculino es recibido por la enfermera de guardia, Raquel Tolosa, quién evalúa puntaje de Apgar de 6 al 1er minuto y de 8 a los 5 minutos. El RN, pesa 2150 g, observándose a los 7 minutos de vida un niño rosado que respira sin dificultad, con buen tono muscular que llora vigorosamente y que impresiona por examen físico de 37 semanas. VDRL en sangre de cordón negativo.

El examen de abdomen y cardiovascular es normal, durante el examen emite orina, con chorro miccional normal. Orificio anal normal. La talla es de 47 cm y su perímetro cefálico de 33 cm. Es entregado inmediatamente a la madre con indicación de amamantamiento precoz.

En el control a los 15' del post parto, el pulso era de 90 por minutos, la presión arterial 140/90, buena retracción uterina, pérdida sanguínea normal. Al evaluarla a la hora se mantenían los mismos parámetros. A las 24 horas, la temperatura era de 36.8°C, el pulso 70 por minuto, la presión arterial 130/85, buena retracción uterina y loquios normales. Dos días después del parto, madre e hijo de alta con cita para consulta externa.

Previo al alta, la madre es aconsejada sobre métodos anticonceptivos y decide continuar con el método del condón.

Anexo N° 10

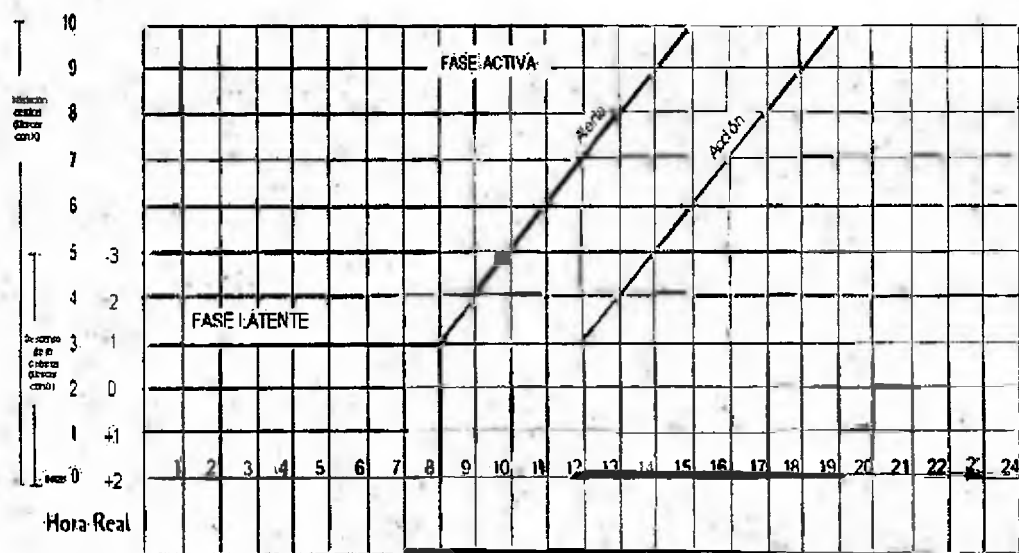
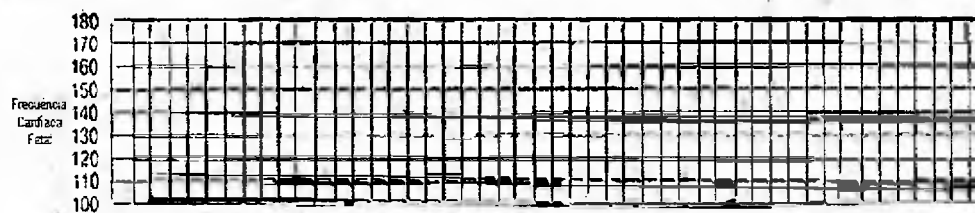
FECHA DE NACIMIENTO										RAZA										ESTUDIOS										ESTADO CIVIL										CONTROL PRENATAL EN																																																											
dia mes año										blanca negra india										ninguno primaria secundaria univers										soltero casado										PARTO EN																																																											
EDAD (años)										menor de 15 de 15 a 20 de 20 a 35										menor de 15 de 15 a 20 de 20 a 35										soltero casado										PARTO EN																																																											
ANTECEDENTES PERSONALES										DRS GINECOLÓGICOS										GASTOS PREVIOS										ABORTOS										VAGINITIS										FIN EMBARAZO ANTERIOR																																																	
no si										no si										no si										no si										no si										no si																																																	
TBC diabetes hipertensión prolapso de válvulas cardiaca grave										último PREVID <500g <300g										Jugares ovariectomía										partos cesárea										nacidos muertos										EMBARAZO PLANEO																																																	
PESO ANTERIOR TALLA (cm)										EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s										FUVA										ALCOHOL DROGAS										AJP TETANICA										ANTIRRUECLA										EX NOCTURNO																																							
1																																																																																																			
BACTERIEMIA GRUPO Rh										PARARICOLAUL										VIH										VORL/PR										SIFILIS										VORL/PR										Hb										Hb										ESIREPTOCOCO										P.S.V. en									
Sensit.										COLPOSCOPIA																				no si										20 sem										Hb										20 sem										25-37 semanas										VERSION EXTERNA																			
dia mes año gest										posic										altura uterina										cuello uterino										gravidades										movim. fetales										signos de alarma										gestación										falta de																			
1																																																																																																			
2																																																																																																			
3																																																																																																			
4																																																																																																			
5																																																																																																			
6																																																																																																			
7																																																																																																			
PESO AL NACER										HOSPITALIZ										CORIÓCIDES ANTERIALES										NACIO										RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO										EDAD GEST										PRESENTACION										TAMANO FETA										ACOMPAÑANT																			
2500 g										en EMBARAZO										este antes completo										este antes incompleto										nada de										hacia										por FUM										cefálica										9										1									
CARIE																				multiples										ninguna										uter do										18 h										por FUM										por FUM										por FUM										por FUM									
HTA previa										HTA inducida										diabetes										diabetes										diabetes										diabetes										diabetes										diabetes										diabetes																			
NACIMIENTO										VIVO										MORTO										MORTO										MORTO										MORTO										MORTO										MORTO										MORTO																			
POSICION PARTO										DEBILIDAD										LACTANCIA										PESO AL										APGAR										REANIMADO										A.L.P.E. en										PARTO										PARTO																			
SEXO										PESO AL NACER										EG CONFIABLE										FUVA										ECO										ESTIMADA										TAM/AJP										NACIM										NACIM																			
masculino										2500 g										si										si										si										si										si										si										si																			
DEFECTOS CONGÉNITOS																																																																																																			
vivo después de nacido										vivo después de nacido										vivo después de nacido										vivo después de nacido										vivo después de nacido										vivo después de nacido										vivo después de nacido										vivo después de nacido																													
Nombre Recien Nacio										Residencia										REFERIDA										RESPUESTA										RESPUESTA										RESPUESTA										RESPUESTA																																							

Anexo 11

Trabajo de grupo Analice el caso N° 7 y grafique en el partograma

Nombre: _____ CIP: _____ G_P_ _____ Nro. de historia clínica: _____

Fecha de Admisión: _____ Hora de Admisión: _____ Ruptura de Membranas _____ horas



Anexo 12

Práctica 6. Manejo activo de la tercera etapa del parto Análisis de situaciones clínicas en obstetricia

Indicaciones:

A continuación se presenta un caso clínico en obstetricia, estudie y analice el caso.

Caso N° 1

Paciente que se encuentra en el periodo post parto inmediato, presenta los siguientes antecedentes:

- a) Multípara de tres partos normales.
- b) Edad 34 años
- c) Antecedente de hemorragia post parto, en el segundo parto
- d) Actual embarazo fue controlado tardíamente, solo un control a las 37 semanas.
- e) Parto actual espontáneo, de 10 horas de evolución, con recién nacido cuyo peso fue de 3,950 grs.
- f) Al examen presenta signos vitales: P/A 100/40 mmHg, Pulso: 100 por minuto, T° 37° C piel y mucosas pálidas, extremidades frías, consciente pero excitada.
- g) Al examen obstétrico se aprecia útero de consistencia blanda, que se retrae al estímulo manual, sangrado abundante.

En relación a esta situación analice y responda

- 1. Que antecedentes eran relevantes tener presente antes del parto de esta usuaria. Fundamente.
- 2. Qué medidas preventivas debieron asumirse durante el parto de esta usuaria.
- 3. Teniendo presente los signos vitales, en que etapa del shock hipovolémico se encontraría. Fundamente.
- 4. Cuál es el diagnóstico que plantea.
- 5. Teniendo presente al diagnóstico planteado, cuáles son las medidas inmediatas y mediatas que usted asume. Describa cada una de ellas.

Anexo 13

PRÁCTICA ANÁLISIS DE SITUACIONES CLÍNICAS EN OBSTETRICIA

Indicaciones:

A continuación se presentan cuatro situaciones clínicas en obstetricia. En el grupo de trabajo al cual usted pertenece, se le asignará el análisis de una de estas situaciones, organice el trabajo de grupo designando un moderador, una secretaria y un expositor, el cual debe exponer en plenaria. Dispone de 30 minutos para realizar el trabajo de grupo y de 15 para la exposición.

CASO Nº 1

Se encuentra en período post-parto inmediato, usuaria que presenta los siguientes antecedentes:

- a) Multípara de tres partos normales
- b) Edad 34 años
- c) Antecedente de hemorragia post-parto, en el segundo parto
- d) Actual embarazo fue controlado tardíamente, solo un control a las 37 semanas
- e) Parto actual espontáneo, de 10 horas de evolución, con recién nacido cuyo peso fue de 3.950 grs.
- f) Al examen presenta signos vitales : P/A 100/40 mmHg, Pulso: 100 por min., T° 37°C piel y mucosas pálidas, extremidades frías, conciente pero excitada
- g) Al examen obstétrico se aprecia útero de consistencia blanda, que se retrae al estímulo manual, metrorragia abundante.

En relación a esta situación analice y responda:

- 1) ¿Qué antecedentes eran relevantes tener presente antes del parto de esta usuaria? Fundamente
- 2) ¿Qué medidas preventivas debieron asumirse durante el parto de esta usuaria?
- 3) Teniendo presente los signos vitales, en que etapa del shock hipovolémico se encontraría. Fundamente su respuesta
- 4) ¿Cual es el diagnóstico que plantea?
- 5) Teniendo presente al diagnóstico planteado, cuales son las medidas inmediatas y mediatas que usted asume. Describa cada una de ellas.

CASO Nº 2

Durante el Trabajo de Parto de la Sra. María, al realizar la auscultación de los LCF usted constata que estos se encuentran en 110 por minuto. Dentro de los antecedentes que presenta la gestante se encuentra:

- a) Multípara de 2 hijos

- b) Edad 25 años
- c) Embarazo no controlado, Edad Gestacional Dudosa, que a la clínica impresiona como una gestación de término
- d) Cursa Período Dilatante, CU 4-5 /10/ 45", el Tacto Vaginal de hace 30 minutos indica cervix borrado 100%, central, dilatación de 4 -5 cms, presentación cefálica de vértice OIIA, primer plano de Hodge, membranas rotas, no se aprecia pérdida de líquido amniótico
- e) Al realizar auscultación después de la contracción los LCF se constatan en 100 por minuto

Respecto de esta situación analice e indique:

- 1) ¿Cuál es el diagnóstico que postula?
- 2) ¿Qué antecedentes le permiten realizar dicho diagnóstico?
- 3) ¿Cuál sería la posible etiología de este cuadro?
- 4) ¿Qué medidas inmediatas asume respecto de esta situación?
- 5) Al evaluar a través de un Tacto Vaginal a la usuaria, se constata que el período dilatante ha progresado, la dilatación se encuentra en 6-7 cms, la presentación se ubica entre el I y II plano de Hodge y se aprecia pérdida de líquido amniótico levemente teñido de meconio, por lo que se decide reanimación intrauterina y parto vaginal. Indique en que consiste dicha reanimación, que medidas usted asume y como evalúa la respuesta fetal a estas medidas
- 6) Si usted asiste el período expulsivo de esta usuaria cuales son las medidas que debe considerar, teniendo presente los antecedentes del período dilatante.

CASO N° 3

Ingresa a unidad de hospitalizado, usuaria con los siguientes antecedentes.

- a) Primigesta
- b) Edad 17 años
- c) Cursa embarazo de 37 semanas, controlado tardíamente
- d) Dentro de los exámenes de laboratorio con los que ingresa se encuentra:
- e) Hematocrito de 39%, hemoglobina 10 gr%, proteinuria cualitativa (+)
- f) Al ingreso en el examen físico presenta: P/A 165/110 mmHg, Pulso 85 por minuto, T° 36,5 °C, cefalea (+). El examen obstétrico indica LCF en 140 por minuto, DU (-) Altura Uterina: 30 cms, Útero levemente aumentado de tono.

Respecto de esta situación analice e indique:

- 1) ¿Qué antecedentes de riesgo presenta la usuaria?
- 2) De acuerdo a los parámetros clínicos señalados ¿Qué hipótesis Diagnóstica Plantea? Fundaméntela
- 3) ¿Que parámetros clínicos y antecedentes anamnésticos indaga y evalúa en la usuaria?

- 4) ¿Cuáles serían los exámenes de laboratorio prioritarios que deben tomarse?
- 5) ¿Cuáles serían sus conductas inmediatas al identificar a esta gestante?
- 6) Si se decide iniciar terapia con Sulfato de Magnesio en que consiste la dosis de impregnación y mantención y como controla dicha terapia dentro de las horas siguientes, que parámetros le indican complicación de la situación clínica

CASO N° 4

Usted controla durante el periodo del puerperio inmediato (dentro de las dos primeras horas), puérpera de un parto de término espontáneo, que presenta los siguientes antecedentes:

- a) Multípara de 1 parto de término espontáneo
- b) Sin control prenatal
- c) Al ingreso al hospital presentó los siguientes signos vitales P/A 130/80 mmHg, Pulso 90 por minuto, T° 36,5 °C
- d) Al control usted pesquisa a la paciente conciente pero desorientada temporo espacialmente, los parámetros obstétricos están dentro de límites normales, es decir no presenta metrorragia, útero bien retraído, diuresis negativa en las últimas 4 horas, la P/A es de 165/100 mmHg Pulso 95 por minuto, reflejos osteotendíneos están exaltados.

Respecto de esta situación analice e indique:

1. ¿Qué antecedentes de riesgo presenta la usuaria?
2. ¿Qué hipótesis diagnóstica se plantea?
3. De acuerdo a la hipótesis diagnóstica planteada que conductas inmediatas asume
4. ¿Cuáles serían los exámenes de laboratorio que deberían solicitarse y de acuerdo a la hipótesis diagnóstica planteada?, ¿cómo estarían los resultados de dichos exámenes?
5. ¿Cuáles son los riesgos a los cuales está expuesta esta usuaria?
6. ¿Cuáles serían las conductas a mediano plazo que deben instaurarse y cual sería el manejo que usted haría?

Anexo 14
Tarjetas de Invitación



Anexo 15
Certificado de Asistencia

MINISTERIO DE SALUD
UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
Extensión Soná
Facultad De Ciencias De La Educación



Certifican a:



Como Participante del Seminario – Taller “Actualización Sobre
Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales y de
Emergencia”

Del 28 de agosto al 02 de septiembre del 2008

Santiago, Veraguas

Duración 40 horas presenciales, 80 horas virtuales

Dr. Eduardo Barsallo

Director de Postgrado e Investigación

Dr. Daniel Batista

Director de Extensión Universitaria
Soná

Dra. Romelia De La Guardia

Directora Regional de Salud

Anexo 16

REFLEXIÓN "LA LEY DEL CAMIÓN DE BASURA"

¿Qué tan a menudo permites que las cosas absurdas de otras personas te cambien el humor, que los pésimos conductores, los meseros irrespetuosos, el brusco de tu jefe o algún empleado insensible te arruinen el día?

Cada vez que tienes una mala experiencia con este tipo de personas, por lo menos te dejan siempre medio tambaleando, al menos que seas "Terminator". Sin embargo, una de las características de las personas con éxito es el hecho de que en lugar de quedarse clavados en esa mala experiencia, es que muy rápido se pueden volver a enfocar en lo que realmente es importante.

Hace dieciséis años yo aprendí esa lección. La aprendí en el asiento trasero de un taxi neoyorquino. Esto fue lo que sucedió:

Me subí a un taxi rumbo a la Estación Central del Ferrocarril y cuando íbamos por el carril de la derecha, por poco nos estrellamos con un carro que así de repente y de la nada salió como bolido de donde estaba estacionado.

El conductor del taxi en que iba alcanzó a frenar a todo lo que daba, el taxi se derrapó y por un pelo de rana casi le pegamos al auto que quedó frente a nosotros.

Después de esto, el conductor del OTRO auto, el tipo que casi causó el accidente, asomando la cabeza por la ventanilla comenzó a gritarnos una cantidad horrible de insultos y majaderías. Todavía recuperándome del susto, lo que acabó de sacarme de mis casillas fue la actitud del chofer de mi taxi, quien en forma extremadamente amistosa y cortés le sonreía y saludaba con la mano al conductor del otro auto.

Yo estaba furioso y confundido, pero no me quedé con las ganas y le pregunté al chofer de mi taxi que porque se ponía a sonreír y saludar al tipo que casi nos hizo chocar, arruinar su taxi y posiblemente hasta enviarnos al hospital. Entonces, el taxista con voz pausada me contó lo que ahora yo llamo "La Ley del Camión de Basura".

Mire, me dijo: ¿Ve aquel camión de basura? Sí, le dije ¿y eso que tiene que ver? Pues, así como esos camiones de basura existen, hay muchas personas que van por la vida llenos de basura, frustración, rabia, y decepción. Tan pronto como la basura se les va acumulando, necesitan encontrar un lugar donde

vaciarla, y si usted los deja seguramente le vaciarían su basura, sus frustraciones, sus rabias y sus decepciones.

Por eso cuando alguien quiere vaciar su basura en mí, no me lo tomo a personal; sino tan solo sonrío, saludo, les deseo todo el bien del mundo y sigo mi camino. Hágalo usted también y le agradará el haberlo hecho, se lo garantizo.

A partir de ese día comencé a pensar que tan a menudo permito que estos Camiones de Basura me atropellen; y me pregunte a mi mismo que tan a menudo recojo esa basura y la esparzo a otra gente en casa, en el trabajo o en la calle. Así que me prometí que ya jamás lo iba a permitir. Comencé a ver "Camiones de Basura" y así como el niño de la película "El Sexto Sentido" decía que veía a los muertos, bueno ahora así yo veo a los "Camiones de Basura". Veo la carga que traen, los veo que me quieren echar encima su basura, sus frustraciones, sus rabias y sus decepciones y tal y como el taxista me lo recomendó, no me lo tomo a personal, tan solo sonrío, saludo, les deseo lo mejor y sigo adelante.

Los buenos líderes saben que tienen que estar listos para su próxima reunión.
Los buenos padres saben que tienen que recibir a sus hijos con besos y abrazos.
Los líderes y los padres saben que tienen que estar física y mentalmente presentes y en su mejor estado para la gente que realmente es importante para ellos.

En resumen, la gente exitosa no permite que los "Camiones de Basura " absorban su día.

Autor desconocido

Anexo 17

**EVALUACION
SEMINARIO TALLER: ACTUALIZACIÓN SOBRE CUIDADOS OBSTÉTRICOS
Y NEONATALES ESENCIALES Y DE EMERGENCIA**

Instrucciones: Marque con una (x) en la columna seleccionada

CRITERIO	PUNTAJE ALCANZADO				OBSERVACIONES
	4	3	2	1	
CONTENIDO					
Alcance de los objetivos					
Claridad del contenido de los temas					
Innovación del contenido de los temas					
METODOLOGIA					
Técnicas didácticas adecuada					
Visibilidad de las audiovisuales					
Relación de las audiovisuales con el contenido					
ORGANIZACIÓN					
Distribución del horario para cada tema					
Contenido y ambiente físico					
FACILITADORES (AS)					
Dominio del tema					
Motivación a los participantes					
PUNTUACION TOTAL					

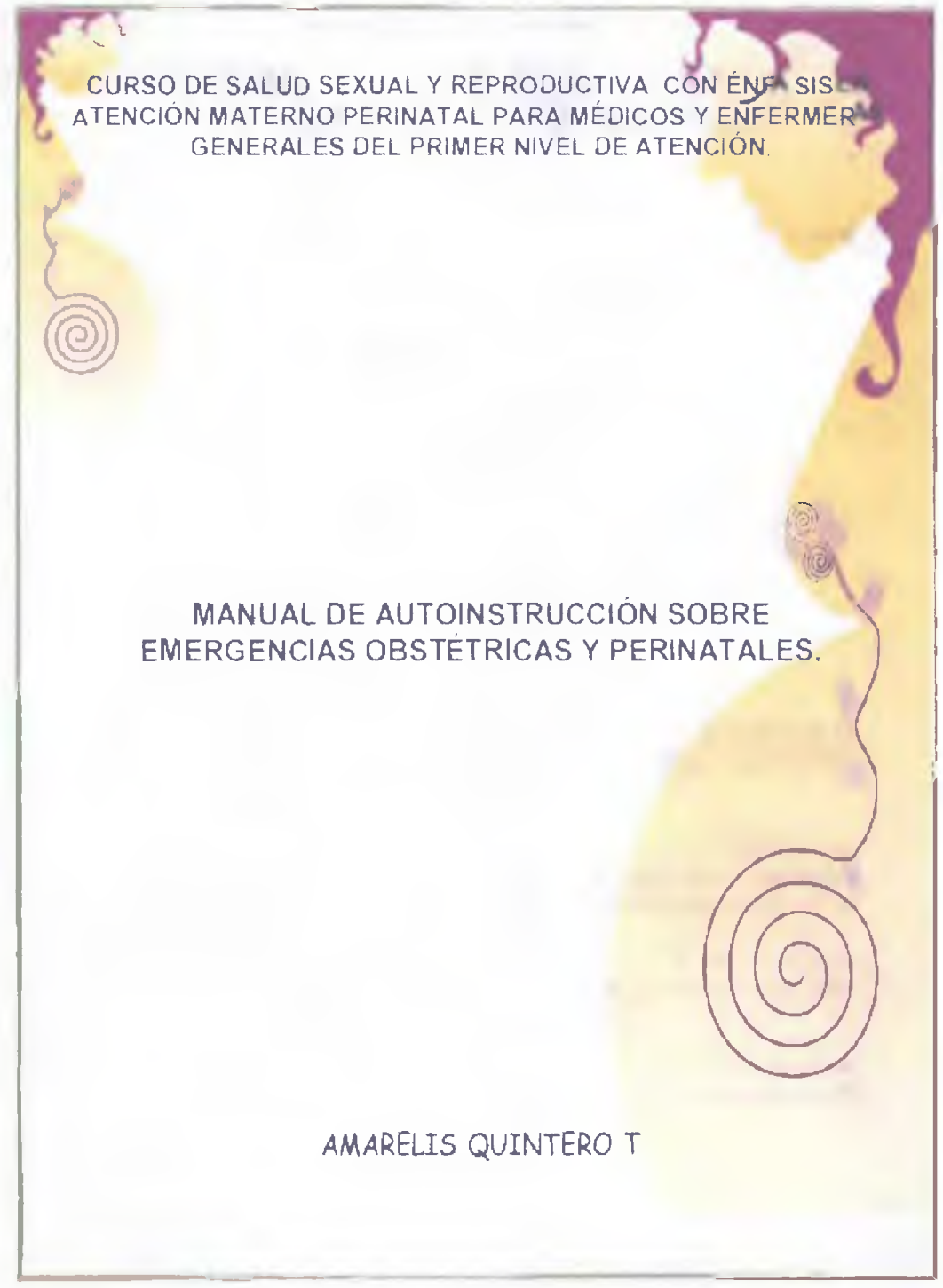
Clave: Excelente=4 Bueno=3 Regular=2 Necesita Mejorar=1

Escala

E=40 puntos B=39-30 puntos R=29 -20 puntos N=19 y menos puntos

Considera que los conocimientos adquiridos le permitirán mejorar el desempeño de sus funciones y de que manera:

Menciones otros temas que le interesaría usted que se programaran para próxima actividad:



CURSO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ÉNFASIS EN
ATENCIÓN MATERNO PERINATAL PARA MÉDICOS Y ENFERMEROS
GENERALES DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

MANUAL DE AUTOINSTRUCCIÓN SOBRE
EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y PERINATALES.

AMARELIS QUINTERO T

**CURSO DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA
CON ÉNFASIS EN LA ATENCIÓN MATERNO PERINATAL**

MANUAL DE AUTOINSTRUCCIÓN

**MÓDULO
EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y PERINATALES.**

**ELABORADO
AMARELIS QUINTERO T.**

**REVISADO
PAULINO VIGIL DE GRACIA.
MÉDICO GINECO OBSTÉTRA**

**MAGALLY M. DE ZEVALLOS
MÉDICO GINECO OBSTÉTRA**

**PANAMÁ, 2005
Primera revisión 2007**

INDICE

Índice	iii
Introducción	vi
Instrucciones para el uso del manual	
Tarea 1. Emergencias obstétricas y perinatales	1
1. Información	1
2. Todo embarazo es de riesgo	2
3. Atención Calificada del parto	3
4. Definición de Emergencias Obstétricas y Perinatales	4
5. Respuesta de una emergencia	5
Práctica 1	6
Tarea 2. Generalidades de las hemorragias obstétricas	7
1. Información	7
2. Definición	7
3. Clasificación	7
4. Causas	8
5. Manejo	8
Práctica 2	10
Tarea 3. Hemorragia en primera mitad de la gestación	11
1. Información	11
2. Aborto	12
3. Embarazo Ectópico	15
Práctica 3	16
Tarea 4. Hemorragia en la segunda mitad del embarazo	18
1. Información	18
2. Causas	18
2.1. Placenta Previa	18
2.2. Desprendimiento prematuro de placenta	19
Práctica 4	22
Tarea 5. Hemorragia por lesiones del parto	23
1. Información	23
2. Definición	23
3. Causas	23
4. Clasificación	23
5. Factores condicionantes	24
6. Signos y síntomas	24
7. Manejo	24
8. Lesiones de parto	25
8.1. Desgarro de vagina	25

8.2. Desgarro de cuello uterino	25
8.3. Hematoma vulvo vaginal	26
8.4. Ruptura uterina	26
Práctica 5	28
Tarea 6. Prevención de la Hemorragia post parto	29
1. Información	29
2. Conceptos	29
3. Componentes del manejo de la tercera etapa del parto	30
4. Manejo del tercer estadio del trabajo de parto	30
4.1. Cómo utilizar agentes uterotónicos	30
4.2. Cómo hacer una tracción controlada del cordón umbilical	31
4.3. Cómo hacer masaje uterino	32
Práctica 6	34
Tarea 7. Hemorragia post parto	35
1. Información	35
2. Definición	35
3. Clasificación	35
4. Factores de riesgo	36
5. Signos y síntomas	36
6. Causas	36
6.1. Atonía uterina	36
6.2. Inversión uterina	37
6.3. Retención placentaria	39
Práctica 7	41
Tarea 8. Trastornos Hipertensivos durante el Embarazo	42
1. Información	42
2. Clasificación	42
3. Hipertensión Gestacional	42
3.1. Definición	43
3.2. Pre eclampsia	43
3.3. Eclampsia	44
Práctica 8	47
Tarea 9. Fiebre	48
1. Información	48
2. Definición	48
3. Causas	48
3.1. Infección de las vías urinarias	48
3.2. Infección puerperal	49
4. Manejo o conducta general para la fiebre	49
Práctica 9	51

Tarea 10. Septicemia puerperal	52
1 Información	52
2 Definición	52
3 Signos y síntomas	52
4 Manejo	52
Práctica 10	54
Tarea 11 Distocias	55
1 Información	55
2 Definición	55
3 Clasificación	55
4 Manejo	56
Práctica 11	57
Tarea 12. Sufrimiento fetal agudo	58
1 Información	58
2 Definición	58
3 Causas	58
4 Signos y síntomas	59
5 Manejo	59
Práctica 12	60
Tarea 13. Trabajo de parto prolongado	61
1 Información	61
2 Definición	61
Trabajo de parto	61
Trabajo de parto prolongado	61
3 Factores causales	62
4 Manejo	63
Práctica 13	64
Tarea 14. Ruptura prematura de membranas	65
1 Información	65
2 Definición	65
3 Factores de riesgo	65
4 Clasificación	66
5 Signos y Síntomas	66
6 Manejo	66
Práctica 14	67
Tarea 15. Amenaza de parto Pre término y Parto pre término	68
1 Información	68
2 Definición	68
3. Signos y síntomas	68

4 Factores pre disponentes	69
5 Manejo	69
Práctica 15	71
Tarea 16. Transporte de la gestante y del recién nacido	72
1 Información	72
2 Pautas a tomar en cuenta para una referencia	72
3 Precauciones antes y durante el traslado	73
Práctica 16	74
Citas	75
Referencias Bibliográficas	76

INTRODUCCIÓN

El cuidado del embarazo, parto, post parto y el recién nacido, al igual que las intervenciones oportunas y adecuadas de las complicaciones obstétricas y perinatales, son acciones determinantes en la prevención de la mortalidad materna y perinatal.

El manual que se presenta ha sido elaborado con el propósito de que el médico y la enfermera que recibe el curso de Salud Sexual y Reproductiva con énfasis en atención materno perinatal, del primer nivel de atención, cuente con una herramienta que le ayudará a fortalecer sus conocimientos sobre las emergencias obstétricas y perinatales más frecuentes de nuestro país, de forma práctica sencilla y esquemática.

Además, se introduce algunos conceptos y nuevos enfoques relacionados a la atención de las emergencias, de tal manera que le permita actuar de forma secuencial y precisa sobre signos y síntomas que caracterizan los cuadros patológicos durante el proceso reproductivo de acuerdo a la evidencia actualizada y así evitará que aumente el riesgo de la madre y su hijo.

En esta revisión se introduce el tema del manejo activo de la tercera etapa de la parto, recomendado por la FIGO y la CIM, como medida prevención de la hemorragia post parto complicación esta de gran connotación en la sobrevivencia de las mujeres embarazadas.

El proceso de capacitación enfatiza en la necesidad de identificar, los puntos críticos de cada una de las emergencias obstétricas y las acciones a desarrollar por los miembros del equipo de salud, en cuanto diagnóstico y manejo de las principales complicaciones con calidad y calidez. El momento oportuno de la referencia y la organización del traslado al nivel de mayor complejidad y capacidad resolutive

INSTRUCCIONES.

- Lea cuidadosamente la información que contiene el manual.
- El facilitador u otro personal calificado le puede ayudar a despejar alguna duda sobre los temas.
- Puede utilizar otro material bibliográfico de consulta si es necesario como: Manual de normas y protocolos de atención, y otros.
- Discutir con sus compañeros de curso sobre los temas.
- Después de estudiado cada tema desarrolle la autoevaluación.

TAREA 1 EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y PERINATALES.

Objetivo General

Conocer los nuevos enfoques para manejar las emergencias obstétricas y perinatales.

Objetivos Específicos	Contenido
• Analizar la situación de la mortalidad derivada de la maternidad. • Definir las emergencias obstétricas • Discernir sobre los nuevos enfoques para una maternidad sin riesgo	1. Información 2. Los riesgos del embarazo 3. Atención calificada del parto 4. Definición de emergencias obstétricas y perinatales 5. La emergencia y su respuesta Práctica 1

1. INFORMACIÓN

La morbilidad y mortalidad materna es cada día un problema grave para las mujeres y familias del mundo. 585, 000 mujeres mueren como mínimo al año, aproximadamente 1,800 cada día por complicaciones del embarazo y el parto, y el 95-98% aproximadamente mueren en los países en desarrollo. Otras 50 millones de mujeres se ven afectadas por las diferentes morbilidades maternas dando como resultado que aproximadamente 15 millones se vean debilitadas o con lesiones discapacitantes por toda la vida¹.

En los países en desarrollo, el riesgo es alto por dos razones: el precario estado de salud de la mujer y la deficiente calidad de atención obstétrica, y en estos países el riesgo de mortalidad derivada de la maternidad es 40 veces mayor que en los países desarrollados¹.

La muerte y discapacidad por causas maternas representan el 18% de la carga de la morbilidad para las mujeres en edad reproductiva en los países en desarrollo²

Cada año ocurren casi 8 millones de muertes neonatales tempranas y de nacidos muertos³. Ocurren sobre todo como consecuencia de los mismos factores que causan la muerte y discapacidad de la madre, es decir, una atención inadecuada, salud materna deficiente, malas condiciones de higiene y de la atención del parto, además la falta e inadecuada atención neonatal⁴.

Cuidados obstétricos de emergencias (COEm)

COEm Básico	COEm Ampliada.
6 funciones CLAVES 1. Antibióticos inyectables. 2. Oxitocina inyectable. 3. Anticonvulsivantes inyectables. 4. Extracción manual de la placenta. 5. Parto vaginal asistido. 6. Extracción de productos retenidos.	6 funciones básicas más dos ampliada 1. Antibióticos inyectables. 2. Oxitocina inyectable. 3. Anticonvulsivantes inyectables. 4. Extracción manual de la placenta. 5. Parto vaginal asistido. 6. Extracción de productos retenidos. 7. Cesárea. 8. Transfusión de sangre.

Pilares del nuevo paradigma que sustentan el enfoque de la maternidad sin riesgo.

- Todas las mujeres embarazadas corren el riesgo de sufrir una complicación obstétrica.
- La gran mayoría de las muertes son consecuencias de complicaciones obstétricas directas.
- No existe una clara distinción entre mujeres que necesitarán cuidados de emergencias obstétricas.
- La mayoría de las complicaciones no pueden ser pronosticadas, ni prevenirlas pero si pueden ser tratadas.
- Las mujeres que presentan complicaciones obstétricas necesitan servicios de emergencias obstétricas de alta calidad, y accesibles.

3. ATENCIÓN CALIFICADA DEL PARTO

Los estudios indican que la presencia de personas calificadas durante el parto es una de las intervenciones claves para reducir la mortalidad materna y perinatal¹⁰.

Existe una escasez crónica de personal calificado en los países en desarrollo, y este hecho es más agudo en las zonas pobres y rurales.

La atención calificada del parto se refiere al proporcionar destrezas necesarias para tratar mujeres que sufren complicaciones obstétricas, a estas destrezas se le llama aptitudes para salvar la vida o aptitudes ampliadas de atención del parto que incluyen: prevención y tratamiento de hemorragias; extracción de productos retenidos; prevención y manejo del choque; prevención y tratamiento de la

2. TODO EMBARAZO ES UN RIESGO.

Anualmente se estima que se dan 200 millones de embarazos en el mundo, cada uno de ellos representa un riesgo para la madre y el hijo, por tanto ***“todas las mujeres embarazadas, por causa de su estado conlleva un riesgo materno”***⁵. Una vez iniciado el embarazo el riesgo no se puede evitar pero sí se puede minimizar, con atención efectiva, asequibles, accesibles, y con calidez⁶.

Aproximadamente el 40% de las embarazadas presentan alguna complicación, el 15% de éstas necesitan una atención obstétrica esencial para resolver complicaciones potencialmente mortales tanto para la madre como para el bebé⁶.

El enfoque de riesgo materno se define: ***“como la probabilidad de morir o de sufrir lesiones como resultado del embarazo y el parto”***⁷, el propósito de éste enfoque es prever los problemas antes que ellos ocurran y poder tomar las medidas pertinentes.

El embarazo y parto seguro son derechos humanos básicos que se deben promover en todos los países del mundo

Un estudio realizado en 1992, por la OMS, para el Programa de Investigación de la Madre y Maternidad sin Riesgo, señaló que el enfoque de la evaluación de riesgo no sirve para asegurar el uso racional de los servicios de salud materna ni para prevenir las muertes maternas⁸. El análisis indica que la evaluación de riesgo, que usa características tales como: educación, edad, paridad y estatura, son deficientes y que no son necesariamente indicativas de complicaciones obstétricas. Indica además que los sistemas de evaluación de riesgo no permiten determinar con precisión qué mujeres tendrán resultados negativos, en consecuencia no se tiene la posibilidad de prestar servicios eficaces y efectivos. Se concluye que debido a que las emergencias derivadas de la maternidad resultan muy difíciles de predecir y para reducir la mortalidad materna significativamente, ***“todas las mujeres embarazadas, en trabajo de parto y las que han dado a luz recientemente deben tener acceso a la atención obstétrica esencial en caso de surgir complicaciones.”***¹⁹

2.1. ¿Qué es atención obstétrica esencial?

La atención obstétrica esencial incluye en proporcionar 6 funciones básicas, y más dos funciones ampliada con el fin de evitar la muerte y secuelas de las complicaciones del trabajo del parto, parto y puerperio.

sepsis, prevención y tratamiento de la eclampsia, vigilancia del trabajo de parto, reanimación del recién nacido y tratamiento de las complicaciones del aborto. Y además contar con un entorno habilitante en varios niveles del sistema de salud.

Existen tres elementos básicos interrelacionados para una atención calificada:

- Personal calificado
- Establecimientos de salud en funcionamiento, capaces de proporcionar cuidados obstétricos esenciales.
- Entorno habilitante.

¿Qué es un Personal calificado en la atención del parto?

Un personal calificado es alguien con destrezas en obstetricia, atiende partos normales y es capaz de realizar por lo menos las 6 funciones básicas en un Centro de Salud (destrezas que salvan vidas) y es capaz de identificar complicaciones, manejarlas o referir los casos severos, a un nivel de resolución compleja.

4. DEFINICIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y PERINATALES.

La emergencia obstétrica es definida como: *toda complicación que afecta la salud reproductiva de la mujer, parto y puerperio, con riesgo inminente de secuelas y/o muerte para la madre, feto y recién nacido o ambos.*¹¹

Existen cuatro retrasos que son obstáculos para la atención de las emergencias obstétricas y reducir las muertes derivadas de la maternidad:

- Retraso para reconocer la necesidad de atención de la salud. Esta está relacionada con la falta de información sobre las complicaciones del embarazo y el alumbramiento y las señales de peligro.
- Retraso en las decisiones para procurar atención cuando se percibe una complicación. Se relaciona con factores socioculturales y económicos.
- Retraso en la selección de un establecimiento médico que ofrezca la atención necesaria y de llegar al mismo. Se relaciona con la disponibilidad de establecimiento y la facilidad de acceso a los mismos.
- Retraso a la hora de recibir un tratamiento adecuado y apropiado, se relaciona con la calidad de la atención.

Las emergencias obstétricas y perinatales se pueden evitar con acciones básicas y oportunas durante el embarazo, trabajo de parto el parto y post parto, tomando en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

La mortalidad y la discapacidad materna son índices substanciales de la desigualdad de la mujer.

5. LA EMERGENCIA Y SU RESPUESTA.

La emergencia requiere de intervenciones con prontitud y eficacia, requiere de un equipo clínico que sepa sus funciones y cómo debe funcionar para responder a estas emergencias con máxima eficacia.

Es necesario entonces que el equipo de salud tenga conocimientos y aptitudes.

Conocimientos de:

- Las situaciones clínicas y sus diagnósticos y tratamiento,
- Los medicamentos y su uso, administración y efectos colaterales.
- El equipo para emergencia su funcionamiento.

Actitud de:

- Respeto a la dignidad y el derecho de la mujer
- Sensible y receptivos a las necesidades de la mujer
- No juzgar las decisiones que la mujer y su familia han adoptado.

Para la mayoría de las embarazadas, la principal necesidad es la empatía y un trato respetuoso.

Práctica 1.

Identifique los conceptos escritos a la derecha con las palabras de la izquierda y traslade el número al paréntesis correspondiente.

1. Todo embarazo es de riesgo.	() Proporcionar destrezas necesarias para tratar mujeres que sufren complicaciones obstétricas. Además contar con un entorno habilitante.
2. Para reducir la muerte materna significativamente.	() Todas las mujeres embarazadas, en trabajo de parto, las que han dado a luz, deben tener acceso a la atención obstétrica esencial en caso de surgir complicaciones.
3. Atención obstétrica esencial.	() Derechos humanos básicos que se deben promover en todos los países.
4. COEm Básico.	() Incluye en proporcionar 6 funciones básicas y más dos funciones ampliadas, con el fin de evitar la muerte y morbilidad materna y perinatal.
5. COEm Ampliada.	() Antibióticos inyectables, oxitocina inyectables, anticonvulsivantes inyectables, extracción manual de placenta, parto vaginal asistido, extracción de productos retenidos.
6. Atención calificada del parto.	() Antibióticos inyectables, oxitocina inyectables, anticonvulsivantes inyectables, extracción manual de placenta, parto vaginal asistido, extracción de productos retenidos, cesáreas, transfusión de sangre.
7. Personal calificado en la atención del parto.	() Todas las mujeres embarazadas, por causa de su estado conllevan un riesgo materno.
8. Emergencias obstétricas y perinatales.	() Toda complicación que afecta la salud reproductiva de la mujer, parto y puerperio, con riesgo inminente de secuelas y/o muerte para la madre, feto y recién nacido o ambos.
9. Retrasos en la atención de las emergencias obstétricas.	() Para reconocer la necesidad de atención; tomar la decisión oportuna para solicitar atención; selección de un establecimiento médico; tratamiento oportuno, adecuado y apropiado.
10. Embarazo y parto seguro.	() Es alguien con destrezas, para atender partos normales y es capaz de realizar por lo menos 6 funciones básicas, identificar complicaciones, los maneja y refiere los casos severos.

TAREA 2 GENERALIDADES DE LAS HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS

Objetivo General

Conocer de manera general sobre las hemorragias obstétricas.

Objetivos específicos

- Definir hemorragia
- Identificar las causas
- Clasificar los tipos de hemorragias
- Nombrar las acciones de manejo

Contenido

1. Información
2. Definición
3. Clasificación
4. Causas
5. Manejo

1. INFORMACIÓN

La hemorragia durante la gestación se constituye en una emergencia obstétrica y es la causa directa principal de las muertes derivadas de la maternidad, en el mundo según análisis de Naciones Unidas publicado por UNICEF, en 1999. En Panamá para el año 2001, 25% de las causas específicas lo constituyó la hemorragia.

2. DEFINICIÓN

Hemorragia Obstétrica: es toda salida de sangre por los genitales durante el embarazo, parto y/o puerperio. En el parto y puerperio puede ser fisiológico.

Durante el embarazo la hemorragia genital por cualquier causa, es anormal y según su magnitud puede representar un riesgo para la madre y el feto

3. CLASIFICACIÓN DE LA HEMORRAGIA VAGINAL

- Primera mitad del embarazo: es toda hemorragia vaginal que ocurre antes de la 20 semana de gestación.
- Segunda mitad del embarazo ó hemorragia anteparto: es la que ocurre antes del parto o luego de la semana 20 y debe ser considerada debida a la placenta previa o al desprendimiento prematuro de la placenta hasta que se compruebe lo contrario.

- Hemorragia del parto: son las que se producen por las lesiones del canal del parto
- Hemorragia post parto: se verifica si ocurre una pérdida de 500 cc o más de sangre después del alumbramiento.

4. CAUSAS

4.1. Hemorragia vaginal en la primera mitad del embarazo o ante de las 20 semanas de gestación: puede ser causada por embarazo ectópico, amenaza de aborto, aborto, mola hidatidiforme, trauma, tumores o vaginitis.

Los signos y síntomas son diferentes para cada una de las condiciones desencadenantes, pero puede presentarse de forma severa, roja con coágulos, o escasa café negro, puede acompañarse de dolor abdominal bajo o hipotensión arterial.

4.2. Hemorragia en la segunda mitad del embarazo o anteparto: las posibles causas pueden ser placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, trauma, tumores, infecciones, vasa previa, se puede presentar como una menstruación o como una hemorragia severa, también se puede presentar como flujo vaginal de color café o castaño acompañado de dolor en abdomen bajo y signos de hipotensión.

4.3. Hemorragia del parto: la causa generalmente es por las lesiones que ocurren por un parto precipitado o por maniobras incorrectas en la atención del parto.

4.4. Hemorragia post parto: puede ser causada por atonía uterina, trauma cérvico vaginal, ruptura uterina, separación parcial de la placenta y retención de restos placentarios.

5. MANEJO GENERAL DE LA HEMORRAGIA

¿Que hacer cuando tenemos un caso de hemorragia genital?

- Recostar a la paciente en decúbito dorsal y con los pies más arriba que la cabeza (posición trendelenburg).
- Controlar signos vitales: presión arterial y pulso.
- Permeabilizar vena e iniciar goteo con suero glucosalino isotónico, Ringer lactato, ultima instancia dextrosa en agua al 5%.
- Evaluar integralmente a la paciente
- Evaluar continuamente el sangrado vaginal.

- Identificar los factores que pueden conducir a la paciente hacia la muerte y abordarlos según sus recursos.
- Hacer hoja de referencia.
- Trasladar a la paciente al nivel de referencia más cercano donde pueda ser atendida la emergencia.

RECUERDE: La reposición del volumen perdido de sangre es muy importante, si NO tiene sangre para reponer. **TRASLADAR URGENTEMENTE**

En las tareas siguientes detallaremos sobre algunas causas más frecuentes de hemorragia.

Práctica 2

De respuesta a las preguntas y enunciados.

1. Defina: ¿Qué es hemorragia obstétrica?

2. Clasificación de la hemorragia

3. Mencione 3 causas de la hemorragia anteparto

4. mencione 3 causas de la hemorragia ante de las 20 semanas de gestación?

5. Mencione las causas de la hemorragia post parto.

6. ¿Qué hacer cuando tenemos una paciente con hemorragia genital?

PASE A LA TAREA SIGUIENTE

TAREA 3

HEMORRAGIA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO.

Objetivo General

Explicar las diferentes causas de hemorragia en la primera mitad del embarazo.

Objetivos específicos

- Identificar los tipos de aborto
- Reconocer los signos y síntomas del embarazo ectópico

Contenido

1. Información
2. Aborto
3. Embarazo ectópico

1. INFORMACION

Un 80% de las muertes derivadas de la maternidad en todo el mundo se deben a las hemorragias, la septicemia, los trastornos de la hipertensión, la retención fetal y los abortos practicados en condiciones peligrosas¹².

Una publicación del Centers for Disease Control (CDS), de los Estados Unidos, sobre la vigilancia de los abortos, indica que de 72,988 casos de aborto legal, la complicación más frecuente fue la hemorragia con 2,761 casos que representó el 3.8 % de las complicaciones y la más grave fue la perforación uterina¹³.

En América Latina, más de la mitad de las muertes maternas, son por abortos realizados en condiciones de riesgo.

2. ABORTO

La mayoría de los abortos espontáneos son causados por anomalías cromosómicas en el embrión o el feto. Otras causas importantes son las enfermedades o complicaciones maternas como sífilis, tuberculosis, toxoplasmosis, enfermedad de chagas, diabetes y otras enfermedades endocrinas. Se ha comprobado que la exposición a sustancias tóxicas, fármacos, radiaciones y traumatismos físicos también son causas de aborto.

El aborto inducido es responsable de alta mortalidad materna en todo el mundo especialmente en América Latina, donde se estima que aproximadamente el 50% de muerte maternas pueden ser secundarias a los intentos de abortos ilegal¹³. En ésta misma región más de la mitad de las muertes maternas por aborto fueron realizados en condiciones de riesgo.

2.1. Definición: Es la expulsión o extracción del producto de la concepción durante las primeras 20 semanas de gestación, o cuando éste pese menos de 500 gramos.

2.2. Clasificación

Según el punto de vista clínico, existen varias formas de clasificación del aborto. Para el caso de este curso nos referiremos según la clasificación de la Norma de Embarazo de Alto Riesgo de Panamá.

2.2.1 Aborto espontáneo: es la interrupción de la gestación antes de las 20 semanas, sin que haya mediado ninguna intervención instrumental o por medicamentos. Presenta las siguientes etapas de evolución:

- **Amenaza de aborto:** ocurre en el curso de las primeras 20 semanas de gestación, se presenta con hemorragia escasa, proviniendo de la cavidad uterina; dolor pélvico determinado por contractilidad uterina; pero sin modificaciones cervicales.

Manejo:

Realizar historia clínica completa.
Valorar para descartar que el sangrado provenga de lesiones cervicales o vaginales.
Reposo en cama.
Indicar laboratorios según disponibilidad de recursos (hemograma, urinalisis, tiraje y Rh).
Si el cuadro clínico empeora, **REFERIR**, a un nivel de atención de mayor complejidad.
Informar, orientar y tranquilizar a la paciente y familiares.

• **Aborto en evolución o inminente**

Se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas dolorosas, intermitentes y progresivas, que producen modificaciones cervicales, borramiento y dilatación, acompañado de hemorragia. No hay continuidad del embarazo.

Manejo:

- Historia clínica completa
- Reposo absoluto
- Palpación bimanual del útero, para determinar tamaño, posición y grado de dilatación.
- Evaluar para verificar si ha expulsado el producto.
- Valorar el sangrado vaginal.
- Tratar la hemorragia, para evitar la hipovolemia.

- Canalizar vena con D/A 5% 1000cc y administrar 10 a 20 unidades de oxitocina para pasar a 20 gotas por minuto, evaluar.
Vigilar signos vitales (Pulso, presión arterial, temperatura)
- Administrar medicamento para el dolor, el medicamento del que se disponga y preferible por vía parenteral.
- Hemograma, tiraje y Rh.
- Informar a la paciente sobre su condición física, y sobre el traslado.
- **Traslado al nivel de resolución más cercano.**

• **Aborto Incompleto:**

Es la expulsión parcial del tejido ovular o embrión, antes de las 20 semanas de gestación. Se caracteriza por contracciones de intensidad variable, sangrado moderado con tendencia a ser profuso, expulsión de restos ovulares, y modificaciones cervicales.

Manejo:

- Historia clínica y examen físico completo.
- Palpación bimanual del útero, para determinar tamaño, posición y grado de dilatación cervical
- Tratar la hemorragia. (ver manejo general de la hemorragia)
- Exámenes de laboratorio:
- Evaluación periódica de los signos vitales (pulso, presión arterial)
- Valorar el sangrado vaginal.
- Canalizar con D/A al 5% 1000 cc y agregar 10 a 20 unidades de oxitocina para pasar a 1 cc por minuto, evaluar evolución.
- Informar a la paciente sobre su condición física, procedimiento a realizar y sobre su traslado.
- Llenar hoja de referencia.
- **Trasladar al nivel de mayor resolución. URGENTE**

RECUERDE:

El aborto incompleto e inminente, es una de las causas más frecuentes de sangrado masivo y choque

- **Aborto completo:** es la expulsión total del tejido ovular o embrión, antes de las 20 semanas de gestación. Se caracteriza por presentar dolor, contracciones uterinas, sangrado, borramiento y dilatación del cuello uterino y la expulsión completa del producto de la concepción.

Manejo:

- Historia y Examen físico completo.
- Examen vaginal para corroborar si no quedo restos.
- Valorar el sangrado vaginal.
- Evaluar los signos vitales.
- Informar a la paciente sobre su condición física.
- Información y consejería sobre los métodos de planificación familiar.

- **Aborto diferido:** es a detención del crecimiento, pérdida de la vitalidad o ausencia del embrión antes de las 20 semanas de gestación.

Manejo:

- **REFERIR AL HOSPITAL**
- Llenar hoja de referencia.
- Enviar canalizada.
- Informar a la paciente y a los familiares sobre su condición y la importancia del traslado.

- **Aborto habitual o recurrente:** es la pérdida de dos embarazos consecutivos o de tres o más no consecutivos menores de 20 semanas de gestación.

Manejo:

- Igual que el del aborto incompleto.
- Referir al **HOSPITAL** para el manejo del aborto.
- Referir para manejo especializados. Infertilidad.
- Orientación y consejería sobre planificación familiar y genética.

- **Aborto séptico:** es cuando un aborto inminente, incompleto o una amenaza de aborto presentan características de infección ya sean locales o generalizadas. Presentan fiebre, secreción purulenta del cuello uterino.

Manejo:

- Historia clínica y Examen físico completo.
- Canalizar con D/A al 5% 1000 cc y agregar 10 a 20 unidades de oxitocina para pasar 1 cc por minuto, evaluando evolución.
- Administración de líquidos por vía endovenosa.
- Valorar los signos vitales (temperatura, pulso, respiración, presión arterial)
- Evaluar la piel: (cianosis, fría, pálida. Húmeda)
- Bajar temperatura por medios físicos.
- Administrar antibióticos. (dosis de impregnación)

- Aplicar toxoide tetánico.
- Administrar medicamento para dolor.
- Informar y orientar a la paciente sobre su condición, procedimiento y traslado.
- Llenar hoja de referencia.

Trasladar al Hospital.

2.2.2. Aborto provocado.

El aborto provocado tiene tres modalidades, el terapéutico, el legal, y el criminal, en este último no existen causas médicas o legales para la interrupción. Cualquiera de estas modalidades podría caer en las condiciones anteriores y se manejarían como tal.

El aborto voluntario realizado con técnicas inadecuadas y deficientes condiciones sanitarias, puede llevar a la madre a graves complicaciones como la hemorragia y sepsis y sepsis, los cuales constituyen una de las principales causas de muerte materna.

3. EMBARAZO ECTÓPICO.

3.1. Definición

Es cuando la implantación ocurre fuera de la cavidad endometrial. El más frecuente es embarazo tubárico, que es el que se implanta en la trompa de Falopio.

3.2. Causas: la mayoría son debidos a anomalías que impiden el transporte del óvulo fecundado y por lo tanto su desplazamiento hacia la cavidad uterina, otras causas pueden ser las enfermedades inflamatorias pélvicas o tubáricas, hormonales o alteraciones del producto de la concepción.

3.3. Signos y síntomas:

- Amenorrea de pocos días o semanas.
- Hemorragia vaginal escasa
- Dolor punzante en cuadrante inferior del abdomen, irradiado a región lumbar y hombros por la hemorragia profusa intraperitoneal.
- Alteraciones de los signos vitales.
- Signos de irritación peritoneal
- Signos de choque
- Desvanecimiento.

3.4. Manejo:

- Hacer historia y examen físico completo
- Colocar a la paciente en decúbito supino con los pies elevado (Trendelenburg)
- Canalizar 2 vena:
- Administrar solución salina o lactato de ringer.
- Valorar el pulso, respiración y presión arterial
- Evaluar los signos de choque (palidez, sudoración, piel fría, húmeda, pulso rápido, hipotensión, respiración rápida, pérdida de la conciencia)
- Administrar oxígeno a 5 litros por minuto, si hay en su Centro de Salud.
- Llenar hoja de referencia.
- **TRASLADAR URGENTE AL HOSPITAL MÁS CERCANO.**

Práctica 3.

Lea el concepto y defina si es verdadero o falso. Marque con una (X).

Conceptos	V	F
1. Aborto es la expulsión o extracción del producto de la concepción ante de las 20 semanas de gestación.	()	()
2. Aborto espontáneo: es la interrupción del embarazo antes de las 32 semanas de gestación.	()	()
3. Amenaza de aborto: es la expulsión del producto antes de las 20 semanas de gestación.	()	()
4. En el aborto inminente, no hay continuidad del embarazo.	()	()
5. Aborto incompleto: es la expulsión parcial del tejido ovular o embrión a las 18 semanas de gestación.	()	()
6. Aborto diferido: es la detección del crecimiento, pérdida de la vitalidad a las 32 semanas de gestación.	()	()
7. Aborto provocado legal: es el que se realiza por indicación médica.	()	()
8. El embarazo ectópico más frecuente es el que se implanta en la cavidad abdominal.	()	()
9. El embarazo ectópico es considerado una emergencia obstétrica.	()	()
10. El dolor punzante en el cuadrante inferior del abdomen, irradiado a la región lumbar y hombros es considerado un signo de aborto diferido.	()	()

TAREA 4

HEMORRAGIA EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO O ANTEPARTO

Objetivo General

Reconocer las complicaciones en la segunda mitad del embarazo.

Objetivos específicos

- Diferenciar la placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta.
- Identificar los signos síntomas en cada situación
- Determinar el manejo para cada situación.

Contenido

1. Información
2. Causas
 - 2.1. Placenta previa
 - 2.2. Desprendimiento prematuro de placenta norma inserta.

1. INFORMACIÓN

La hemorragia vaginal en el tercer trimestre ocurre aproximadamente en el 3% de los embarazos y generalmente se debe a la placenta previa y el desprendimiento prematuro de placenta, eventos que producen hemorragia masiva del sitio placentario y son altamente letales tanto para el feto como para la madre.

2. CAUSAS

2.1. Placenta previa

Definición: Es la implantación anormal de la placenta en relación con el orificio interno del cuello uterino, sea cubriéndolo parcial o totalmente, que persiste después de las 24 semanas de gestación

Clasificación:

Placenta previa total: en la cual el orificio cervical interno está totalmente cubierto por la placenta.

Placenta previa parcial. en la cual el orificio cervical interno está parcialmente cubierto por la placenta.

Factores de Riesgo: edad, mayor de 35 años, multiparidad, placenta previa anterior, cesárea anterior, legrados uterinos, raza no caucásica, asiática y tabaquismo.

Signos y síntomas:

- Presencia de sangre líquida, roja y brillante.
- No hay dolor.

- Por lo general el primer episodio de sangrado inicia con las contracciones uterinas.
- El útero se palpa blando.

Manejo y tratamiento: esta condicionado por el tipo de placenta previa, condición general de la madre (cantidad y tiempo de sangrado, estado hemodinámico, grado de anemia), viabilidad fetal, tipo de presentación y situación fetal, paridad de la mujer.

Si por las características descrita reconoce que la hemorragia es causada por placenta previa:

- Aplique las intervenciones como fue indicado para cualquier hemorragia.
- Historia clínica completa
- Reposo absoluto en cama.
- Hemograma, Tipaje y Rh, cruce de sangre preferiblemente Glóbulos rojos empacados.
- Utilice útero – inhibidores como Nifedipina, indometacina, para disminuir las contracciones uterinas.
- **Traslado URGENTE.**

RECUERDE:

- *Se necesitará reponer el volumen de sangre perdido con sangre total o derivados de ella.*
- *No realice tacto vaginal, a menos que sea en un hospital que cuente con salón de operaciones.*
- *No administrar enema.*

2.2. Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta

Definición: es la separación de la placenta normalmente implantada en la pared uterina, antes de la salida del feto, en gestaciones de 20 o más semanas.

Clasificación:

Grado I (Leve):

La hemorragia transvaginal es escasa o ausente.

Contracciones uterinas, presentes con tendencia a la polisistolia.

Puede haber hipertonia uterina leve.

La FCF puede ser normal.

No hay hipovolemia materna.

No Hay evidencias clínicas de coagulopatías.

El diagnóstico se hace usualmente post – parto.

Grado II (Moderado)

Sangrado transvaginal.

Alteración de la contracción uterina, tono francamente aumentado.

Dolor abdominal procedente del útero.

Feto vivo, con signos de sufrimiento fetal en el 90% de los casos.

Puede haber signos de hipovolemia materna leve.

No hay signos de coagulopatías.

Grado III (Severo)

Incluye características del grado II, pero existe muerte fetal.

Se subdivide en: Con coagulopatía intravascular diseminada (con CID) y sin coagulopatía intravascular diseminada (sin CID).

Todo caso en que ocurra muerte materna.

Factores de Riesgo:

Hipertensión arterial crónica, hipertensión arterial inducida por el embarazo, edad materna mayor de 35 años, multiparidad, tabaquismo, consumo de alcohol, consumo de cocaína, ruptura prematura de membranas, traumatismo externo, leiomiomas uterinos.

Signos y síntomas:

- Sangrado transvaginal, la sangre es oscura, escasa con coágulos.
- Alteración de la contractilidad uterina.
- Dolor abdominal, usualmente de iniciación súbita que no siempre se presenta con las contracciones uterinas.
- Puede aumentar el tamaño del útero por la sangre acumulada.
- Se presenta contractura permanente del útero (se palpa duro, leñoso).
- Muchas veces hay signos de hipovolemia (taquicardia, hipotensión, náuseas y vómitos, oliguria y hasta shock)

Manejo y tratamiento.

- Aplique las intervenciones como fue indicado para cualquier hemorragia.
- Evaluación periódica de la madre y el feto.
Control de signos vitales, presión arterial y pulso.
Control de la FCF.
Palpación del tono uterino.
Vigilancia del sangrado vaginal
- Hemograma, Tipaje y Rh, cruce de sangre preferiblemente Glóbulos rojos empacados.
- Traslado URGENTE.

RECUERDE.

No debe subestimarse las pérdidas sanguíneas, se debe aumentar el margen de seguridad, tanto para la madre como para el feto.

RECOMENDACIÓN

Ante la duda clínica de acuerdo a la clasificación, deberá tratarse como la forma más grave de la enfermedad. Traslado urgente al nivel de referencia de mayor complejidad.

¿SE ENCUENTRA LISTO PARA LA AUTOEVALUACIÓN?

ADELANTE



Práctica 5

Estudio de caso N° 1

Lea detenidamente el siguiente caso, identifique los factores de riesgo, reconozca los signos y síntomas, clasifique el problema, y determine el manejo y tratamiento.

A las 10:00 a.m., acude al centro de Salud, paciente de 37 años de edad, multipara, con 4 embarazos anteriores, tres vivos y uno muerto, con 32 semanas de gestación con sangrado oscuro moderado, sin contracciones uterinas, con dolor en bajo vientre, se observa pálida y está fría.

Refiere inicio dolor súbito a las 9:00 p.m. de ayer con sangrado vaginal abundante, siente la barriga como piedra. Refiere que con el segundo embarazo fue atendida en el hospital, la tuvieron que llevar también por sangrado y el niño murió, tenía 8 meses, no le dijeron porque murió. Fuma tabaco e ingiere chirrisco.

Al examen físico presenta P/A 90/60; FR 18 por minuto, Pulso: 72 por minuto.

Antecedentes	Signos y síntomas	Clasificación	Intervención

TAREA 5 HEMORRAGIA POR LESIONES DEL PARTO

Objetivo General

Reconocer las diferentes lesiones del canal del parto que pueden originar hemorragias.

Objetivos específicos

- Identificar la hemorragia producidas por lesiones del canal del parto.
- Reconocer las causas.
- Determinar los factores condicionantes.
- Identificar las diferentes lesiones del canal del parto.

Contenido

1. Información
2. Definición
3. Causas
4. Clasificación
5. Factores condicionantes
6. Signos y síntomas.
7. Manejo y tratamiento
8. Lesiones del parto.
 - 8.1 Desgarro de vagina
 - 8.2 Desgarro de cuello uterino
 - 8.3 Hematoma vulvo vaginal.
 - 8.4 Ruptura uterina.

1. INFORMACIÓN

Las lesiones de las partes blandas de la madre, se producen con cierta frecuencia, en su mayoría son benignas. Algunas veces producen complicaciones que conducen a la muerte como es el caso de la hemorragia por ruptura uterina si no se atiende oportuna y adecuadamente y otras producen alteraciones discapacitantes.

Por cada mujer que muere, 30 más sufrirán de lesiones, infecciones y discapacidades, que usualmente ni se mencionan, ni se tratan y que frecuentemente son dolorosas, humillantes, así como debilitantes y crónicas¹⁴.

2. DEFINICIÓN: la hemorragia del parto, es la que se produce por las lesiones del canal del parto y se ha comprobado que la placenta fue expulsada completamente y que hay retracción uterina.

3. CAUSAS. Es causada por las diversas lesiones que ocurren en el útero, la vulva, la vagina o el periné durante el parto.

4. CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES.

- **Útero:** la lesión se sitúa en el cuerpo, segmento, o en el cuello.
- **Vulva:** en labios mayores, menores y clitoris.
- **Vagina:** la laceración puede ocupar sus paredes o los fondos de los sacos vaginales.

- **Periné:** la lesión será de: primer grado, si abarca piel y mucosa; segundo grado si abarca las capas musculares; tercer grado, si es lesionado el esfínter anal y el recto y cuarto grado, si se lacera la mucosa rectal.

5. FACTORES CONDICIONANTES.

Paridad, es muy frecuente en las primíparas, cabeza fetal de excesivo tamaño, presentaciones deflexionadas, estrechez de la vulva, perineo y ano poco elástico, cicatrices de desgarros anteriores, extracción por forceps, desprendimiento cefálico en variedad posterior.

6. SIGNOS Y SÍNTOMAS.

- Sangre limpia y roja, intermitente en regular cantidad.
- Tendencia a la relajación uterina con útero limpio.
- Visualización de las lesiones mediante una cuidadosa exploración del canal blando del parto.

RECUERDE:

Se debe sospechar de lesión de partes blandas cuando la paciente presenta hemorragia en forma continua, y se ha comprobado que la placenta fue expulsada completamente y que hay retracción uterina.

7. MANEJO Y TRATAMIENTO

El manejo y el tratamiento dependen de la lesión, y la magnitud de la misma, en todas las formas hay hemorragia, y pérdida de la anatomía de la región.

- Vigilar signos vitales, pulso y presión arterial.
- Asepsia
- Hemostasia.
- Identificación de los planos anatómicos del periné para no dejar espacios muertos que favorezcan las infecciones y los hematomas.
- Reconstrucción inmediata de la lesión.
- Administración de antibióticos, dependiendo del sitio de la laceración y si el riesgo de infección lo justifiquen.

Dependiendo del volumen de sangre perdido.

- Vena canalizada, con solución salina normal o lactato de Ringer.
- Administrar 20 unidades de syntocinón en 500 cc de suero a 20 gotas por minuto.
- Hemograma de control, cruce de sangre.
- Reponer el volumen de sangre perdido.
- **TRASLADO SI ES NECESARIO.**

8. LESIONES DEL PARTO.

Las lesiones del parto se producen por la distensión exagerada que sufre la vagina y el perineo durante el paso de la cabeza fetal, o la deflexión incontrolada de ésta en su desprendimiento, generalmente después de un parto precipitado o por maniobras incorrectas en la atención del parto y que éstas a su vez, son factores contribuyentes a complicaciones como la hemorragia, infecciones y discapacidad reproductiva.

Son maniobras incorrectas.

- **Protección deficiente del periné.**
- **Presión sobre el fondo del útero en "expulsivos detenidos", (kristeller)**
- **Fórceps mal aplicado.**

8.1. Desgarros de vagina,

Se produce por canal estrecho y largo de paredes poco elásticos.

Los desgarros bajos (perineo vaginal) son los más frecuentes y constituyen las complicaciones obligadas de los desgarros perineales.

Los desgarros altos (cúpula vaginal) son a menudo propagación de lesiones cervicales.

Complicaciones: cuando ha alcanzado tal profundidad pueden ser muy hemorrágicos y producir estado de shock, también complicación de la vejiga, uretra y recto, todas deben tratarse.

Manejo: el desgarro vaginal debe ser siempre suturado con catgut crómico #1 en surjet, colocar sonda Foley # 14 o 16 y dejar, administrar antibióticos. En caso de hemorragia tratar la misma. (Ver hemorragia)

RECUERDE.

Si no puede manejar las complicaciones en el centro de salud, referirla al primer nivel de referencia más cercano.

8.2. Desgarros de cuello uterino.

El desgarro cervical es consecuencia del paso de la cabeza por un cuello aún no dilatado totalmente. En la mayoría de los casos son pequeños y no necesitan tratamiento.

Causas: las lesiones más serias son consecutivas a maniobras en las que se ha empleado la fuerza, por intervenciones realizadas con dilatación incompleta, dilataciones manuales del cuello, partos precipitados, fetos voluminosos.

Son desgarros que miden más de 2 centímetros de profundidad a partir del borde externo del cuello, generalmente bilaterales; llegan a veces hasta inserción de la vagina y aún más allá. Son muy sangrantes y de manera continua.

Complicaciones: hemorragia grave e infección en el puerperio.

Manejo y tratamiento: Sutura del desgarro, tratar la hemorragia si la hay, y administrar antibióticos para la infección.

Si con el útero bien retraído se observa una hemorragia, es necesario ante todo pensar en un desgarro de cuello. Es obligación hacer la revisión del cuello con valva o espéculos.

8.3. Hematoma vulvo vaginal.

Esta es una complicación muy frecuente, y consiste en que la sangre se acumula en los tejidos blandos del canal del parto ó en el sitio de la episiotomía.

Causa: En la mayoría de las veces es producida por una mala sutura de episiotomías o desgarros, a veces por lesiones venosas de vulva, vagina o periné.

Cuando la pérdida de sangre acumulada es abundante, la aparición de la tumoración es brusca y el dolor muy intenso. Puede presentarse sudoración, palidez, taquicardia e hipotensión.

Manejo y tratamiento: el tratamiento es quirúrgico: apertura, localización y hemostasia del vaso que sangra; drenaje y cierre.

RECUERDE.

El dolor que la paciente refiera en la zona vaginal perineal en el post - parto inmediato debe obligar a hacer una revisión anatómica de la zona afectada.

8.4. Ruptura uterina.

Existe una marcada relación entre los diferentes mecanismos etiológicos, las características anatomopatológicas de situación, extensión y profundidad de la rotura y la manifestación clínica.

Esta complicación se presenta con más frecuencia en la paciente que ha tenido una operación cesárea previa, en la mujer multipara que recibe oxitocina, aquella que se le interviene con fórceps difícil, o a maniobras uterinas internas o externas (Kristeller).

La ruptura está precedida por signos y síntomas de amenaza o inminencia de la misma.

Signos inminentes de ruptura por causas espontáneas y por oxitócicos:

- Inquietud y ansiedad, por el dolor abdominal progresivamente más intenso.
- Contracciones uterinas intensas.
- Distensión y dolor tipo quemadura en segmento uterino.
- No se observan signos de avance en el trabajo de parto durante la exploración vaginal el cuello es edematoso.
- Formación de anillo de retracción de Bandl, el cual se encuentra elevado anormalmente, a nivel del ombligo o más.
- Sufrimiento fetal agudo.

Signos y síntomas de ruptura de útero.

- Dolor muy intenso en el hipogastrio.
- Cesan las contracciones.
- No descenso del bebé o se eleva algunos planos.
- Hemorragia vaginal que ser no profusa de color oscuro y con coágulos.
- Alteración de signos vitales.
- Signos de shock Hipovolémico.
- Agotamiento materno
- Palpación de las partes fetales fácilmente por vía abdominal.
- Se puede palpar el útero como tumoración separada.

Manejo o conducta.

- Evaluación periódica de la madre:
Control de los signos vitales (pulso, frecuencia respiratoria, presión arterial)
Vigilar Sangrado.
- Canalizar 2 vena.
- Hemograma de ingreso y de control
- Cruce de sangre o glóbulos rojos empacados, por lo menos 4.
- Reponer el volumen de sangre perdido.
- Administrar líquidos, lactato de Ringer o solución salina
- Trasladar a la paciente donde pueda ser intervenida quirúrgicamente.

Si la ruptura uterina no es tratada oportuna y adecuadamente, la gestante presentará shock Hipovolémico y muerte.

Práctica 5

Lea detenidamente, escoja y encierre en un círculo la respuesta correcta.

1. La hemorragia por lesiones del parto es la que ocurre:

- a. Por la implantación anormal de la placenta.
- b. Por la pérdida de dos embarazos consecutivos.
- c. Es la que se produce por las lesiones del canal del parto y se ha comprobado que la placenta fue expulsada completamente y no hay retracción uterina.

2. Factores condicionante de la hemorragia por lesiones del parto:

- a. Cigarrillo y alcohol.
- b. Edad.
- c. Paridad, frecuente en la multipara.
- d. Estrechez de vulva, periné y ano poco elástico.

3. Signos y síntomas de la hemorragia causada por lesiones del parto:

- a. Sangre limpia, lesiones visibles, tendencia a la relajación.
- b. Presencia de restos placentarios, tendencia a la relajación.
- c. Fiebre, secreción purulenta.

4. Signos y síntomas inminentes de ruptura uterina:

- a. Dolor muy intenso en el hipogastrio, sangrado vaginal de color oscuro con coágulos, alteración de los signos vitales, shock hipovolémico.
- b. Inquietud, ansiedad, dolor abdominal progresivo, contracciones uterinas intensas, distensión y dolor tipo quemaduras en el segmento uterino.
- c. Sufrimiento y muerte fetal.

5. Manejo de la paciente con signos y síntomas inminentes de ruptura uterina:

- a. Antibióticos, analgésico para el dolor y enviar a casa.
- b. Canalizar dos venas, administrar analgésicos y antibióticos, dejarla en observación en el Centro de Salud.
- c. Control de signos vitales, canalizar dos venas, administrar líquidos de solución Ringer o solución salina, hemograma, preparar traslado, enviar urgentemente al primer nivel de referencia.

TAREA 6 PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POST PARTO.

Objetivo General

Prevenir la hemorragia post parto, mediante el manejo activo de la tercera etapa del parto.

Objetivos específicos

- Definir el manejo activo de la tercera etapa del parto.
- Determinar los tres componentes de la tercera etapa del parto
- Manejar del tercer estadio del trabajo de parto
- Aplicar contracción controlada del cordón umbilical

Contenido

1. Información
2. Conceptos
3. Componentes del manejo de la tercera etapa del parto
4. Manejo del tercer estadio del trabajo de parto
 - 4.1. Cómo utilizar agentes uterotónicos
 - 4.2. Cómo hacer una tracción controlada del cordón umbilical
 - 4.3. Cómo hacer masaje uterino

1. INFORMACIÓN

Aproximadamente el 40 % de las embarazadas sufre de problemas asociados al embarazo, y el 15 % de estas requerirá una intervención de emergencias que podrían dejar secuelas a largo plazo o que ponen en riesgo la vida.

La causa más importante de muertes de madres en el mundo es la hemorragia grave y más de la mitad de las muertes ocurren dentro de las primeras 24 horas después del parto, debido a una hemorragia masiva. Siendo las más afectada las que sufren de anemia. Es necesario que toda mujer después del parto permanezca bajo observación y monitoreada muy de cerca durante el periodo inmediato después del parto.

Al revisar toda la evidencia disponible la FIGO y la ICM concuerdan en que se ha comprobado que el manejo activo de la tercera etapa del parto reduce el índice de hemorragia post-parto, la cantidad de sangre perdida y las transfusiones de sangre.

2. CONCEPTO

El manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto consiste en intervenciones diseñadas para facilitar que la placenta descienda al aumentar las contracciones uterinas y para evitar una hemorragia post-parto (HPP) al impedir una atonía uterina.

El Manejo activo de la tercera etapa del parto se debe ofrecer a las mujeres porque reduce el índice de hemorragia post-parto debido a atonía uterina.

Los estudios han validado que al manejo activo como la práctica más recomendable para disminuir en: 60% la incidencia de hemorragia post parto a causa de la atonia uterina (incapacidad del útero para contraerse después del parto), reducir la necesidad de transfusión de sangre (implica riesgos para la salud, hospitalización y costos de atención), y por último, evita complicaciones y muerte a causa de la hemorragia post parto.

3. COMPONENTES DEL MANEJO DE LA TERCERA ETAPA DEL PARTO

Los componentes usuales incluyen:

- Administrar agentes uterotónicos
- Aplicar tracción controlada del cordón umbilical
- Aplicar masajes uterinos después de que la placenta descienda y sea evacuada, según lo que sea adecuado.

4. MANEJO DEL TERCER ESTADIO DEL TRABAJO DE PARTO PARA EVITAR LA HEMORRAGIA POST PARTO.

4.1. Cómo utilizar los agentes uterotónicos

- Dentro del primer minuto después de haber nacido el bebé, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro(s) bebé(s) e inyecte 10 unidades de oxitocina intramuscular (IM). Oxitocina es la preferida, más que otros medicamentos uterotónicos porque surte efecto dentro de los 2-3 minutos después de la inyección, tienen muy pocos efectos secundarios y se puede utilizar en todas las mujeres.
- Si la oxitocina no está disponible, se pueden utilizar otros medicamentos uterotónicos, como: ergometrina 0.2 mg IM, sintometrina (1 ampolleta) IM o misoprostol 400-600 mcg oralmente. La administración de misoprostol debe ser reservada para situaciones en donde no
- es posible la administración segura y/o el almacenamiento apropiado de oxitocina inyectable o alcaloides de ergot inyectables.
- Los uterotónicos requieren de almacenamiento adecuado*: o Ergometrina: 2-8°C Requiere protección de la luz y evitar congelamiento o Misoprostol temperatura ambiente, en un recipiente cerrado o Oxitocina: 15-30°C, evitar congelamiento.
- Se debe proporcionar consejería acerca de los efectos secundarios de estos medicamentos.

¡ADVERTENCIA!

No administre ergometrina o sintometrina (porque contiene ergometrina) a las mujeres con pre-eclampsia, eclampsia o presión arterial alta.

4.2. Tracción controlada del cordón umbilical

- Pinze el cordón umbilical cerca del perineo (una vez que las pulsaciones cesen en un recién nacido saludable) y sosténgalo en una mano.
- Coloque la otra mano justo arriba del pubis de la mujer y estabilice el útero aplicando presión en el sentido contrario durante la tracción controlada del cordón umbilical.
- Mantenga una tensión liviana en el cordón umbilical y espere una contracción uterina fuerte (2-3 minutos).
- Durante la contracción uterina fuerte, anime a la madre a pujar y con mucho cuidado hale hacia abajo el cordón umbilical para extraer la placenta. Continúe aplicando presión en el sentido contrario sobre el útero.
- Si la placenta no desciende y es evacuada los 30-40 segundos de la tracción controlada del cordón umbilical, no continúe halándolo:
 - o. Sostenga el cordón cuidadosamente y espere a que el útero esté bien contraído de nuevo,
 - o. Durante la siguiente contracción repita la tracción controlada del cordón con presión en el sentido contrario.
- A medida que la placenta desciende para ser evacuada, sosténgala con las dos manos y voltéela con cuidado hasta que las membranas estén enroscadas. Lentamente hale para extraerla por completo.
- Si las membranas se rasgan, examine cuidadosamente la parte superior de la vagina y del cuello del útero utilizando guantes estériles o desinfectados, y emplee un fórceps de esponja para extraer cualquier pedazo de membrana que esté presente.
- Revise cuidadosamente la placenta para asegurarse que no le falta ninguna parte. Si falta una porción de la superficie materna o se observan membranas rasgadas con vasos, sospeche que existen fragmentos de placenta retenidos y tome las medidas adecuadas (Manejo de complicaciones en el embarazo y durante el parto).

Nunca realice una tracción el cordón umbilical (hale) sin realizar una tracción opuesta (empuje) arriba del pubis en un útero bien contraído.

4.3. Cómo hacer un masaje uterino

- Masaje inmediatamente el fondo del útero hasta que se contraiga.
- Pálpe el útero y confirme que está contraído cada 15 minutos y repita el masaje uterino cuando se horas.
- Asegúrese de que el útero no se relaje (se vuelva blando) después del masaje uterino.

Derecho a la información

En todas las medidas mencionadas anteriormente, explique los procedimientos y las medidas a la mujer y a la familia. Continúe siempre suministrando apoyo y tranquilizando a las personas.

LISTO PARA LA SIGUIENTE PRÁCTICA

ADELANTE

Práctica 6.

ANÁLISIS DE SITUACIONES CLÍNICAS EN OBSTETRICIA

Indicaciones:

A continuación se presenta un caso clínico en obstetricia, estudie y analice el caso.

Caso N° 2

Paciente que se encuentra en el periodo post parto inmediato, presenta los siguientes antecedentes:

- a) Multipara de tres partos normales.
- b) Edad 34 años
- c) Antecedente de hemorragia post parto, en el segundo parto
- d) Actual embarazo fue controlado tardíamente, solo un control a las 37 semanas.
- e) Parto actual espontáneo, de 10 horas de evolución, con recién nacido cuyo peso fue de 3,950 grs.
- f) Al examen presenta signos vitales: P/A 100/40 mmHg, Pulso: 100 por minuto, T° 37° C piel y mucosas pálidas, extremidades frías, consciente pero excitada.
- g) Al examen obstétrico se aprecia útero de consistencia blanda, que se retrae al estímulo manual, sangrado abundante.

En relación a esta situación analice y responda

- 1. Que antecedentes eran relevantes tener presente antes del parto de esta usuaria. Fundamente.
- 2. Qué medidas preventivas debieron asumirse durante el parto de esta usuaria
- 3. Teniendo presente los signos vitales, en que etapa del shock hipovolémico se encontraría. Fundamente.
- 4.Cuál es el diagnóstico que plantea.
- 5. Teniendo presente al diagnóstico planteado, cuáles son las medidas inmediatas y mediatas que usted asume. Describa cada una de ellas.

TAREA 7

HEMORRAGIA POST PARTO.

Objetivo General

Reconocer las causas de la hemorragia durante el post parto.

Objetivos específicos

- Identificar los tipos de hemorragias post parto.
- Determinar los factores de riesgo.
- Reconocer los signos y síntomas.
- Diferenciar las 3 causas de hemorragia post parto estudiadas.

Contenido

1. Información
2. Definición
3. Clasificación
4. Factores riesgo
5. Signos y síntomas.
6. Causas:
 - 6.1. Atonía uterina
 - 6.2. Inversión uterina
 - 6.3. Retención de placenta y de restos.

1. INFORMACIÓN

La hemorragia post parto es la causa más común de pérdida sanguínea en obstetricia y un factor directo en la morbilidad materna. Constituye la primera causa de muerte en Latinoamérica, y se presenta en aproximadamente en el 10% de los casos. Más de la mitad de las muertes de las madres suceden dentro de las primeras 24 horas después del parto, la mayoría debido a una masiva.¹⁵ Todas las mujeres embarazadas pueden sufrir una hemorragia grave y perder la vida, particularmente las mujeres que sufren anemia, son más vulnerables ya que muchas veces no toleran siquiera un sangrado moderado.

2. DEFINICIÓN

La hemorragia post parto se define como el sangrado mayor de 500 cc y puede ser inmediato o precoz y mediato o tardío.

3. CLASIFICACIÓN

3.1. Hemorragia temprana: cuando se presenta en las primeras 24 horas después del parto.

3.2. Hemorragia mediata: cuando se presenta de 24 horas y hasta los 10 días.

3.3. Hemorragia Tardía: se presenta de 10 días hasta la completa involución uterina.

4. FACTOR DE RIESGO

Entre los factores de riesgo tenemos la multiparidad, sobredistensión uterina, pre- eclampsia, eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, parto prolongado, parto precipitado, inducción o conducción, parto con intervenciones, antecedentes de hemorragia post parto.

5. SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Hemorragia profusa.
- Alteración de los signos vitales (hipotensión, taquicardia, respiración rápida).
- Signos de choque hipovolémico (palidez, piel fría, sudoración, etc.)
- Agitación
- Desvanecimiento.

6. CAUSAS

- Atonía uterina relacionada a anestesia o analgesia excesiva, trabajo de parto prolongado, distensión abdominal, parto traumático.
- Retención de restos placentarios.
- Lesiones del canal del parto.
- Alteraciones hematológicas de los mecanismos de coagulación.
- Inversión del útero
- Ruptura de útero

RECUERDE

El tratamiento de la hemorragia post parto, debe estar dirigido a controlar la CAUSA.

El pronóstico depende de la magnitud de la hemorragia, del estado general de la paciente y del método, rapidez e integración de la terapia

En esta tarea sólo trataremos la atonía uterina, inversión uterina y retención de placenta y de restos placentarios.

6.1. Atonía uterina

Después de expulsado el feto, el útero se contrae desprendiendo la placenta y ocluye los vasos del lecho placentario, a la palpación externa suave se constata si el "Globo de Seguridad de Pinar está presente", la falta de esta contracción y retracción produce la atonía o inercia uterina post parto.

Signos y síntomas:

- Hemorragia brusca, como chorro, cede y reaparece a intervalos cortos, dentro de las primeras horas del nacimiento.
- Útero flácido y grande a la palpación al masaje se contrae, disminuye su tamaño y aumenta la consistencia, pero vuelve rápidamente al estado de relajación.
- Presencia de coágulos.

Manejo: debe ser dirigido a identificar la causa y a evitar el choque.

- **Masaje abdominal profundo sobre el fondo del útero**
- **Administrar oxitócica**
- Canalizar 2 vena una con solución salina o lactato de ringer y la otra con D/A al 5% más 10 a 20 unidades de oxitocina para pasar a 1 cc por minuto. No dar más de tres litros.
- Más 10 unidades via IM
- Evaluar condición de la paciente (signos vitales, sangrado y estado de conciencia)
- **Si no hay oxitócica**
- Administrar una ampolla de ergonovina I.M., si la P/A, diastólica es menor de 90 mmHg.
- **Si persiste la hemorragia**
Explorar en busca de restos placentarios
- **Si pese a estas maniobras la hemorragia no se detiene**
Comprimir manualmente el fondo del útero para expulsar coágulos y estimular las contracciones.
- **Si a pesar de las maniobras terapéuticas no mejora la atonía:**
Se debe usar el siguiente esquema de Oxitocina: 500 cc de Dextrosa en agua al 5% más 80 unidades (16 ampulas) de Oxitocina para pasar en 1-2 horas.
- **REFERIR URGENTEMENTE**, recuerde se debe reponer el volumen de sangre perdido.

RECUERDE en la Hemorragia POST PARTO TEMPRANA.

Es necesario administrar Lactato de Ringer u otro fluido intravenoso para mantener el volumen circulante hasta conseguir los derivados sanguíneos necesarios.

6.2. Inversión uterina

Consiste en el volteamiento hacia afuera del útero, y tiene varias manifestaciones.

- Las inversiones más simples son las llamadas locales o parciales, en la que una pequeña zona del cuerpo se invierte sin atravesar el anillo de Bandl.
- En forma incompleta: el cuerpo uterino invertido llega hasta el límite externo del cuello.
- En la forma completa: la cara interna del útero pasa el orificio y se adosa a la pared vaginal.
- En la forma total. El cuerpo invertido sobresale la vagina.

Causas: puede señalarse la incorrecta atención del periodo del alumbramiento con maniobras precipitadas e intempestivas, por la presión ejercida desde el abdomen sobre el fondo del útero relajado en el intento de acelerar el alumbramiento; por la tracción ejercida sobre la placenta con el cordón umbilical.

En algunas veces se produce espontáneamente por el solo peso de la placenta o durante el parto.

Signos y síntomas.

- Dolor vaginal
- La palpación abdominal no detecta el fondo del útero
- Sangrado
- Se observa parte del útero en la vagina
- Signos vitales alterados.
- Evidente estado de choque

Manejo y tratamiento:

- Canalizar dos vías, si es posible con una cánula de buen calibre
- Administración de suero solución salina o lactato de ringer, rápidamente a razón de 1 litro en 15 a 20 minutos
- Administrar una dosis única de antibiótico como profilaxis (ampicilina 2 gramos IV **MÁS** metronidazol, 500 mg IV; O bien dar cefazolina 1 gramo IV **Más** metronidazol, 500 mg IV.
- Laboratorios según disponibilidad
- Tratar el choque
- Tratar la hemorragia
- Realizar examen físico e historia clínica completa.
- **REFERIR URGENTEMENTE**

RECUERDE:

La inversión uterina puede llevar a dos problemas graves: uno inmediato la hemorragia o choque concomitante, y otro tardío la infección en diferentes grados.

6.3. Retención de placenta y de restos placentarios

La retención de placenta es cuando la misma no ha sido expulsada y han pasado más de 30 minutos, después de la salida del feto.

El alumbramiento incompleto está definido por la retención de algunas partes de la placenta y/o de las membranas ovulares.

Causas:

- Actividad contráctil del útero insuficiente para expulsar la placenta.
- Adherencias anormales de la placenta en el útero.
- Disfunciones miométricas.
- Maniobras incorrectas y precipitadas para apurar el alumbramiento.

Signos y síntomas.

- No se produce la expulsión de la placenta después de 30 minutos de producido el nacimiento
- Superficie placentaria del lado materno incompleta
- Hemorragia profusa.
- Signos vitales alterados.
- Atonía uterina.

Manejo:

- Comprobar que la vejiga urinaria este vacía (cateterizarla si es necesario)
- Si se alcanza a ver a la placenta:
- Instruir a la mujer que puje y expulse
- Si por el tacto se percibe la placenta o bien restos placentarios en la vagina
- Extraer manualmente la placenta y/o los restos placentario
- Si no se produce el alumbramiento y tampoco se ve ni se palpa la placenta:
- Aplicar 10 unidades de oxitócica por vía IM
- Si después de 30 minutos de la aplicación de oxitócica no se expulsó la placenta y el útero está contraído
- Traccionar el cordón poco a poco
- Si no resultó las maniobra anteriores
- Canalizar dos vías.
- Administrar lactato de ringer 1000 cc más 20 unidades de oxitocina para pasar 1cc por minuto.

- Laboratorios si hay disponibilidad.
- Tratar la hemorragia.
- Tratar por choque.
- Masaje bimanual, para contraer el útero.
- Realizar examen físico e historia clínica completa.
- Llenar hoja de referencia.
- **REFERIR URGENTEMENTE**

RECUERDE.

Casi la mitad de todas las muertes post parto ocurren dentro del primer día después del parto y el 70% ocurre dentro de la primera semana.

Práctica 7

Identifique los signos y síntomas de las causas de las emergencias post parto estudiadas. Traslade el nombre de la emergencia de la derecha al espacio de la descripción de los signos y síntomas de la izquierda.

Respuestas	Signos y síntomas	Emergencias
	Hemorragia profusa, alteración de los signos vitales, palidez, agitación y desvanecimiento.	Hemorragia por atonía uterina.
	Útero flácido y grande a la palpación, hemorragia brusca a chorro, cede y reaparece a intervalos.	Retención de placenta.
	Dolor vaginal, sangrado, parte del útero en la vejiga.	Hemorragia post parto.
	Hemorragia profusa, signos vitales alterados, atonía uterina.	Inversión uterina.

TAREA 8

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO.

Objetivo General

Explicar la evolución de los trastornos hipertensivos del embarazo.

Objetivo específicos

- Definir hipertensión.
- Determinar su clasificación.
- Describir el manejo

Contenido

1. Información
2. Clasificación.
3. Hipertensión Gestacional.
 - 3.1. Definición
 - 3.2. Pre eclampsia.
 - 3.3. Eclampsia.

1. INFORMACIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo son la complicación más frecuente del embarazo. De las mujeres embarazadas el 7 al 10% aproximadamente sufre de esta complicación, y se asocia con el aumento de los índices de mortalidad. Presenta un amplio espectro de manifestaciones que abarca desde una elevación mínima de la presión arterial como signo solitario hasta una hipertensión severa con disfunción de diversos órganos sistémicos

2. CLASIFICACIÓN:

- Hipertensión arterial crónica.
- Preeclampsia- Eclampsia
- Hipertensión crónica con preeclampsia sobre agregada.
- Hipertensión arterial transitoria del embarazo o hipertensión gestacional

3. HIPERTENSIÓN

3.1. Definición.

Hipertensión Arterial: se denomina a la presión igual o sobre 140/90 mmHg tomada por lo menos dos veces con una separación de 4 horas en cualquier momento del embarazo.

Hipertensión gestacional: es la enfermedad asociada a la gestación después de las 20 semanas, se caracteriza, hipertensión sin proteinuria se presenta con mayor frecuencia en el último trimestre de la gestación durante el parto o post parto inmediato.

3.2. Pre eclampsia: se define como el hallazgo de hipertensión acompañado por proteinuria, es un trastorno específico de un ser humano. La incidencia varía entre 2 al 10% según los criterios de diagnósticos utilizados.

Signos y síntomas: hipertensión arterial, edema de cara, manos y piernas, proteinuria, cefalea persistente, epigastralgia, zumbidos, vision borrosa con puntos negros y lucecitas, oliguria y /o anuria.

De acuerdo a la gravedad de los síntomas la preeclampsia se clasifica en leve y severa, en la forma severa, la gestante además de los signos y síntomas ya mencionados pueden presentar otras complicaciones como edema de pulmón, insuficiencia renal y síndrome de HELLP.

Esquema de Signos y síntomas de la preeclampsia leve y severa

Indicador	Preeclampsia.	
	Leve	Severa
Presión Arterial diastólica	Igual o mayor a 90 mmHg	Mayor o igual a 110 mmHg.
Proteinuria	Mayor de 0.3 gramo por litro	Igual o mayor a 5 gramos por litro.
Edema	Maleolar	Cara, manos y maledos.
Cefalea	Ausente	Presente
Alteraciones visuales.	Ausentes	Presentes
Reflejos neurológicos	Normales	Hiperreflexia
Dolor epigástrico	Ausente	Presente
Diuresis	Normal	Oliguria.
Otros		Síndrome de HELLP, edema de pulmón, falla renal y presión arterial $\geq$ 140/90 con los síntomas descritos arriba

Cuadro tomado de OPS/OMS Emergencias Obstétricas guías para enfermeras.

Factor de riesgo: nuliparidad, embarazo múltiple, antecedentes familiares, diabetes, edades reproductivas extremas, embarazo molar, trombofilia.

RECUERDE ANTE:

- El aumento brusco de peso de dos o más libras por semanas puede presentarse sin edema.
- La presencia de edema de rápida aparición.

LA PACIENTE DEBE SER MANEJADA COMO TRASTORNO HIPERTENSIVO SEVERO

Manejo preventivo:

- Control de P/A, correlación con la basal.
- Verificar por aumento de peso, superior al correspondiente, según la edad gestacional y la talla.
- Realizar prueba de proteinuria
- Orientar e informar a la paciente sobre los signos y síntomas por los cuales debe consultar inmediatamente
- Si la paciente presenta algún signo o síntoma de peligro, **REFERIR**

3.3. Eclampsia: Se caracteriza por la presencia de convulsiones, en algunas ocasiones llega al coma y puede causar a la muerte del feto y de la madre.

El número de convulsiones influye en el pronóstico materno fetal, la acción rápida, segura y apropiada, contribuirán a la conservación de la salud materna fetal.

Convulsiones: se llama convulsión al movimiento involuntario de contracción y relajación violenta de los músculos de una parte o de todo el cuerpo.

Signos: se observa desvío ocular, dificultad respiratoria, salivación exagerada y congestión en la cara. Suele ocurrir que después de convulsionar la paciente quede en estado de sopor profundo (coma).

Manejo o conducta:

- Valoración rápida inicial, con la indagación a los familia del inicio, características, antecedentes de las convulsiones.
- Colocar un baja lengua envuelto en gasa o una gasa enrollada o una cánula, de mayo para evitar los traumas en la lengua.
- Tomar los signos vitales.
- Colocar la paciente en cama con barandales.

- Evitar el riesgo de bronco aspiración. Acomodar la cabeza en hiperextensión y hacia un lado para permeabilizar las vías aéreas y permitir la salida de saliva y secreciones.
- Proporcionar un ambiente tranquilo para suprimir los estímulos.
- Minimizar los exámenes innecesarios.
- Canalizar dos vías. Administrar goteo de solución disponible.
- Aplicar oxígeno a 7 litros por minuto.
- Aspirar secreciones si es posible.
- Colocar sonda vesical, para controlar la diuresis (no debe ser menor de 30 cc por hora).
- Vigilar el trabajo de parto y la FCF.
- Estabilizar a la paciente de acuerdo al protocolo indicado en las normas.
- Estabilizada la paciente **TRASLADAR URGENTE.**
- Informe a los familiares.

RECUERDE:

Muchas muertes por preeclampsia y eclampsia ocurren en pacientes que fueron clasificadas como preeclampsia leve cuando realmente eran preeclampsia severa; por lo tanto toda paciente con elevación de la presión más síntomas, debe ser REFERIDA A UN NIVEL SUPERIOR

Guía para la atención de la Hipertensión y embarazo

Interrogue	Observe	Actúe.
- Presencia de signos y síntomas como: dolor de cabeza intensa y frecuente. Edema de piernas en manos y cara y el momento y día que la presenta. Mareos, visión borrosa con o sin puntos negros y lucecitas. orina poco. Dolor en epigastrio Si ha presentado ataques (convulsiones)	- Presencia de edema en cara, manos y piernas. - Presencia de convulsiones. - La eliminación de orina en una hora. (menos de 30 cc)	Tome signos vitales, principalmente P/A. Realice examen físico e historia completa Realice la prueba de proteinuria. Acueste a la gestante en decúbito lateral izquierdo, para mejorar la oxigenación del feto. Si la paciente se cataloga como preeclampsia, oriente e informe de la importancia del control especializado. Si es catalogada como preeclampsia severa, explique sobre los procedimientos y tratamiento. Inicie el tratamiento y luego Traslade. Informe a los miembros de la familia condición e importancia del traslado. En caso de convulsiones, aplique los primeros auxilios y los medicamentos de acuerdo a la norma y protocolo de atención de Panamá. TRASLASDE URGENTEMENTE AL HOSPITAL MÁS CERCANO.

Práctica 8

Traslade las letras o números de los grupos de respuestas de la derecha al espacio que se encuentra debajo de las afirmaciones de la izquierda.

1. Son 4 signos y síntomas de la preeclampsia leve.	1. hipertensión crónica. 2. Hipertensión transitoria del embarazo. 3. Hipertensión crónica con preeclampsia sobre agregada. 4. Preeclampsia y eclampsia.
2. Constituyen las 4 clases de trastornos hipertensivos del embarazo.	a. Igual o mayor a 90 mmHg. b. Proteinuria de 0.3 gms por litro c. Edema maleolar. d. Dolor epigástrico ausente.
3. Son 4 signos y síntomas de la preeclampsia severa.	5. Nuliparidad. 6. Embarazo múltiple 7. Diabetes. 8. Embarazo molar.
4. 4 Factores de riesgo de la preeclampsia.	e. Proteinuria igual o mayor a 5 gramos por lt f. Presión arterial mayor o igual a 110 mmHg. g. Edema de cara, manos y maleolos. h. Diuresis, oliguria.
5. Son 4 acciones preventivas de la preeclampsia.	9. Dificultad respiratoria. 10. Salivación exagerada 11. Congestión en la cara. 12. Resvivo ocular.
6. Son 4 signos de convulsiones.	i. Colocar baja lengua, gasas o canula. j. Administración medicamentos anticonvulsivante. k. Canalizar dos vías, inicio de goteo. Referir urgente, después de estabilizada
7. 4 intervenciones para la convulsión.	13. Verificar y controlar la P/A. 14. Verificar el aumento de peso, superior al correspondiente, según la edad gestacional. 15. Realizar prueba de proteinuria 16. Referir al nivel superior

TAREA 9

FIEBRE

Objetivo General

Conocer las causas más comunes que originan la fiebre en el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Objetivos específicos

- Definir la fiebre.
- Determinar las causas.
- Reconocer los signos de la infección de vías urinarias.
- Reconocer los signos y síntomas de la infección puerperal.
- Describir el manejo de la fiebre según causa.

Contenido

1. Información
2. Definición
3. Causas:
 - 3.1. Infección de vías urinarias
 - 3.2. Infección Puerperal.
4. Manejo o conducta general para la fiebre.

1. INFORMACIÓN

Un factor importante que pone en riesgo el embarazo es la fiebre, indicativo de presencia de infección materna. La infección si no es tratada a tiempo puede considerarse como emergencia ya que desencadena procesos complicados que comprometen la salud y la vida tanto de la madre como del feto.

2. DEFINICIÓN: se considera fiebre cuando la temperatura axilar es superior a 38.5° C

3. CAUSAS: las principales causas de fiebre durante el embarazo, trabajo de parto y puerperio son: la infección de vías urinaria, infección ovular, endometritis y mastitis.

3.1. Infección de vías urinaria:

La gestante es susceptible de sufrir de infección de vías urinarias debido al estasis de orina por compresión de los uréteres y disminución de la capacidad bactericida de los leucocitos de la orina. Cuando se presenta la infección aguda se puede desarrollar infección en el líquido amniótico con posible retraso del crecimiento de la placenta e incremento del riesgo del parto prematuro.

Clasificación:

- **Infección de vías urinarias bajas:** es la inflamación de la vejiga y/ o uretra que se manifiesta generalmente por disuria, fiebre menor de 38.0° C, incontinencia urinaria, dolor abdominal bajo.
- **Infección de las vías urinarias altas:** es cuando la infección se extiende hasta cálices, pelvis y parénquima renal. Se manifiesta por temperatura mayor de 38.0°, dolor lumbar, puño-percusión positiva, polaquiuria, náuseas, vómito y malestar general.

3.2. Infección puerperal

La infección puerperal más frecuente es la originada en la cavidad uterina, luego en el trato urinario y las mamas.

3.2.1. Endometritis puerperal

La endometritis post- parto y la post- cesárea, contribuye con un 30% de todas las infecciones.

- **Factores predisponentes:** rotura prematura de membranas, anemia en el embarazo, omisión o inadecuadas medidas de asepsia, infección en el canal genital previo al parto, fallas técnicas en la atención del parto, parto prolongado y traumático.
- **Signos y síntomas:**
 - Fiebre generalmente de 2 a 8 días post parto
 - Subinvolución y sensibilidad uterina.
 - Loquios fétidos, turbios o purulentos.

4. MANEJO O CONDUCTA GENERAL.

- Realizar examen físico e historia clínica completa.
- Tomar muestra de orina para examen general.
- Control de signos vitales, especialmente temperatura axilar.
- Si la temperatura es de 38.5° C, usted debe: Aplicar medios físicos (paños fríos, baño con agua tibia) no usar alcohol.
- Administrar vía oral o intramuscular un antipirético.
- Canalizar vena, e iniciar goteo con suero disponible.
- Iniciar antibioterapia (De acuerdo a las causas y a las indicaciones de la norma de atención)

- Informar y orientar al paciente de la condición y tratamiento
- Valorar la evolución de la paciente.
- Si no mejora **TRASLADAR**, previo llenado de la hoja de referencia y orientación a la paciente y familiares.

RECUERDE:

La endometritis post-parto, post-cesárea, post-aborto, que evolucionan a pelvi peritonitis y septicemia SON CAUSA DE MUERTE POR SEPSIS.

¿Se encuentra preparado para autoevaluarse?



¡ADELANTE!

Práctica 9

Lea y conteste a la pregunta y enunciados.

1. Defina Fiebre.

2. Mencione las principales causas de fiebre durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio.

3. Describa la clasificación de infección de vías urinarias.

a.

b.

4. Mencione 3 factores predisponentes de la endometritis puerperal.

5. Enumere las acciones generales para el manejo de la fiebre.

TAREA 10 SEPTICEMIA PUERPERAL

Objetivo General

Actuar ante el proceso evolutivo de la sepsis puerperal

Objetivos específicos

- Definir la sepsis puerperal
- Reconocer los signos y síntomas.
- Describir el manejo de la sepsis.

Contenido

1. Información
2. Definición
3. Signos y síntomas.
4. Manejo.

1. INFORMACIÓN

Las infecciones incluyendo sepsis, pueden causar enfermedad pélvica inflamatoria, cuyos síntomas comprenden dolor crónico, deterioro del sistema reproductivo, infertilidad y toda una gama de trastornos ginecológicos. Entre las causas de mortalidad materna, el 15% lo constituyen las infecciones.

2. DEFINICIÓN

Es la infección generalizada que se produce cuando los gérmenes que causan la infección se multiplican e invaden el torrente sanguíneo. Los síntomas pueden aparecer desde las 24 horas después del parto.

3. SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Escalofríos.
- Fiebre mayor de 38.5°C.
- Pulso acelerado, sobre 100 por minutos.
- Lengua y mucosas secas.
- Loquios escasos, hemopurulentos y fétidos.
- Mal estado general.

4. MANEJO

- Examen físico e historia completa.
- Controlar signos vitales.
- Aplicar medidas para prevenir el choque.
- Canalizar dos venas

- Iniciar goteo de solución de lactato ringer o solución salina.
- Iniciar antibioterapia intravenosa.
- Si está comprometido el sistema respiratorio y hay disnea aplicar oxígeno si es posible.
- Llenar hoja de referencia
- Informar y orientar a la paciente y a los familiares sobre la condición y el traslado.
- **Trasladar URGENTE.**

Práctica 10

Siguiendo la guía describa las acciones para la atención de la emergencia, de la septicemia puerperal.

Interrogue	Observe	Actúe

TAREA 11

DISTOCIAS

Objetivo General

Reconocer las diversas distocias que se presentan durante el trabajo de parto

Objetivos específicos

- Definir qué es distocias.
- Reconocer las distocias más frecuentes que alteran la labor del parto.
- Describir los principales procedimientos para manejar las distocias.

Contenido

1. Información
2. Definición
3. Clasificación
4. Manejo

1. INFORMACIÓN

Las diferentes presentaciones anormales, originan una variedad de complicaciones que aumentan el riesgo de enfermedad y muerte tanto para la madre como para el niño. Factor de riesgo de muerte, trauma, y asfixia fetal y muerte, materna.

2. DEFINICIÓN

Distocias: es la existencia de cualquiera presentación que no sea la cefálica, hombros, frente, podálica, cara y que hacen difícil y complicado el trabajo de parto y es parto vaginal. La presentación podálica ocurre en le 3 a 4% de los casos.

3. CLASIFICACIÓN

De acuerdo con el origen de la obstrucción.

- **Distocia ósea:** la pelvis puede estar deformada o con un desarrollo incompleto, lo que dificulta el paso del feto.
- **Distocia de partes blandas:** son alteraciones anatómicas del útero, cuello y/ o vagina que producen la detención del descenso del feto impidiendo el parto.

- **Distocia por causa fetal:** se produce por alteraciones anatómicas del feto, cuando algunas partes o todo el cuerpo presenta un tamaño excesivo, puede ser macrosomía fetal, anasarca o hidrops fetal. O cuando el feto se presenta en forma anormal en el canal del parto, transversa, tronco, hombro, o cefálicas deflexionadas bregma, frente, cara.

4. MANEJO:

- Realizar examen físico e historia completa.
- Vigilar signos vitales
- Vigilar actividad uterina.
- Controlar FCF
- Evaluar dilatación y borramiento cuello uterino
- Identificar la variedad de la distocia
- Dependiendo de el avance del trabajo de parto
- Canalizar a la paciente para evitar la deshidratación.
- Orientar e informar sobre la condición y el traslado.
- Llenar hoja de referencia **TRASLADE**.

HOY DÍA HAY SUFICIENTE EVIDENCIA QUE DEMUESTRA QUE ES MEJOR HACER CESAREA QUE ATENDER UN PARTO SACRO.

Práctica 11

Caso N° 3

Analice el siguiente caso, clasifique la posible distocia, y el manejo.

Al Centro de Salud de Buenos Aires llega una paciente con Embarazo de 40 semanas, con buena actividad uterina, con salida de líquido transvaginal escaso claro. Al efectuar maniobra de Leopold se palpa cabeza fetal en la parte superior del abdomen, FCF 138 por minuto, al tacto membranas rotas, dilatación de 5 centímetros, borramiento de 80%, plano menos 2, parte fetal blanda.

Clasificación	Manejo

TAREA 12

SUFRIMIENTO FETAL AGUDO

Objetivo General

Reconocer y actuar ante los signos y síntomas de sufrimiento fetal agudo

Objetivo específicos

- Definir sufrimiento fetal agudo.
- Identificar las diferentes causas.
- Describir los signos y síntomas
- Determinar el manejo del sufrimiento fetal agudo.

Contenido

1. Información
2. Definición
3. Causas
4. Signos y síntomas.
5. Manejo.

1. INFORMACIÓN

El sufrimiento fetal agudo aparece generalmente durante el trabajo de la labor y el parto y en forma súbita como consecuencia del aporte de oxígeno al feto. Es una de las primeras causas de muerte perinatal

2. DEFINICIÓN: es una alteración en la oxigenación del feto, que se manifiesta durante el trabajo del parto y que produce serio peligro al bienestar del feto.

3. CAUSAS:

- Polisistolia: más de 5 contracciones uterinas en 10 minutos.
- Hipertonía: presión del útero en reposos mayor de 15 mm de Hg.
- Hipersistolia: Intensidad de las contracciones superior a 50 mm de Hg.
- Hipertensión arterial crónica o gestacional.
- Hipotensión arterial materna.
- Choque.
- Hipoxia materna aguda o crónica.
- Iso inmunización por Rh.
- Diabetes.
- Infartos placentarios.
- Patologías del cordón umbilical
- Anemia fetal.
- Nudos o procidencia de cordón.

4. SIGNOS Y SÍNTOMAS

- **Bradicardia fetal:** es consecuencia de la hipoxia del feto y significa que al auscultar los latidos se encuentran por debajo de 120 por minutos.
- **Taquicardia:** es el aumento de los latidos del feto por sobre 160 por minuto y es uno de los primeros signos de sufrimiento fetal.
- **Presencia de meconio:** se observa el liquido amniótico las siguientes características desde un color suave amarillo verdoso, hasta un espeso liquido como puré de color verde.
- **En el recién nacido se observa:** depresión respiratoria (anoxia, hipoxia, cianosis); apgar a los 5 minutos inferior de 7

5. MANEJO.

- Realizar examen físico e historia clínica completa.
- Reostar al paciente decúbito lateral izquierdo.
- Canalizar vena e iniciar goteo de suero disponible.
- Controlar la actividad uterina
- Controlar la FCF.
- Administrar oxígeno si tiene la posibilidad (3 a 7 litros por minutos).
- Orientar e informar a la paciente la condición, el tratamiento e importancia del traslado.
- Hacer la referencia.
- **TRASLADO URGENTE.**
- Si el parto se da antes del traslado.
- El manejo incluye la reanimación neonatal.

Práctica 12

Identifique los conceptos escritos a la derecha; traslade el número de la izquierda al paréntesis correspondiente de la derecha.

1. Sufrimiento fetal agudo. (SFA).	() Polisistosis, anemia fetal, nudos o prociencia de cordón, hipertonia.
2. Causas de SFA.	() Líquido amniótico de color suave, amarillo verdoso, hasta un espeso líquido como un puré.
3. Signos y síntomas de SFA.	() Alteración de la oxigenación del feto, manifiesta el trabajo de parto, y produce una serie de peligros al bienestar fetal.
4. Presencia de meconio.	() Aumento de los latidos del feto por sobre 160 minutos.
5. Bradicardia fetal.	() Latidos cardíaco fetal por debajo de 120 por minutos.
6. Taquicardia fetal.	() Realizar examen físico e historia clínica completa, control de FCF, administración de oxígeno, canalizar vena, traslado urgente.
7. Manejo.	() Bradicardia, taquicardia, presencia de meconio.

TAREA 13 TRABAJO DE PARTO PROLONGADO.

Objetivo General. Conocer los factores que influyen en el trabajo de parto prolongado y las intervenciones para su manejo.

Objetivo específicos

- Definir trabajo de parto normal y prolongado
- Identificar los factores que causan el parto prolongado.
- Determinar el manejo en situaciones de trabajo de parto prolongado

Contenido

1. Información
2. Definición
 - 2.1. Trabajo de Parto
 - 2.2. Trabajo de parto prolongado.
3. Factores causales
4. Manejo.

1. INFORMACIÓN

El retraso del parto es una emergencia obstétrica que se complica con el sufrimiento y/ o muerte fetal, la hemorragia y muerte materna.

2. DEFINICIÓN

2.1. Trabajo de parto: Es un proceso dinámico que comprende un **progreso** en la dilatación cervical, en el descenso y en la rotación de la presentación y que normalmente debe culminar en un periodo de 14 –18 horas en primigesta y en multipara de 8 hasta 10 horas. Entendiendo como dinámica normal. 3 contracciones en 10 minutos de 35 - 45 segundos, a partir de los 3 centímetros o más de dilatación en caso de multiparas y de 4 centímetro o más en primigesta o cuando inicia la labor verdadera

2.2. Trabajo de parto prolongado: Es la prolongación de la dinámica del trabajo de parto y el retraso del parto, durante 12 horas o más.

Hallazgos que sugieren un progreso insatisfactorio del primer y segundo periodo del trabajo de parto que pueden conducir a un trabajo de parto prolongando.

En el primer periodo.

- Las contracciones irregulares e infrecuentes después de la fase latente.
- O una tasa de dilatación del cuello uterino más lenta que 1 cm por hora durante la fase activa del trabajo de parto.(dilatación del cuello uterino a la derecha de la línea de alerta).

- O el cuello uterino mal adosado a la parte fetal que se presenta.
- En el segundo periodo:
- La ausencia de descenso del feto por el canal del parto.
 - La falta de expulsión durante la fase avanzada (expulsiva).

Clasificación del progreso insatisfactorio del trabajo del parto.

- Trabajo de parto falso: Es cuando el cuello uterino no se ha dilatado, cuando las contracciones no son palpables y poco frecuentes.
- Fase latente prolongada: cuando se presenta cuello uterino dilatado más allá de 4 cm después de 8 horas con contracciones regulares.
- Fase activa prolongada: cuando hay dilatación del cuello uterino a la derecha de la línea de alerta en el partograma. Debe evaluarse por desproporción céfalo pélvico, obstrucción, actividad uterina inadecuada, anomalías de posición o presentación.
- Fase expulsiva prolongada: es cuando hay cuello uterino totalmente dilatado y la mujer tiene deseos de pujar, pero no hay descenso.

3. FACTORES CAUSALES: ocurre por factores que impiden el descenso del feto a través del canal del parto, éstos pueden agruparse en:

Psíquicos: que se refiere a la falta de preparación de la mujer para afrontar el evento del parto; a la falta de información y poco apoyo del personal que la atiende; el aislamiento por parte de la familia; a los procedimientos y prácticas a que debe ser sometida; todo esto genera una gran tensión, ansiedad y miedo los cuales tienen un efecto directo sobre la evolución del parto.

Fuerzas musculares: es cuando las contracciones uterinas no se presentan en forma regular, no se incrementa su intensidad, duración y tono, es decir: el proceso de dilatación no avanza.

Son considerados factores del trabajo del parto prolongado.

- La sobredistensión uterina.
- La angustia, temor, y trastornos emocionales de la mujer.
- La desproporción céfalo pélvica.
- La distocia pélvica y de cuello.
- La mala presentación.
- El cordón umbilical corto o circulares apretadas.
- Variedad de posición posterior persistente.
- Alteraciones en la contractilidad uterina.

***El trabajo de parto prolongado puede ocasionar:
Sufrimiento fetal agudo, muerte fetal, agotamiento físico, y
psicológico de la mujer, deshidratación materna, ruptura uterina y
sus complicaciones.***

4. MANEJO

- Realizar examen e historia clínica completa.
- Evaluar el estado general de la mujer (pulso, presión arterial, respiración y temperatura).
- Efectuar palpación abdominal para definir situación, presentación, y grado de encajamiento que influyen en el trabajo de parto.
- Evaluar el estado del feto: (F.C.F, presencia de meconio)
- Si hay rotura de membranas.
- Evalúe la contractibilidad uterina.
- Revise el trabajo del parto mediante la utilización del partograma.
- Determinar la causa.
- Administrar fluidos para prevenir la deshidratación.
- Aplicar manejo según la causa y siguiendo la norma de atención.
- Si no puede manejar la situación. **Refiera urgentemente, al nivel de mayor complejidad y capacidad de resolución.**

ALERTA:

Prevea la necesidad de reanimación y un plan de ayuda para el bebé.

Práctica 13

Marque con una equis (X) si el concepto es verdadero o falso.

Conceptos	V	F
1. Los factores causales del trabajo de parto prolongado son: sobre distension uterina, desproporción céfalo pélvico, mala presentación.	()	()
2. El trabajo de parto verdadero es un proceso estático, que puede durar más de 24 horas.	()	()
3. Se considera dinámica uterina normal, 3 contracciones en 10 minutos de 45 segundos.	()	()
4. El progreso satisfactorio del trabajo de parto en primigesta dura de 6 – 8 horas.	()	()
5. El trabajo de parto en una primigesta debe culminar aproximadamente entre 14 – 18 horas.	()	()
6. El trabajo de parto prolongado es la prolongación de la dinámica del trabajo de parto y el retraso del parto.	()	()
7. Cuando el cuello uterino no se ha dilatado y las contracciones son poco palpables y poco frecuente se dice que es una labor verdadera	()	()
8. Fase latente prolongada es cuando hay cuello uterino dilatado más allá e los 4 cm, después de las 8 horas con contracciones regulare	()	()
9. Cuello uterino totalmente dilatado y la mujer tiene ganas de pujar, se llama fase activa prolongada.	()	()
10. El trabajo de parto prolongado es una complicacion que conlleva al sufrimiento y muerte fetal, a la hemorragia y muerte materna.	()	()

TAREA 14 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Objetivo General. Conocer los factores de riesgo y el manejo de la ruptura prematura de membranas.

Objetivos específicos

- Definir ruptura prematura de membranas.
- Reconocer los factores causales.
- Identificar los signos y síntomas.
- Señalar medidas preventivas

Contenido

1. Información
2. Definición.
3. Factores de riesgo.
4. Clasificación
5. Signos y síntomas.
6. Manejo

1. INFORMACIÓN

La ruptura prematura de membranas es considerada una emergencia obstétrica por las complicaciones que puede presentar la gestante y el bebé.

2. DEFINICIÓN. es la rotura de las membranas antes que haya empezado el trabajo de parto. Puede ocurrir cuando el feto no ha madurado (pretérmino o antes de las 37 semana) o cuando ha madurado (a término)

3. FACTORES DE RIESGO: las causas de tal situación es desconocida hasta el momento pero existen algunos factores que contribuyentes:

- Cervicovaginitis
- Cuello uterino incompetente.
- Tabaquismo
- Procedimientos diagnósticos prenatales
- Deficiencias vitamínicas y minerales.
- Estado nutricional
- Exploraciones cervicales
- Patologías de las placentas.
- Sobre distensión uterina.
- Antecedentes de ruptura prematuras de membranas.
- Antecedentes de procedimientos quirúrgicos cervicouterinos.

4. CLASIFICACIÓN Y DEFINICIONES DE LA RUPTURA DE MEMBRANAS

- Ruptura espontánea de las membranas: es la ruptura de las membranas que suele ocurrir después del inicio de trabajo de parto.
- Ruptura prematura de membranas. Es la que ocurre antes de la labor de parto.
- Periodo de latencia: es el tiempo que transcurre entre la ruptura y el inicio del trabajo de parto.
- Ruptura prolongada de membranas: cuando el periodo de latencia es mayor de 24 horas.

5. SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Chorro súbito o pérdidas intermitentes de líquido.
- Presencia de líquido en el introito.
- Líquido expulsado presenta las características del líquido amniótico: color claro, opaco y olor característico a limpio.
- Ausencia de contracciones por una hora.

RECUERDE:

La gestante con ruptura prematura de membrana puede presentar las siguientes complicaciones: Infección ovular, parto prematuro y prolapso de cordón umbilical.

6. MANEJO

- Realizar examen e historia clínica completo.
- No realizar tacto vaginal.
- Colocar a la paciente en posición decúbito lateral izquierdo, para mejorar la oxigenación del feto, manteniéndola en reposo absoluto.
- Evaluar y controlar la F.C.F.
- Evaluar y clasificar la causa
- Determinar tratamiento según la causa y según la norma.
- Administración de líquidos disponibles.
- Informar y orientar a la paciente sobre su condición, tratamiento y traslado.
- Referir al nivel de mayor capacidad resolutive.

El manejo y tratamiento de la gestante con ruptura prematura de membranas dependerá de la clasificación y de la edad gestacional.

Caso N° 4

Al Centro de Salud de Hato Chamí, acude una EMBARAZADA, de 27 años de edad, 2 hijos vivos y un aborto, informa que FUM fue el 12 de octubre de 2003 refiere salida de liquido como sanguasa desde hace 2 días dolores en cadera y bajo vientre desde hace tres días. Cuál es el manejo en este caso.

[The page contains faint horizontal lines, suggesting it was part of a lined notebook or document.]

TAREA 15

LABOR DE PARTO PRETÉRMINO y PARTO PRETÉRMINO.

Objetivo General: Conocer los aspectos generales de la amenaza de parto pretérmino y el parto pretérmino

Objetivos Específicos

- Definir los dos conceptos
- Reconocer los signos y síntomas de la amenaza de parto Pretérmino y de parto prematuro.
- Identificar los factores predisponentes en ambas situaciones.
- Describir el manejo del parto pretérmino.

Contenido

1. Información
2. Definición.
3. Signos y síntomas.
4. Factores predisponentes.
5. Manejo.

1. INFORMACIÓN

Una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal es el nacimiento de un niño antes del término y la magnitud de ésta complicación esta relacionada proporcionalmente al peso del recién nacido.

La incidencia real de partos pretérminos no se conoce, pero existen datos que reflejan que éstos se dan ente el 9 y 10.7%, siendo más frecuentes en gestantes de raza negra. Aproximadamente el 75% de los niños pretérminos fallecen en la etapa neonatal temprana por inmadurez pulmonar, ya que a menor edad mayor complicación neonatal.

2. DEFINICIÓN

2.1. Labor de parto pretérmino: es la presentación de contracciones uterinas regulares que origina modificaciones cervicales después de la semana 20 de gestación y antes de las 37 semanas, independientemente del peso al nacer.

2.2. Parto pretérmino: es el que se produce entre las 20 y las 36 semanas del embarazo.

3. SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Contracciones uterinas regulares y dolorosas percibidas por la paciente y el personal de salud.

- Modificaciones en el borramiento y dilatación cervical.
- Expulsión de tapón mucoso sanguiolento.
- Descenso de la presentación que corrobore el inicio de la labor.

4. FACTORES PREDISPONENTES PARA QUE OCURRA UN PARTO PRETÉRMINO

- Historia y antecedentes personales: cigarrillo, alcohol, drogas, desnutrición, partos prematuros anteriores, edad materna menor de 19 años y mayor de 35 años, paridad.
- Complicaciones médicas: diabetes, hipertensión crónica, enfermedades renales, pielonefritis, anemia, cardiovasculares.
- Complicaciones obstétricas: hipertensión inducida por la gestación, hemorragias, ruptura prematura de membranas, gestación gemelar, hidramnios, presentaciones anormales del feto.
- Aparato genital: anomalías uterinas, incompetencia cervical, cirugías en el cuello uterino.
- Otras: trauma especialmente abdominal, cirugía abdominal durante la gestación, enfermedades virales, infecciones.
- Factores fetales: gestación múltiple, hidramnios.

5. MANEJO

- Historia clínica completa.
- Examen físico completo.
- Evaluar e identificar los signos y síntomas para determinar amenaza de parto prematuro ó parto pretérmino (Actividad uterina, salida de fluidos vaginales, modificación a nivel del cuello uterino).
- Determinar la situación y presentación, a través de la maniobra de Leopold.
- Determinar edad gestacional mediante el cálculo de la FPP, por FUM.
- Evaluar condición fetal (FCF, movilidad).

Labor de Parto Pretérmino: el manejo y tratamiento va en función de prevenir el parto pretérmino, lograr maduración pulmonar.

- Mantener la paciente en reposo.
- Orientar a la paciente que debe suspender la relación sexual.
- Aplicar tratamiento con útero inhibidores de acuerdo a la norma.
- Orientar a la paciente sobre su condición y la del bebé.
- Trasladar a un nivel de mayor complejidad, en caso que no se pueda manejar ambulatoriamente.

El diagnóstico de la labor de parto prematuro se hace mediante la determinación de la edad gestacional, las características de la actividad uterina y del cuello del útero.

Parto Pretérmino

- Referir la paciente a un nivel de mayor resolución.
- Si el parto se da en el Centro de Salud:
- Determinar la conducta de acuerdo a la presentación del producto.
- Preparar equipo de atención al recién nacido: prever plan para reanimación neonatal.
- **Atención del parto y del recién nacido por el personal más calificado.** Según las normas de atención.
- Trasladar a la madre y al recién nacido al nivel de mayor complejidad.

RECUERDE: Los criterios para hospitalización.

- **Modificaciones cervicales importantes.**
- **Persistencia de contracciones uterinas a pesar del tratamiento.**
- **Rupturas de membranas.**

Práctica 15

Describe el manejo del parto pretérmino según la norma. Siguiendo la guía.

Interroga	Observe	Actúe

TAREA 16 TRANSPORTE DE LA GESTANTE Y EL RECIÉN NACIDO.

Objetivo General: Evaluar aspectos generales de cómo hacer un traslado efectivo de una gestante y recién nacido.

Objetivos Específicos

- Reconocer las pautas para una referencia.
- Determinar las precauciones del traslado.

Contenido

1. Información
2. Pautas a tomar en cuenta para una referencia.
3. Precauciones antes y durante el traslado

1. INFORMACIÓN

La mujer embarazada frecuentemente presenta una emergencia obstétrica, situación que requiere igual de frecuente un traslado a un nivel de atención de mayor capacidad resolutive, esto quiere decir que cuenta con recurso humano especializado y tecnología más avanzada y apropiada. Para que durante el traslado y el hecho del traslado no agrave las condiciones de salud de la gestante y su hijo se requiere tener una serie de pautas y precauciones, antes y durante el traslado.

2. PAUTAS PARA UNA BUENA REFERENCIA

1. Se debe tener buen conocimiento de cómo opera el sistema de salud al cual usted pertenece. Conocer el sistema de referencia establecido. Este conocimiento le permitirá agilizar el traslado al sitio indicado y en forma oportuna.

2. Tenga presente que todas las emergencias obstétricas, requieren atención profesional calificado. Estabilice a la madre y/ o al recién nacido, luego traslade.

3. Haga anotaciones en la hoja de referencia, claras y concretas sobre la condición de la madre y el hijo. Registre la intervención y tratamiento efectuado.

Esto permitirá que el médico y el equipo receptor con más seguridad tomen las medidas necesarias y de manera mas rápida posible.

4. Prepare el equipo indispensable de acuerdo al estado de la madre y/ o el recién nacido teniendo en cuenta: Tipo de transporte, accesibilidad geográfica, la necesidad de atención específica requerida y la colaboración que reciba por parte de la comunidad.

5. Informar y orientar a la paciente y familiar sobre el porqué del traslado, y la oportunidad del mismo.

3. PRECAUCIONES ANTES Y DESPUÉS DEL TRASLADO:

- Una vez realizada la evaluación de la condición de la paciente, definir a que nivel de atención corresponde el traslado, según las normas.
- Estabilizar a la embarazada y /o al recién nacido antes de trasladarlos.
- Indicar la posición correcta y control frecuente de los signos vitales ante y durante el traslado.
- Administrar oxígeno si es necesario.
- Trasladar con vena canalizada, con fluido intravenoso y con tratamiento farmacológico de acuerdo a la norma.
- Informar al nivel de referencia sobre el traslado. De el nombre de la paciente, condición, medidas tomadas, y hora de salida.
- Solicitar si es posible el nombre de la persona que recibirá la emergencia.
- Revisar que esté completo el equipo de traslado: medicamentos, set de partos, fuente de oxígeno, equipo de reanimación y la hoja de referencia.
- La paciente debe ir acompañada por un personal que pueda manejar situaciones de emergencias.
- Hacer entrega de la gestante y/ o recién nacido en el área de admisión o recibo al personal indicado.

TRES MEDIDAS QUE DEBE RECORDAR:

1. Haga una referencia oportuna, NO espere a que se le presenten complicaciones fatales.
2. Estabilizar a la gestante y / o recién nacido. NO enviar sin haberlo estabilizado.
3. En caso de que el parto sea inminente, atender a la gestante y a su hijo en las mejores condiciones. NO efectuar el traslado ante parto inminente.

Práctica 16

Tomando como referencia el caso N° 1.

Para trasladar a la paciente cuáles son las pautas y precauciones que usted debe tomar antes de trasladarla.

Pautas	Precauciones

CITAS

1. "Revised 1990, Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by Who and UNICEF", OMS, Ginebra, 1996.
1. Ibid.
2. World Development Report. 1993, Investing in Health, Banco Mundial, Washington, DC
3. "Perinatal Mortality; A Listing of Available Information", OMS, Ginebra, 1996.
4. Mother Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries. OMS, Ginebra, 1994.
5. Family Care International; 1998. Todo Embarazo está expuesto al Riesgo, Hoja informativa, New York.
6. M.Koblinsky, y Colaboradores, "Mother, and More: A Broader Perspective on Women's Health". Oxford, 1993
6. Ibid.
7. B. Winikoff, "Maternal Risk", Trabajo presentado en el Simposio de Berzelius, Estocolmo, Suecia, 1991.
8. O. Rooney, "Antenatal Care and Maternal Health: How Effective Is It? A Review of the Evidence", OMS, Ginebra, 1992.
9. J.E.Rhodes, "Removing Risk from safe Motherhood", International Journal of Gynecology and Obstetrics, 1995.
10. Mother Baby Package: Implementing safe Motherhood in Countries. OMS, Ginebra, 1994
11. OMS/ UNFPA. Emergencias Obstétricas, Guía para Enfermeras, 1994.
12. UNICEF, 1999, Programación para una maternidad sin riesgo, New York, USA, pp 17.
13. FIGO / OMS, 1994, Manual de Reproducción Humana, New York, pp 292 -293.
13. Ibid, pp. 410.
14. UNICEF, 1996. The Progress of Nations, New York, pp. 1- 9.
15. FIGO / ICM, Declaración conjunta. Manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto para evitar una hemorragia post-parto

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Acosta Arnoldo A, Domínguez Chilabert, 1996, Ginecología y Obstetricia. Publicaciones Científicas del XV Congreso Latinoamericano de obstetricia y Ginecología., F.L.A.S.O.G. Editora Litocolor, Asunción. Paraguay.

Family Care Internacional Inc.2003, La Atención Calificada Durante el Parto, Un cuaderno Informativo.

MINSA, 2000, Normas de Atención de Embarazos de Alto Riesgo, volumen 2. Panamá.

MINSA, 2001 Guías de Atención del Embarazos de Alto Riesgo, volumen 1, Panamá.

MINSA, 2006, Plan estratégico para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, 2006 - 2009. Panamá

Najaro P. Raúl, Schicher Bárbara, 1994, Guía para la atención de emergencias obstétricas en hospitales de referencia, Programa Especial de Salud Materno Infantil OPS/ OMS, Guatemala.

OMS/ OPS/ UNFPA. 1994, Emergencias Obstétricas, Guía para enfermeras. Colombia.

OMS/OPS, 2000. Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción. Guatemala.

OMS/ OPS, 2000. Manejo de Complicaciones del Embarazo y el Parto. Guía para Obstetras y Médicos. Ginebra.

OPS/OMS, 2006. Herramientas para el Fortalecimiento de la Partería Profesional. Washington, D.C

OPS, 2005, Informe sobre salud de la Mujer en Panamá. Editora Sibauste, S.A. Panamá.

Rosenfield Allan, Mahmoud F. Fathalla, F.I.G.O/ OMS, 1994, Manual de Reproducción Humana, New York. USA.

Segovia, Ivelise, Iavin Pablo, 1994, Manual de Auto instrucción sobre Emergencias Obstétricas, Guías para enfermeras. OPS/ OMS

Schwarz, R.H. 1997, Manual de Urgencias Obstétricas, 2° Edición, Editorial El Manual Moderno, México 11, D.F.

Schwarcz, R, y colaboradores, 1991, Atención Prenatal del Parto de Bajo Riesgo. CLAP/ OPS, Publicación Científica, Serie N° 1234, Montevideo, Uruguay.

Cifuentes R. Ginecología y Obstetricia basada en las evidencias, Editorial Distribuna, Colombia. 2003.

PATH (2003) Prevención de la Hemorragia Post Parto. Herramientas para Proveedores de Salud. Washington D.C.