

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

“CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO, QUE
POSEEN LAS EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL
PRENATAL EN LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA”

Estudio de abordaje, cuantitativo, descriptivo de corte transversal, realizado
durante el mes de junio de 2013

Martha Silvia Sol Ajbai
Carné: 200810098

ASESOR: Licda. Alma Aracely Hernández Díaz
REVISOR: Licda. Elba Cristina Santizo de Mérida

Tesis

Presentada ante las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas –
USAC - Escuela Nacional de Enfermeras/os de Guatemala

Previo a optar el grado de Licenciada en Enfermería

GUATEMALA, OCTUBRE 2, 2013



CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO (CUM)
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA
 6 Avenida 3-55 zona 11, Teléfonos 2440-4477, 2440-8592, 2472-1392
 E-mail guatenfria@yahoo.com Guatemala, C.A.



**LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
 GUATEMALA A TRAVÉS DE
 LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA**

**AUTORIZA LA IMPRESIÓN DEL TRABAJO DE TESIS
 TITULADO**

**“CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO, QUE POSEEN LAS
 EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL EN LA CONSULTA
 EXTERNA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DE
 GUATEMALA”**

Presentado por la estudiante: **Martha Silvia Sol Ajbal**
 Carné: 200810098
 Trabajo Asesorado por: **Licda. Alma Aracely Hernández Díaz**
 Y Revisado por: **Licda. Elba Cristina Santizo de Mérida**

Quiénes lo avalan de acuerdo al Normativo de Tesis y Exámenes Generales, Grado Académico de
LICENCIATURA DE ENFERMERÍA. PUNTO NOVENO, INCISOS 9.1 Y 9.2 del ACTA 32-2004.

Dado en la ciudad de Guatemala a los dos días del mes de octubre del año 2013.



Licda. Rutilia Herrera Acajón MSc.
DIRECTORA



Vo.Bo.

Dr. Jesús Arnulfo Oliva Leal
DECANO





Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala
Unidad de Tesis



Guatemala 16 de octubre de 2,013

Enfermera Profesional
Martha Silvia Sol Ajbai
Presente.

Se le informa que el trabajo de tesis titulado:

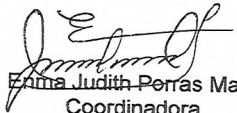
“CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO, QUE POSEEN LAS EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL EN LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA”

Ha sido REVISADO Y CORREGIDO y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse a su examen general público.

Sin otro particular, me suscribo

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


M.A. Enma Judith Peras Marroquín
Coordinadora
Unidad de Tesis



Universidad de San Carlos de Guatemala
 Facultad de Ciencias Médicas
 Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala



Guatemala 18 de octubre de 2013.

Profesores
 UNIDAD DE TESIS
 Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala
 Presente.

Se les informa que la Enfermera:

Martha Silvia Sol Ajbai

Ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

“CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO, QUE POSEEN LAS EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL EN LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA”

Del cual el autor se hace responsable del contenido, y el asesor y revisor damos la aprobación de la metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

AUTOR

ALMA A. HERNANDEZ D.
 LICDA. EN ENFERMERIA
 COLEGIADO E.L-244

Licda. Alma Aracely Hernández Díaz
 ASESOR

Licda. Elba Cristina Santizo de Mérida
 REVISOR



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala



RESPONSABILIDAD

Solamente el Autor es responsable de los conceptos y opiniones expresados en el contenido del trabajo de tesis. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala y la Universidad de San Carlos de Guatemala.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

Por ser mi roca fuerte, darme vida, sabiduría y entendimiento para alcanzar mi meta.

A MIS PADRES:

Alejandro Sol y Norberta Ajbál por su amor, paciencia y apoyo en todo momento de mi carrera profesional.

A MIS HERMANOS:

Por estar siempre presentes apoyarme y acompañándome para realizarme.

A MI ESPOSO:

Carlos Luna por su amor y comprensión, quien me apoyó y alentó para continuar, cuando parecía que me iba a rendir.

A MI HIJO:

Jeffrey Alexander Luna por haber llegado a mi vida en el momento preciso y ser el motivo para lograr mis sueños.

A MIS AMIGAS:

Claudia Gil, Karina Bucú y Lesly Criado, por su amistad y darme el aliento para culminar mi carrera profesional.

A MI ASESORA Y REVISORA:

Licda. Elba Cristina Santizo de Mérida

Licda. Alma Aracely Hernández Díaz

Con agradecimiento por su apoyo incondicional, orientación, tiempo y paciencia brindada en la elaboración de mi tesis.

A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS Y UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA:

Por brindarme la formación académica y permitir el crecimiento personal y profesional.

Y A USTED:

Apreciable lector, por dedicar su valioso tiempo a leer el presente estudio.

ÍNDICE

	CONTENIDO	PÁGINA
	RESUMEN	
I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA	3
	1. Antecedentes del problema	3
	2. Definición del problema	8
	3. Delimitación del problema	10
	4. Planteamiento del problema	10
III.	JUSTIFICACIÓN	11
IV.	OBJETIVO	14
V.	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	15
	1. Conocimiento	15
	1.1 Definiciones	15
	1.2 Tipos de conocimientos	16
	1.2.1 Conocimiento científico	16
	1.2.2 Conocimiento ordinario	16
	1.2.3 Conocimiento popular o común	17
	1.2.4 Conocimiento local	17
	1.2.5 Conocimiento experto	17
	1.2.6 Conocimiento empírico	18
	1.3 Fuentes de conocimientos	18
	1.3.1 Experiencia	18
	1.3.2 Autoridad	19
	1.3.3 Intuición	19
	1.3.4 Tradiciones	19
	1.3.5 Ensayo y error	20
	1.3.6 Razonamiento lógico	20
	2. Fecundación	21
	2.1 Definiciones	21
	2.1.1 Fecundación intrauterina	22
	2.1.2 Fecundación invitro	22
	2.2 Fases de la fecundación	22
	2.3 Resultado de la fecundación	23
	2.4 Segmentación del huevo	23
	2.5 Período embrionario	24

2.5.1	Órganos que se desarrollan en cada una de las hojas germinativas.	24
3.	Embarazo	24
3.1	Definiciones	24
3.2	Tipos de embarazo	26
3.2.1	Embarazo único	26
3.2.2	Embarazo gemelar	26
3.2.3	Embarazo tardío	27
3.2.4	Embarazo durante la adolescencia	27
3.3	Etapas del embarazo	28
3.3.1	Primer trimestre del embarazo	28
3.3.2	Segundo trimestre del embarazo	28
3.3.3	Tercer trimestre del embarazo	28
3.3.3.1	Definiciones	28
3.3.3.2	Complicaciones del tercer trimestre del embarazo	30
3.4	Hemorragia durante el embarazo	30
3.4.1	Hemorragia vaginal en el segundo y trimestre	31
3.4.2	Hemorragia vaginal del tercer trimestre del embarazo	31
3.5	Cambios hormonales	31
3.6	Amenaza de aborto	32
3.7	Traumatismos en el cuello uterino	32
3.8	Placenta previa	33
3.9	Desprendimiento placentario	33
3.10.	Parto prematuro	34
3.11	Expulsión del tapón mucoso	34
3.12	Dilatación del cuello uterino	34
4.	Factores que ponen en riesgo a la madre o al feto	35
5.	Etapa prenatal	36
5.1	Definiciones	36
5.2	Equipo necesario para realizar la evaluación prenatal	37
5.2.1	Definiciones	37
5.3	Objetivos del control prenatal	38
5.4	Señales de peligro durante el embarazo	39
5.5	Cuatro demoras	40
5.6	Plan de emergencia familiar	40
6.	Trabajo de parto	41
6.1	Definiciones	41
6.2	Signos del trabajo de parto verdadero	42
6.3	Falso trabajo de parto	42

6.4	Períodos del trabajo de parto	42
6.5	Manejo activo del tercer período	45
6.6	Contracciones	46
7.	Parto	46
7.1	Definiciones	46
7.2	Tipos de parto	48
7.2.1	Parto espontáneo	48
7.2.2	Parto inducido	48
7.2.3	Parto prolongado	48
7.2.4	Parto seco	48
7.2.5	Parto vaginal	48
7.3	La placenta	48
7.4	Técnicas de respiración durante el trabajo de parto	49
8.	Enfermería	51
8.1	Definiciones	51
8.2	Auxiliar de enfermería	51
9.	Hospital Roosevelt	52
9.1	Departamento de maternidad	52
9.2	Consulta externa de Ginecología y Obstetricia	52
VI.	MATERIAL Y MÉTODOS	53
1.	Tipo de estudio	53
2.	Unidad de análisis	53
3.	Población	53
4.	Muestra	53
5.	Definición y operacionalización de la variable	54
6.	Descripción detallada de las técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar	56
6.	Criterios de inclusión y exclusión	57
6.1	Criterios de Inclusión	57
6.2	Criterios de Exclusión	57
7.	Aspectos éticos de la investigación	58
7.1	Autonomía	58
7.2	Beneficencia	58
7.3	Fidelidad	58
7.4	Justicia	58
7.5	Veracidad	58
7.6	Permiso institucional	58

VII.	PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	59
	1. Embarazo	59
	2. Etapa prenatal	64
	3. Trabajo de parto	67
	4. Parto	73
VIII.	CONCLUSIONES	79
IX.	RECOMENDACIONES	81
	BIBLIOGRAFÍAS	82
	ANEXOS	87
	-Cuestionario	88
	-Carta de consentimiento informado.	91
	-Carta de autorización de estudio piloto.	92
	-Carta de autorización de estudio de campo.	93

RESUMEN

La presente investigación titulada “conocimientos sobre el trabajo de parto y parto, que poseen las embarazadas en su tercer trimestre del embarazo y que asisten a control prenatal en la Consulta Externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala”. Se realizó con el objetivo de identificar los conocimientos que poseen las embarazadas sobre el trabajo de parto y parto.

Es de tipo descriptivo por que se describen los conocimientos sobre el trabajo de parto y parto que poseen las embarazadas en su tercer trimestre del embarazo, con enfoque cuantitativo porque expresa datos numéricos de la información obtenida, de corte transversal porque se realizó en un período determinado, para recolectar la información se utilizó un cuestionario estructurado de veinte preguntas cerradas de selección múltiple basado en los indicadores de la variable, elaborado por la investigadora, se utilizó una población de treinta embarazadas en su tercer trimestre del embarazo a través del método aleatorio.

El estudio piloto se realizó en el Servicio de consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios el 23 de abril del 2013. El estudio de campo se efectuó en el servicio de consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt en junio de 2013.

Los datos obtenidos se tabularon en forma de paloteo, se plasmaron en los cuadros correspondientes y se analizaron en base a la revisión bibliográfica. El procesamiento de la información se efectuó utilizando datos estadísticos los cuales se presentan en cuadros descriptivos. De los resultados se obtuvo las siguientes conclusiones.

Las embarazadas en su tercer trimestre del embarazo poseen un 74% de conocimientos sobre el embarazo, el 70% conoce las complicaciones que pueden presentarse durante el mismo, pero sólo 66% identifica las señales de peligro que pueden ocurrir durante en el tercer trimestre, el 100% saben a dónde acudir en caso de una señal de peligro, y el 77% sabe las complicaciones que puede

presentase si no se consulta por una señal de peligro, aunque los porcentajes son altos, no se alcanza el 100% de conocimientos.

En relación a la atención prenatal el 63% de los sujetos de estudio sabe, que es atención personalizada de cuidados y acciones que debe brindársele a la mujer en período de gestación, pero sobre las cuatro demoras el 87% no sabe que son y qué acciones debe seguir en caso de una emergencia, y sólo el 57% sabe de la importancia y que debe contener un plan de emergencia.

El 87% identifica que es el trabajo de parto, sin embargo sólo el 54% sabe con cuántos centímetros de dilatación puede ingresar la madre con trabajo de parto al en hospital, y sólo el 40% responde, que el momento preciso para que la gestante rompa membranas, es cuando la madre presenta de 4 a 10 cm de dilatación o si ya rompió membranas.

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio fue realizado en el Hospital Roosevelt de Guatemala, con el objetivo de describir los conocimientos sobre el trabajo de parto y parto, que poseen las embarazadas en su tercer trimestre del embarazo y que asisten a control prenatal en la consulta externa de ginecología y obstetricia.

El estudio cuenta con antecedentes del problema, definición del problema, delimitación del problema, planteamiento del problema, justificación, objetivo, revisión bibliográfica, material y métodos, criterios de inclusión y exclusión, aspectos éticos de la investigación, definición y operacionalización de la variable, así como cuatro indicadores los cuales son: embarazo, atención prenatal, trabajo de parto y parto, cada uno con subtemas más relevantes para la gestante, análisis e interpretación de resultados obtenidos en forma estadística descriptiva ya que se presentan en cuadros y porcentajes. Además incluye el instrumento de recolección de datos, documento de consentimiento informado, conclusiones, recomendaciones y bibliografías, carta de autorización de estudio piloto, carta de autorización de estudio de campo.

En el presente estudio participó una población de treinta embarazadas en su tercer trimestre, a quienes se les pasó un instrumento de tipo cuestionario el cual fue aprobado por la unidad de tesis de la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, previamente se sometió a una prueba piloto para la confiabilidad del mismo, para utilizarlo en el estudio de campo, en ambos se utilizó el método al azar, posteriormente se tabuló y realizó cuadros estadísticos que permitieron describir los conocimientos sobre el trabajo de parto y parto, que poseen las embarazadas en su tercer trimestre del embarazo. La información recolectada y analizada permitió identificar y evaluar las necesidades de educación que tienen las embarazadas en su tercer trimestre del embarazo.

Resulta que sólo el 66% de las embarazadas en el tercer trimestre del embarazo saben que una señal de peligro durante el embarazo puede ser; hemorragia vaginal, dolor de cabeza, hinchazón de la cara, visión borrosa y dolor abdominal.

Así también se detecta que el 87% de las embarazadas indican que no tienen información sobre las cuatro demoras. Los resultados muestran que sólo el 40% de las embarazadas identifican, que el momento preciso para que la gestante rompa membranas es de 4-10 cm de dilatación. Según hallazgos encontrados indican que sólo el 17% considera que el alumbramiento, es la expulsión de la placenta y las membranas ovulares. Por consiguiente es fundamental reforzar los conocimientos de las embarazadas y así contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad materna e infantil.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En la antigüedad quien liberaba la batalla de la mujer embarazada durante el trabajo de parto, “era la partera quien asumió un papel muy importante al conducir todo el proceso por medio de sus conocimientos médicos y ceremoniales, de manera que su presencia garantizase no sólo la supervivencia del hijo, sino también de la madre, su trabajo comenzaba por facilitar la dilatación de la parturienta para ello la partera preparaba una superficie de hojas secas y húmedas sobre la cual la futura madre podría colocarse de cuclillas para acelerar el trabajo de parto”¹.

En épocas antiguas sólo existía la partera para la asistencia de la mujer embarazada durante el trabajo de parto y parto, quien contaba con los conocimientos necesarios para velar por el nacimiento de un nuevo ser y la sobrevivencia del binomio, sin embargo la gestante no contaba con la preparación física, emocional y espiritual, para la llegada del trabajo de parto y parto, actualmente debido a la evolución de la ciencia y la educación se cuenta con nuevos conocimientos y personal capacitado para brindar la información y educación sobre el trabajo de parto y parto, para que cuando se presente el momento la madre, conozca el proceso al que se enfrenta.

“El trabajo de parto es la cadena de eventos fisiológicos que permiten al feto emprender su viaje del útero al mundo exterior, la duración del embarazo es único alrededor de 40 semanas (280 días) desde la fecha de la última menstruación y un embarazo es considerado a termino desde las 37 semanas (259 días), las contracciones uterinas tiene dos funciones dilatar el cérvix y empujar el feto hacia el canal de parto, el feto no es un sujeto pasivo durante el trabajo de parto debe

¹ ALFARO GINER, Carmen y BLASCO, Ángel Alexandre. Espacios de Infertilidad y Agamia en la Antigüedad. s.l. Valencia: Imprenta Lluís Palacios, Sueca. Universitat de Valencia, Serveit de Publicacions. 2007. v. 5, p. 139.

tener habilidad para negociar con la pelvis materna y esto tiene tres variables, la actividad uterina, el pasajero y el pasaje².

El trabajo de parto normal es aquel que se presenta de 37 a 40 semanas de gestación, tomando de base la fecha de la última menstruación, el objetivo del trabajo de parto es trabajar con la pelvis materna, dilatar el cérvix, borramiento del cuello uterino y abrir camino para el paso del feto hacia el mundo exterior.

El trabajo de parto se cataloga como el conjunto de acontecimientos que deben presentarse para el nacimiento del bebé, este inicia desde la dilatación hasta la expulsión de la placenta, donde la madre es la única que puede colaborar para que se dé con naturalidad.

“El parto de cada mujer es en cierta forma única, la experiencia en cada mujer incluso puede variar entre sus embarazos, algunas veces se da rápidamente sin embargo en la mayoría de las mujeres, el parto se desarrolla de acuerdo a un patrón predecible, pasa por etapa fácilmente identificables y a un ritmo de cierto modo estándar³”.

El trabajo de parto es un proceso fisiológico que se presenta de diferentes formas que varía, puede durar días u horas, también implica el número de embarazos que presenta, las nulíparas tiende a ser mas tardado < 20 horas y en multíparas < 14 horas, lo que indican que si el trabajo de parto se prolonga al tiempo descrito, se deben tomar acciones necesarias según la evolución del trabajo de parto y centímetros de dilatación.

La atención a las embarazadas es de suma importancia para evitar o prevenir complicaciones en el binomio madre-hijo, como lo describe, García, Lesvia. “En la consulta prenatal debe enseñarse a la madre embarazada, todo lo relacionado a este proceso, aspectos relacionados con los riesgos durante el embarazo, y poner

² CABRERA ROURA, Luis. Obstetricia y medicina materno fetal: Asistencia del Parto Normal. Buenos Aires, Madrid. Editorial médica panamericana. 2007. p. 447. ISBN 078-84-9835-041-8.

³ STONNE, Joanne y ELDDLEMAN, Keith. Embarazo para Dummies: Mi amor creo que ya llevo ahora. 2ªEd. Estados Unidos de América. 2007. p. 164.

énfasis sobre el mecanismo del trabajo de parto, para lograr en el momento que este se dé, la colaboración necesaria y evitar complicaciones maternas y fetales”⁴.

Contreras García, Lesvia establece que la educación durante el embarazo es un factor importante para la madre e hijo, ya que esto contribuye para mantener y controlar la salud del binomio y evitar o prevenir complicaciones, a través de la orientación que se le pueda brindar a la madre, quien realizará las acciones necesarias para el bienestar de ambos durante el embarazo y cuando llegue el trabajo de parto y parto la madre pueda evitar el temor hacia lo desconocido y contribuir en el proceso.

Durante la consulta prenatal además de controlar signos vitales, altura uterina, maniobras de Leopold, escuchar frecuencia cardiaca fetal, estimar la fecha probable de parto, semanas de edad gestacional de la gestante, brindar educación sobre lactancia materna, planificación familiar, es necesario identificar que la educación que se les brinda no sea deficiente, para poder profundizar la educación e incorporar nuevos temas, como signos y síntomas de señales de peligro, trabajo de parto prematuro, trabajo de parto posttermino, alimentación durante el embarazo, plan de emergencia, las cuatro demoras, hacer énfasis en el trabajo de parto y parto, para preparar a la gestante sobre el mismo y lograr la colaboración de la misma, para ello es necesario identificar los conocimientos que poseen las embarazadas del trabajo de parto y parto. Pérez Pablo, Camelina describe “el servicio de atención médica y de enfermería está enfocado a la población más vulnerable, que es el grupo Materno-Infantil”⁵.

⁴ CONTRERAS GARCÍA, Lesvia. (Tesis de Licenciatura) Conocimientos que poseen las mujeres embarazadas que asisten a la clínica de control prenatal del centro de salud de Amatitlán sobre el trabajo de parto y parto. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. 2011 p.5.

⁵ PÉREZ PABLO, Camelina. (Tesis de Licenciatura) Satisfacción de la usuaria en la atención de enfermería en la clínica de preconsulta prenatal del centro de atención Materno Infantil de Cuilco, Huehuetenango. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. 2011. p. 25.

En Guatemala los objetivos del milenio específicamente el objetivo V, refiere mejorar la salud materna, debido a que la población indígena es la más expuesta a las deficiencias de salud, debido a la dificultad para acceder a los servicios de salud, por múltiples causas: distancia a los servicios de salud, economía, barreras de género.

Durante el trabajo de parto y atención del parto en el Servicio de Labor y Partos del Hospital Roosevelt de Guatemala, se han presentado partos prematuros, a término y posttermino, percibiéndose que la mayoría de las madres carecen de conocimientos sobre el trabajo de parto y parto, lo que hace necesario coordinar la educación así las usuarias para que cuando asistan a control prenatal se les brinde información y orientación adecuada sobre el trabajo de parto y parto, y ellas puedan prepararse emocional y físicamente para el momento del trabajo de parto. Durante el trabajo de parto y parto la gestante no está en condiciones de escuchar la orientación necesaria para colaborar. La investigación que realizó Contreras García, Lesvia considera que “la educación es sumamente necesaria durante la consulta prenatal, debe enseñarse a la madre todo lo relacionado a este proceso, aspectos relacionados con los riesgos durante el embarazo, y poner énfasis en el mecanismo del trabajo de parto, para que ellas sepan a qué se enfrentarán cuando llegue el momento del parto”⁶.

El contacto que pueda tenerse con la madre durante el embarazo, especialmente durante la atención prenatal es la oportunidad para educar a la madre en todo lo relacionado a su embarazo, trabajo de parto y parto, riesgos que este conlleva para su vida y la del feto posteriormente recién nacido, en el momento del trabajo de parto la madre experimenta cambios fisiológicos muy duros de afrontar, el

⁶ CONTRERAS GARCÍA, Lesvia. (Tesis de Licenciatura) Conocimientos que poseen las mujeres embarazadas que asisten a la clínica de control prenatal del centro de salud de Amatitlán sobre el trabajo de parto y parto. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. 2011. p.5

trabajo de parto no deja a la madre seguir las instrucciones del profesional de salud.

Barrios, Mónica y Crasbor, Carla, en su investigación sobre Factores emocionales que afectan a la primigesta Menor de 18 años del área urbana consideran "que el apoyo que la gestante perciba de la familia; es posible que en un primer momento la familia reaccione de forma negativa; pero con el paso de las semanas la situación se suaviza, se buscan salidas y formas de afrontamiento de la situación que no impliquen inculpar a nadie, ni pronosticar su fracaso; si no apoyar y buscar los mecanismos para que tanto la situación de la madre como la del niño sean lo mejor posibles en el futuro"⁷.

Barrios, Mónica y Crasbor, Carla, describen que el apoyo que la gestante reciba de parte de la familia de forma positiva es de suma importancia para mejorar el estado emocional de la madre y buscar las soluciones para enfrentar los cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo, trabajo de parto y parto y así lograr el bienestar del binomio.

El apoyo que se le proporciona a la gestante es prioritario, no importando las causas por las que fue concebido el embarazo, la madre adoptará de mejor manera su embarazo sin preocupaciones, de esta forma evitará complicaciones para el binomio.

⁷ BARRIOS, Mónica y CRASBOR, Carla. (Tesis de Licenciatura en Psicología) Factores Emocionales que Afectan a la Primigesta Menor de 18 años del Área Urbana de Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Ciencias Psicológicas. Centro Universitario Metropolitano-CUM- Octubre 2009 p. 29.

2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

En el momento del trabajo de parto y parto se ha observado que las gestantes desconocen el proceso del trabajo de parto, lo que hace que se presenten complicaciones materno neonatales, "El momento en el que comienza el trabajo de parto requiere de una disposición física y psicológica de la madre que está dando a luz y saber manejar la respiración es fundamental"⁸, la colaboración de la mujer durante el trabajo de parto es sumamente importante. Se considera que durante el control prenatal de la embarazada, el personal de salud puede brindar educación, de cómo identificar signos y síntomas de peligro y hacer énfasis sobre el trabajo de parto y parto, para lograr en el momento indicado toda la colaboración de la madre para evitar riesgos posteriores, la educación sobre las cuatro demoras es trascendental; estas hablan del reconocimiento de señales de peligro y referir oportunamente, apoyar a la mujer para la toma de decisión en buscar ayuda, recibir una atención oportuna y de calidad, acceso a una atención oportuna, lactancia materna exclusiva, alimentación sana y como evitar las infecciones del tracto urinario. Contreras Garcia, Lesvia "considera que dando una educación adecuada a las madres durante la consulta de su control prenatal, podría mejorarse su colaboración en el momento que se presenta el trabajo de parto activo y el parto, la madre no tendría tanto temor a lo desconocido"⁹.

En el servicio de consulta externa de ginecología y obstetricia del Hospital Roosevelt se atiende a madres del interior como del exterior de la Ciudad Capital de Guatemala, lo que hace que exista demanda de atención de pacientes. Numerosas veces la madre no cuenta con la educación correspondiente al trabajo de parto y parto, lo que permite que se presenten complicaciones en el binomio madre e hijo: como trabajo de parto prematuro o posttermino y cuando el embarazo es a término, para parto eutócico simple. Se ha observado que las madres no

⁸ <http://www.planetamama.com.ar/nota/!%C3%A9cnicas-derespiraci%C3%B3n-para-el-parto?page=full> página consultada el 12-07-2012.

⁹ CONTRERAS GARCÍA, Lesvia. (Tesis de Licenciatura) Conocimientos que poseen las mujeres embarazadas que asisten a la clínica de control prenatal del centro de salud de Amatitlán sobre el trabajo de parto y parto. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. Noviembre 2011. p.5.

tienen los conocimientos necesarios sobre el momento oportuno de las respiraciones durante las contracciones del trabajo de parto y parto, verificándose que la paciente entra en ansiedad por el dolor, inicia a pujar antes de tiempo, provocando agotamiento materno o sufrimiento fetal y cuando es indispensable que la paciente puje ya no tiene fuerza, ocasionando que el trabajo de parto normal se convierta en parto distócico, el cual provoca patologías posteriores al recién nacido y prolonga la estadía hospitalaria para ambos. “El trabajo de parto prematuro puede presentarse cuando el trabajo de parto comienza antes de la 37ª semana de embarazo. Para muchas madres esto puede suceder muy pronto, incluso pasadas sólo 20 semanas”¹⁰.

El trabajo de parto prematuro puede evitarse si la madre contará con los conocimientos necesarios para buscar ayuda en el momento adecuado, ya que los signos de emergencia son comprendidos cuando se tiene la información adecuada y necesaria de las señales de alarma, trabajo de parto prematuro, siendo estas: contracciones cada 15 minutos o menos, con una duración de 20 a 60 segundos cada una, aumento de la frecuencia de las contracciones en el transcurso del tiempo, presencia de cólicos que van y vienen como sucede en la menstruación y que no desaparecen totalmente ni con reposo, presión en la pelvis y caderas, sensación que el feto estuviese por ser expulsado al canal vaginal, dolor continuo en la región infraumbilical que oscila de intensidad y no cede, sensación de malestar y de intranquilidad, puede existir aumento de temperatura corporal y escalofríos, cualquier signo de alarma que se presente es un factor de riesgo para el recién nacido, pues antes de las 37 semanas el feto no es capaz de respirar por sí solo, lo que hace necesario la ayuda de aparatos tecnológicos, medicamentos y recurso humano para sobre vivir.

¹⁰ALBERT E. Reece, HOBBS, John. Obstetricia Clínica; Trabajo de Parto Prematuro. 3ª. Ed. Traducido por Karina Tzal. Argentina, Editorial Médica Panamericana. S.A. 2007. p. 1089.

La respiración adecuada y oportuna es un factor importante para el binomio durante el trabajo de parto, a la madre ayuda a progresar en el trabajo de parto, reduce el tiempo de trabajo de parto, disminuye la intensidad ,el dolor y evita complicaciones, al feto lo mantiene oxigenado y evita el sufrimiento fetal.

3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

3.1 Ámbito Geográfico: Guatemala.

3.2 Ámbito Institucional: Hospital Roosevelt de Guatemala, Servicio de Consulta Externa de Ginecología y Obstetricia.

3.3 Ámbito Personal: Usuaris embarazadas en su tercer trimestre del embarazo.

3.4 Ámbito Temporal: Junio 2013.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos sobre el trabajo de parto y parto, que poseen las embarazadas en su tercer trimestre del embarazo y que asisten a control prenatal en la consulta externa de ginecología y obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, durante el período de junio 2013?

III. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La gestante en su tercer trimestre del embarazo debe conocer los signos de alarma, que puede presentarse durante el embarazo ya que de 30 a 34 semanas de gestación es más frecuente que se presenten hemorragias del tercer trimestre y otras complicaciones, "durante el tercer trimestre, la placenta es la que está involucrada en la mayoría de los sangrados que amenaza la vida de la madre y el feto"¹¹.

Una hemorragia en el tercer trimestre del embarazo puede provocar complicaciones en el feto y la madre, por causa de esto la madre puede iniciar con amenaza de parto prematuro, y terminar en un parto prematuro, razón por la cual la madre debe estar orientada con educación necesaria para buscar ayuda en el momento que se presente alguna complicación y así mantener fuera de peligro al binomio.

"Es en el tercer trimestre del embarazo la hemorragia vaginal puede presentarse por las siguientes complicaciones: desprendimiento del tapón mucoso, neoplasia cervical, cervicitis, placenta circunvalada, traumatismo del tracto genital, placenta previa, desprendimiento de placenta"¹².

Además en el tercer trimestre del embarazo es donde se presentan los partos pretermino, la prematuridad es la principal causa de mortalidad perinatal. Por lo que la madre necesita estar en constante chequeo médico, para la monitorización fetal, asegurarse del buen crecimiento, desarrollo adecuado y pueda evitar problemas para el feto, esto sólo puede lograrse si la madre conoce la evolución normal del embarazo y así pueda identificar el trabajo de parto prematuro.

¹¹ ASTRONG, Foley Cuidados intensivos en obstetricia. s.l. Martin lley Assoff. Argentina, Editorial Médica Panamericana S.A. 2000, p. 32.

¹² *Ibid.* p. 33

El presente estudio es importante porque determinó los conocimientos que poseen las embarazadas durante el tercer trimestre del embarazo y permitió identificar las estrategias y acciones necesarias para mejorar la educación de las embarazadas e implementar nuevos temas, para contribuir a evitar o prevenir complicaciones durante el embarazo, trabajo de parto y parto, a través de una educación adecuada y continua.

Es novedoso porque en la consulta Externa de ginecología y obstetricia del Hospital Roosevelt, no se han realizado otros estudios sobre los conocimientos del trabajo de parto y parto, que poseen las embarazadas en su tercer trimestre del embarazo y que asisten a control prenatal en la consulta externa de ginecología y obstetricia del Hospital Roosevelt.

Fue factible porque se contó con la autorización de las autoridades del Hospital Roosevelt y como es un hospital de referencia nacional, atiende a una numerosa cantidad de embarazadas, por lo que se obtuvo la cantidad necesaria de embarazadas para el estudio.

El estudio es de gran magnitud ya que se observó que en el servicio de Labor y partos las pacientes que asisten al hospital para atención del parto carecen de conocimientos sobre el proceso del trabajo de parto y parto, evidenciándolo con su actitud negativa, agresiva, ansiedad y falta de colaboración en el trabajo de parto y parto, inadecuadas técnica de respiración, lo que crea emergencias y por ende complicaciones que se presentan.

Fue trascendente porque se identificó si las embarazadas podrían presentar alguna posible complicación durante el embarazo, trabajo de parto y parto, provocando prolongación de estadía hospitalaria para la madre y el recién nacido, alto consumo de recurso humano, material y económico para la institución y de acuerdo a los resultados se sugirieron estrategias para iniciar una educación

adecuada durante el control prenatal de la madre, enfatizando sobre temas relacionados a riesgos que se pueden presentar durante el embarazo.

Los conocimientos que la madre necesita conocer sobre la evolución del embarazo, los cambios fisiológicos y psicológicos que se presentan en su vida se basa en la teoría de, "Ramona Mercer quien centro su teoría en las conductas y necesidades de las madres, lactantes, madres con enfermedades post-parto y madres de niños con defectos, también investigó a madres de diferentes edades con diferentes relaciones familiares y estrés ante parto, en relación de dichas relaciones y con el papel maternal"¹³.

Ramona Mercer fundamenta su teoría en la consecución del rol maternal, fundamental desde diversos campos de acción y en las diferentes etapas de la vida y proceso procreativo como la gestación, el trabajo de parto, el parto y el posparto, el recién nacido y su familia, tomando en cuenta que ambos son importantes, la madre debe ir adaptándose desde el embarazo y saber que sufrirá una transformación en su vida, posterior al nacimiento del nuevo ser.

También se puede fundamentar con la teoría de "Dorothea Orem, quien define su teoría en el auto cuidado, como toda actividad que debe de realizar cada una de las personas para preservar la salud, y el bienestar físico, mental y social"¹⁴.

Dorothea Orem enfatiza su teoría en el autocuidado, esta teoría se toma en cuenta en el estudio, debido a que la mujer durante el embarazo debe contar con un autocuidado especial, sabiendo que de ella depende que el trabajo de parto y parto sea una experiencia satisfactoria o traumática, factores que contribuyen de forma positiva en el trabajo de parto y parto son: actividad física, alimentación durante el embarazo, práctica de respiración adecuada.

¹³TOMEY, Marniner. Modelos y Teorías de Enfermería. 3ª. Ed. España, Editorial Diurku S.A; 1994. p. 392.

¹⁴ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA. Temario Modelo del Auto Cuidado. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 2010. p.47. Promoción LXXX.

IV. OBJETIVO

Describir los conocimientos sobre el trabajo de parto y parto, que poseen las embarazadas en su tercer trimestre del embarazo y que asisten a control prenatal en la Consulta Externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, durante junio 2013.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A continuación se abordan temas y subtemas que fundamentan la investigación.

1. CONOCIMIENTO

1.1 Definiciones

-“El conocimiento es un conjunto de información adquirida mediante la experiencia o el aprendizaje, se trata de la posesión de múltiples datos que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo”¹⁵.

Conocimientos son hechos o datos de información adquirido por una persona a través de la experiencia, educación, comprensión teórica o práctica de la realidad.

- “Conocimiento es todo lo aprendido o experimentado en distintas situaciones de la vida que hace al ser humano día a día una persona más preparada y previsora en base a dichas experiencias o conocimientos obtenidos con anterioridad”¹⁶.

El conocimiento es el resultado de una serie de experimentos que se realizan, en la vida cotidiana y permite incrementar la información esencial para el desarrollo y crecimiento del individuo.

-“El conocimiento es una información esencial adquirida de diferentes maneras que se espera que sea una reflexión exhaustiva, se incorpora a la realidad y se utiliza para dirigir las acciones de una persona”¹⁷.

En enfermería el conocimiento se basa en la ciencia que enriquece la práctica que realiza, a través de conocimientos científicos que le permitirá desempeñar el

¹⁵ [WWW.http://definición.de/conocimiento/](http://definición.de/conocimiento/) página consultada 13-07-2012

¹⁶ AZNAR, Mónica. Teoría Genética de los Procesos de Construcción del Conocimiento en el aula, 2000. p. 250.

¹⁷ BURNS, Nancy y GROVE, Susan. Investigación en Enfermería: Conocimientos. 3ra. Ed. Traducción EDIDE, S.L. España, Grafos, S.A. 2005. p.15. ISBN 0-7216-0011-5.

trabajo de la mejor manera, teniendo como objetivo el bienestar del cliente para satisfacer las necesidades del mismo y ofrecer una atención integral.

1.2 TIPOS DE CONOCIMIENTOS.

1.2.1 CONOCIMIENTO CIENTÍFICO.

“Es un estilo de pensamiento y acción más reciente, universal y provechoso, de todos los estilos; y tiene su origen en la percepción de que con el conocimiento disponible no se puede determinar determinados problemas. Por ello, es un tipo de conocimiento que proviene de algún cuerpo de conocimiento, porque sólo los que ven pueden darse cuenta que les falta algo”¹⁸.

El conocimiento científico no se adquiere de cualquier forma, sino sólo a través del método científico que permite poner en práctica una serie de pasos que confirman la verdad.

1.2.2 CONOCIMIENTO ORDINARIO.

“Es un tipo de conocimiento no especializado, que se adquiere con experiencia y se corrige, enriquece o se rechaza con la investigación; entonces se adquiere el conocimiento científico, mediante el método de la ciencia y la observación y experimentación sobre un objeto, y puede volver a someterse a prueba, enriquecer, y llegado el caso a superar mediante el mismo método”¹⁹.

El conocimiento ordinario no necesita de un estudio científico, se adquiere con el simple hecho de practicar diferentes actividades y si no se considera correcta se puede poner a prueba y asegurar su correcto uso. El conocimiento ordinario proviene de la tradición e intuición, por algún oficio y proviene de las religiones.

¹⁸ LARA BARRAGAN, Antonio y NUÑEZ, Héctor. Física I, Un Enfoque Constructivista. Felipe Hernández Carrasco. México, Pearson Educación. 2006. p. 7.

¹⁹ ESTEBARANS GARCÍA, Araceli. Tipos de conocimientos. 2ª. Ed. Pinelo. España, inspaind Printed Talleres Gráficos Camas Sevilla. 1999. p. 20.

1.2.3 CONOCIMIENTO POPULAR O COMÚN.

“Es adquirido en cualquier país, cualquier grupo humano, sabe que se hace y cómo se hace, esta cultura se va transmitiendo a las nuevas generaciones para facilitar la actitud positiva en el grupo social, o el país de pertenencia”²⁰.

Este es un conocimiento común conocido en cualquier país o región, persona, grupo de personas, profesional y no profesional, se ha transmitido de generación en generación y continúa transmitiéndose por cualquier persona.

1.2.4 CONOCIMIENTO LOCAL.

“Puede definirse como el conjunto de conocimientos, creencias y costumbres que son consistentes entre si y lógicas para aquellos que las comparten, también comparte grados de complejidad, es compartida en diferentes grados de una población determinada y su grado de consistencia entre sus poseedores varia”²¹.

Se adquiere por la función del ejercicio de la enseñanza en la interacción de unos con otros, determinados conocimientos que presentan sus propias posibilidades y dificultades de aprender en el seno de una cultura, en los que se consideran relevantes y buenos, métodos definitivos de aprendizaje. Este tipo de conocimiento sólo se conoce en algunas regiones a través de la cultura y no es conocido en otros lugares si no es propio de determinado lugar.

1.2.5 CONOCIMIENTO EXPERTO.

“Es bien articulado y explícito, sirve para justificar sus acciones y decisiones de sí mismo o entre una posible discusión, a través de este conocimiento se puede construir y reconstruir el propio pensamiento y el conocimiento general”²².

²⁰ BURNS, Nancy y GROVE, Susan. Investigación en Enfermería: Conocimientos. 3ra. Ed. Traducción EDIDE, S.L. España, Grafos, S.A. 2005. p.15. ISBN 0-7216-0011-5.

²¹ SAIN, Gustavo. Adopción de tecnologías, la perspectiva del agricultor y sus ampliaciones para la elaboración de políticas. Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura. Costa Rica. IICA. 1997. p. 43.

²² GARCÍA, Aracely. Didáctica e Innovación Curricular. 2ª. ed. España, Sevilla. 1994. p. 78. 1ISBN 84-472-0534-7

Conocimiento sin errores que se utiliza para situar y explicar las acciones del individuo, indica al individuo que debe hacer y porque lo tiene que hacer, también sirve cómo plataformas de otro tipo de conocimiento, para transformarlo en conocimiento experto.

1. 2.6 CONOCIMIENTO EMPÍRICO.

“Es el conocimiento que obtiene el hombre común en su práctica al exponer sus órganos sensoriales al mundo externo. Este tipo de conocimiento se refiere a los aspectos inmediatos y externos de los fenómenos y sirve para orientar el quehacer cotidiano”²³.

Conocimiento adquirido en cualquier momento de la vida, siendo útil para diferentes actividades cotidianas y por la forma que se adquiere es considerado como empírico, y puede ser transformado a otro tipo de conocimiento si se pone a prueba del método científico pasa a ser conocimiento científico.

1.3 FUENTES DE CONOCIMIENTOS.

Los motivos para la búsqueda del conocimiento, no necesitan ser los mismos pueden variar desde las necesidades físicas, básicas hasta la satisfacción o sensación del dominio, las siguientes son fuentes donde se puede encontrar el conocimiento, siendo estas:

1.3.1 EXPERIENCIA. “El conocimiento por experiencia o empírico se puede adquirir solo cuando se está implicado en una cultura diferente a la propia”²⁴.

Sabemos algo por experiencia cuando el estado de cosas por la proposición ha caído bajo la acción de nuestros sentidos: lo hemos visto, oído, tocado o percibido por cualquier medio sensible y por estar involucrado en el acontecimiento.

²³ROJAS SORIANO, Raúl. Investigación social, Teoría y praxis. 11ª. Ed. México. Plaza y Valdez, S.A. de C.V. 2002. p.133.
²⁴CSINKOTA, Michael R. y RONKAINEN, Ilkka A. Marketing Internacional. 8ª. Ed. Thomson Shout. México, Cengage, Learning S.A. p. 69.

La experiencia personal permite a la enfermera mejorar sus habilidades, al momento que brinda sus cuidados a los pacientes.

1.3.2 AUTORIDAD. “La autoridad se funda en el saber reconocido de alguien y en la necesidad que ese conocimiento genera, la autoridad correctamente entendida tiene que ver no con la obediencia, sino con el conocimiento”²⁵.

Nuestro interlocutor no ha elaborado por sí mismo el conocimiento que dice tener: lo ha recibido de un tercero con autoridad, por ejemplo: me lo dijeron, o lo leí. El profesional de la salud necesita tomar decisiones constantemente por lo que necesita tener autoridad para que se obedezcan las órdenes, sin embargo algunos no nacen con autoridad sino que la adquieren a través del conocimiento.

1.3.3 INTUICIÓN. “Consiste en la percepción de los objetos reales mediante los sentidos, por lo que se reduce a la experiencia, permite conocer ciertas realidades no sensibles, o metafísicas, mediante un acto intelectual, la intuición emocional (o axiológica) es la que permite distinguir lo bueno de lo malo, lo bello de lo feo, lo justo de lo injusto”²⁶.

Tipo de conocimiento adquirido cuando se comprende ciertas actividades reales que son buenas o malas y puede ser identificada por el coeficiente intelectual de la persona, este tipo de conocimiento no se ve, sólo es percibido por el que lo experimenta para beneficio de sí mismo.

1.3.4 TRADICIONES. “Comprende verdades o creencias que están basadas en costumbres y tradiciones, son transferidas al presente por vía oral o escrita que influyen en el ejercicio de la profesión”²⁷.

²⁵ <http://www.arbil.org/118buel.htm>. pág. consultada el 27- 11-2012.

²⁶ AGÜERO, Gustavo, URTUBEY, Luis y VERA, Daniel. Conceptos, creencias y racionalidad. Edición literaria a cargo de AGÜERO, Gustavo, URTUBEY, Luis y Vera, Daniel. Argentina, Editorial Brujas. 2008. p. 419.

²⁷BURN, Nancy, y GROVE Susan. Investigación en Enfermería. 3ª.Ed. EDIDE, S.L. Elsevier España. S.A. Madrid, Barcelona. GRAFOS S.A, Arte sobre el papel. 2004. p. 15.

Es un conocimiento adquirido por las costumbres, puede ser de una región, localidad o país, pero que conoce por que se ha venido practicando desde nuestros ancestros y aun con la evolución del tiempo continua pasándose de generación en generación.

1.3.5 ENSAYO Y ERROR. “El aprendizaje es el resultado de ensayar una serie de comportamientos y observar su acierto o error”²⁸.

La expresión ensayo y error, consiste en probar una alternativa y verificar si funciona. Si es así, se tiene una solución, en caso contrario el resultado es erróneo se intenta otra alternativa.

Es necesario que el personal de enfermería adquiera el conocimiento, a través de otro tipo de conocimiento para evitar causar daños a la salud y evitar patología adicional al cliente, para que el cuidado de enfermería pueda brindarse con eficiencia, eficacia y equidad.

1.3.6 RAZONAMIENTO LÓGICO. “Es el proceso de reflexión mediante el cual se puede percibir regularidades entre objetos, conceptos y situaciones así como para construir argumentos válidos, el razonamiento lógico puede ser inductivo o deductivo. Es deductivo cuando se parte de un conocimiento o situación en general para llegar a una situación en general. Y es inductivo cuando se parte de un resultado particular para arribar a una estimación o conclusión general; para hacer una generalización”²⁹.

La solución de un gran número de problemas deriva del proceso lógico de pensamiento, el razonamiento lógico combina la experiencia personal, las facultades intelectuales y los sistemas formales del pensamiento. El conocimiento es indispensable en cada individuo, aún cuando estos sean de diversas fuentes, cada uno aporta un grado de conocimiento, el cual le permite al individuo

²⁸ PULGAR BURGOS, José. Evaluación del aprendizaje en la educación no formal. s.l. Traducción Federico Rubio y GALLI, Luis. España. Level. Pol. Ind. Los Llanos. 2005. p. 23.

²⁹ CASTAÑEDA JIMÉNEZ, Juan. Aprendizaje y desarrollo. s.l. Claudette Conde Escudero. México. Editorial Umbral. 2007. p. 10.

desarrollarse en el hábito profesional, laboral, espiritual, económico, para el profesional de salud es necesario adquirir más conocimiento científico y accionar con eficiencia, eficacia y equidad, así evitar daños al usuario.

2. FECUNDACIÓN

2.1 Definiciones

“Se llama concepción, fertilización o fecundación, al momento en que un espermatozoide y un óvulo se unen para dar inicio a la vida de un nuevo ser humano, desde ese momento queda determinado el contenido genético se inicia la división de la célula en dos y así sucesivamente hasta que el huevo se convierte en un conjunto de células llamadas mórula y semejante a una mora”³⁰.

- “Es un proceso por el cual dos células sexuales (gametos) se fusionan para crear un nuevo individuo con un genoma derivado de ambos pares. La fecundación lleva a cabo dos fines separados: la sexualidad, (la derivación de dos genes derivados a partir de los dos padres) y la reproducción (la reproducción de un nuevo organismo. Primera función de la fecundación es transmitir los genes a la descendencia y la segunda es dar comienzo en el citoplasma de la célula huevo (cigoto) aquellas relaciones que permiten que el desarrollo continúe”³¹.

- “Fecundación o fertilización es un fenómeno que consiste en la activación del óvulo (ovocito I) por penetración en el espermatozoide y en la fusión de los pronúcleos de ambos, con la siguiente restauración del número diploide de cromosomas 46 y consiguiente mezcla de los caracteres hereditarios paternos y maternos”³².

³⁰ ASOCIACIÓN PROBIENESTAR DE LA FAMILIA, APROFAM. Departamento de Capacitación, manual de educación sexual, 2ª .Ed. Guatemala. 2000. p. 36-37

³¹ ESCOTT, Guilbert. Biología del desarrollo. 7ª .Ed. Traducción José Luis Eduardo Ferrán. Buenos Aires, Editorial Panamericana 2005. p. 197.

³² JIMÉNEZ, Juan y CASTELLANOS, Ballesteros. Anatomía humana general. 2ª. reimpresión. universidad de Sevilla. Sevilla .2002. p. 31.

2.1.1. Fecundación intrauterina

Es la fecundación que se produce dentro del cuerpo de la mujer, concreta en las trompas de falopio, la fecundación solo puede ocurrir después de que el espermatozoide sufre un proceso de activación en un período aproximado de 7 horas de acondicionamiento que se le conoce como capacitación.

2.1.2 Fecundación in vitro

“Es la técnica que consiste en la unión del óvulo y un espermatozoide en un laboratorio para luego el embrión insértalo en el útero de la mujer, este procedimiento es utilizado en caso de oclusión de las trompas de Falopio, causa frecuente en la infertilidad femenina, ello también puede ser realizado con semen proveniente de un donante, o compañero de la mujer a quien se le implanta el embrión”³³.

2.2. Fases de la fecundación

- “El espermatozoide pasa la corona radiada, corona que se dispersa debido a la liberación de la enzima del cromosoma, enzima de la mucosa tubárica y los movimientos de la cola del espermatozoide.
- El espermatozoide penetra la zona pelúcida.
- La cabeza del espermatozoide toca la superficie del oocito (óvulo) y se fusionan (unen) las membranas de ambas células. El espermatozoide penetra en el oocito, pero deja atrás su membrana plasmática.
- El óvulo reacciona al contacto del espermatozoide, la zona pelúcida y la membrana plasmática impide la entrada del espermatozoide.
- El espermatozoide penetra en el citoplasma del óvulo, pero su membrana plasmática queda en la superficie del óvulo. La cabeza crece para formar el pronúcleo masculino, a medida que se desprende y degenera su cola.

³³ MARIN VÉLES, Gustavo Adolfo. Arrendamiento de vientre en Colombia. Traducción Lorenza Correa Restrepo. Colombia. Universidad de Medellín. 2005. p. 104.

- Los pronúcleos femeninos y masculinos se aproximan, pierden sus membranas y forman una nueva célula diploide que se llama Cigoto.
- Cuatro días después la fecundación aparece en el suero materno, el factor temprano del embarazo, que constituye el factor de las pruebas de embarazo³⁴.

2.3 Resultado de la fecundación

El cigoto es una célula diploide con 46 cromosomas, el número normal de la especie humana, tendrá los 23 cromosomas de óvulo más los 23 del espermatozoide.

El sexo cromosómico del embrión se determina en la fecundación por el tipo de espermatozoide que fecunda al óvulo. Un espermatozoide X produce un cigoto XX= mujer, y un Y produce un cigoto XY= varón.

Si el cigoto sufre una serie de divisiones celulares mióticas rápidas que se llaman segmentos. El cigoto comenzará un viaje hasta implantarse en el útero.

2.4 Segmentación del huevo

“La segmentación de huevo o cigoto humano es total y totalmente desigual. La primera división da lugar a 2 células, cada una de las cuales da lugar a otras dos, de manera que pronto se llega a una fase en la cual él se ha transformado en un conglomerado macizo que por su aspecto de mora recibe el nombre de mórula³⁵.

En el interior de la mórula pronto aparece una cavidad, llamada blastocele, lo que indica que ha entrado en la fase de blástula y se forma el blastocito. Cada una de las células integrantes de la blástula recibe el nombre de blastómera.

El huevo ya en fase de blástula, pero todavía libre en el interior de la trompa uterina, es llevado hacia el útero donde va ocurrir la implantación o nidación, este

³⁴ MOORE, Keith. Embriología Clínica. 8ª. Ed. Producción y traducción editorial, gea consultoría editorial, s.l. España. Elsevier España. 2008. p.3.

³⁵ JIMÉNEZ, Juan y CASTELLANOS, Ballesteros. Anatomía humana general. 2ª. reimpresión. universidad de Sevilla. Sevilla. 2002. p. 31-32.

proceso en el cual el huevo se hunde en la mucosa uterina (endometrio), donde va a continuar su desarrollo, ocurre unos 6 ó 7 días después de la fecundación.

2.5 Período embrionario

2.5.1 Órganos que se desarrollan de cada una de las hojas germinativas.

El período embrionario o período de organogénesis ocupa temporalmente desde la tercera semana a la octava semana del desarrollo, donde se forman los tejidos y órganos del cuerpo a partir de las tres hojas germinativas. Hacia el final del mismo embrión, cuya longitud aproximada de cabeza a nalgas es de 30mm, presenta las principales características externas.

3. EMBARAZO

3.1 Definiciones

- "Es el estado de la mujer que va desde la fecundación hasta el parto o nacimiento del bebé, considerado como el período de desarrollo del huevo en el vientre materno y termina con la expulsión del producto, se sostiene que si el feto es viable estaríamos frente a un parto"³⁶.

- "Melloni define el embarazo como período de tiempo comprendido desde la fecundación y el nacimiento del niño, la duración normal del embarazo es de 280 días o nueve meses naturales, también denominado gestación"³⁷

El embarazo es definido desde la unión del ovulo con el espermatozoide llamado fecundación hasta la expulsión del producto.

- Por su parte el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas Salvat lo conceptualiza, gestación preñez; estado de una mujer en cinta; período desde la fecundación del óvulo hasta el parto. Dicho estado de caracteriza por signos de

³⁶ DOX MELLONI EISNER, Diccionario Médico Ilustrado de Melloni, Editorial Reverté S.A., Barcelona, Bogotá, Buenos Aires, Caracas, México, Rio de Janeiro, 1983. p. 167.

³⁷ *Ibíd.* p. 167

probabilidad y certeza: los primeros son la supresión de la regla, trastornos digestivos, el abultamiento progresivo del abdomen, la modificación de las mamas, coloración pigmentaria en el soplo uterino, los segundos son: los movimientos activos y pasivos (peloteo) del feto, los ruidos fetales cardiacos³⁸.

También llamado gestación desde el momento en el que el óvulo es fecundado hasta el nacimiento del niño, durante el período de gestación la madre experimenta varios cambios fisiológicos en su cuerpo y psicológicos ya que debe pensar en el nuevo ser que esta pronto por nacer.

- "Se denomina gestación, embarazo o gravidez al período que transcurre en la implantación del ovulo fecundado en el útero, comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir, permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia"³⁹.

En la especie humana la gestación suelen ser única aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples.

El embarazo es un proceso de desarrollo y crecimiento de un nuevo individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por el período embrionario y fetal dura unos 266 días (38 semanas) y se considera que se prolonga durante 280 días (40 semanas). El embarazo es el resultado de la unión de los gametos femeninos (óvulos) y los masculinos (espermatozoides). La unión de gametos se produce a través del acto del coito.

³⁸ Diccionario Terminológico de ciencias médicas, 12ª. Ed. Salvat Editores S.A., Barcelona, Bogotá, Buenos Aires, Caracas, México, Quito Rio de Janeiro, San Juan de Puerto Rico, Santiago de Chile, 1984. p. 353.

³⁹ Policopiado. Artículo sobre el embarazo: Guatemala. 2010.

Sin embargo, la inseminación artificial y fertilización in vitro también han hecho posible el logro de embarazos en casos en que el acto sexual no conduce a la concepción.

El embarazo se considera a término cuando la gestación completa alcanza 37 semanas, mas existen casos en los que el embarazo alcanza las 42 semanas. Cuando un embarazo es superior a 42 semanas, el riesgo de complicaciones para la mujer y el feto aumentan significativamente.

3.2 Tipos de embarazo

3.2.1 Embarazo único: “Es aquel donde un espermatozoide ha fecundado un óvulo. La duración de un embarazo único es alrededor de 40 semanas (280 días) desde la fecha de la última menstruación y un embarazo es considerado a término desde la 37 semanas (259 días) a 42 semanas (294 días)”⁴⁰.

Es un embarazo donde existe el desarrollo y crecimiento de sólo un feto en el vientre materno, debido a que un espermatozoide ha fecundado el óvulo femenino, en este caso se puede llevar un adecuado control, sólo hay necesidad de evaluar y monitorizar un feto.

3.2.2 Embarazo gemelar: “Es aquel embarazo donde la madre tiene más de un feto en el útero, es importante considerar que este tipo de situaciones no son frecuentes y están catalogadas como de alto riesgo, esto no significa que esto sea difícil, pero generalmente se asocia con complicaciones como; parto prematuro, bajo peso al nacer, preclampsia e hipertensión asociada con el embarazo”⁴¹.

Las causas de un embarazo gemelar son varias entre las más comunes se encuentran el factor hereditario siempre por parte de la mujer y la ingesta de anticonceptivos y fármacos para provocar ovulación en tratamiento de infertilidad.

⁴⁰ CABERO, L y ROURA, D. Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. 1ª. Ed. 2007. 1ª. Reimpresión. 2010. Traducción Alberto Alcocer. España, Editorial Médica Panamericana S.A. 2010. p. 447.

⁴¹ PORIAS, Stephan. Embarazo Manual del Usuario. México. Editorial Leto. 2009. p. 90.

Es cuando existe el crecimiento de dos o más fetos en el vientre materno, debido a que dos espermatozoides han fecundado el óvulo, provocando un embarazo múltiple, el cual se convierte en un embarazo de riesgo, ya que podría provocar complicaciones en el embarazo y parto.

3.2.3 Embarazo tardío

“Corresponde a las mujeres de 35 años o más, los partos de estas mujeres son catalogadas como de alto riesgo, porque existe mayor posibilidad de que el embarazo se acompañe de un aumento en la morbilidad maternoinfantil, así como aborto espontáneo”⁴².

Es llamado embarazo tardío, el embarazo de aquella mujer mayor de 35 años de edad, debido a la edad materna puede ser un embarazo complicado ya que suele presentar alguna patología adicional para la madre y en algunas ocasiones también para el feto y/o al recién nacido.

3.2.4 Embarazo durante la adolescencia

“Es la gestación de una mujer que se encuentra entre los 13 y los 20 años de edad, son embarazos no planeados y no deseados, en que algunas veces son abortados, y son los que ocasionan mayores muertes materno neonatales”⁴³.

El embarazo en adolescentes es considerado de 13 a 20 años de edad, es uno de los problemas que surgen en relación con la aptitud para la maternidad. Una madre adolescente no tiene la condición física, psicológica y económica para ser madre; Las madres jóvenes tienen un riesgo mayor de tener niños con bajo peso al nacer lo cual suele ir acompañado de retardo mental y otros problemas para el bebé.

⁴² REEDER, Martin. Enfermería Materno Infantil; 16ª.Ed, México, Industrial Mexicana, 1,992. p. 89. ISBN 0-397-54578-9.

⁴³ REECE, Albert. HOBBS, John. Obstetricia clínica. 3ª. Ed. Traducción Karina Tzal, Virginia Altomonte, Jorgelina Taveira. España. Editorial Médica Panamericana. S.A. 2007. p. 988.

3.3 Etapas del embarazo

3.3.1 Primer trimestre del embarazo

“Abarca desde la semana 1 hasta la semana 12. Los cambios fisiológicos durante los primeros tres meses consisten en la implantación del embrión en el útero. Durante esta etapa, el cuerpo de la madre inicia un proceso de adaptación hormonal con el fin de mantener, desarrollar el embarazo y desencadenar el parto. Las hormonas más importantes en esta etapa son la progesterona y el estrógeno. En los primeros tiempos del embarazo son elaborados por el cuerpo lúteo en el ovario. Luego son producidos por el embrión y la placenta. El nivel de progesterona aumenta diez veces y la cantidad de estrógenos que se producen en un día es equivalente al que genera una mujer durante 3 años”⁴⁴.

3.3.2 Segundo trimestre del embarazo

“Suele ser la etapa más placentera del embarazo, las náuseas que caracteriza el trimestre anterior desaparecen y entre el cuarto y quinto mes comienzan los movimientos del bebé”⁴⁵.

3.3.3 Tercer trimestre del embarazo

3.3.3.1 Definiciones

- “Abarca desde la semana 29 hasta el nacimiento, la embarazada está en la recta final y la ansiedad por conocer al bebé aumenta. La esperanza y el sentido de maternidad hacen conocer las incomodidades del embarazo, los cambios corporales son intensos antes del parto. Mientras el bebé crece, el útero se expande ocupando casi toda la cavidad abdominal, algunas manifestaciones propias de esta etapa son el mayor aumento de peso, el cansancio y la posible hinchazón de manos, tobillos y pies”⁴⁶. También aparece dolor de espalda (por el

⁴⁴ SOLANO, María Inés. Guía práctica para padres; 1ª. Ed. ; 1ª reimp. Buenos Aires: Albatros, 2004. P. 12.

⁴⁵ BLEICHMAR, Juan Carlos. Guía práctica para la mujer embarazada. Ojos de papel ediciones, S.L. Argentina, grafos, D.E.L. S.R.L. 2003. p. 26.

⁴⁶ SOLANO, María Inés. Guía práctica para padres; 1ª. Ed. 1ª reimp. Buenos Aires: Albatros, 2004. p.15.

cambio del centro de gravedad debido al agrandamiento del útero) y problemas de sueño.

A mediados del tercer trimestre, los huesos de la pelvis comienzan a separarse para agrandar el canal por donde pasará el bebé en el momento del nacimiento. Esto puede provocar dolores e incomodidad. En el último período del embarazo puede aparecer cierta incontinencia urinaria cuando la embarazada tose o se ríe debido a que estos movimientos aumentan la presión del útero sobre la vejiga.

- En el momento en que comienza el tercer trimestre del embarazo el feto ya está completamente formado, este es el período donde se comienza apreciar el aumento progresivo y notable del peso del bebé específicamente el crecimiento de los órganos internos, la calcificación y el desarrollo musculo esquelético, aumento de masa muscular y acumulación de masa subcutánea, pesa un promedio de 3500 gramos, la mayor parte del bebé funciona a excepción el sistema nervioso que madura formalmente durante los dos primeros años de vida, y los, pulmones estarán preparados unas semanas antes del parto casi al finalizar el tercer trimestre del embarazo, la madre presenta varias manifestaciones, en los cambios finales del embarazo.

- “Cambios que se presentan en la gestante durante el tercer trimestre del embarazo, aumento de volumen abdominal, el útero llega hasta el borde costal, debajo del tórax, cerca del parto el estómago se baja por que el bebé ha empezado a penetrar en la pelvis. Las mamas han crecido considerablemente, tiene consistencia dura, tienen secreciones clara por el pezón, hay cambios en el sistema respiratorio debido a que la hormona de la progesterona tiene un efecto sobre el mismo. Los riñones y las vías urinarias se verán progresivamente comprimidos, por el útero en crecimiento, aumento de peso generalmente durante el embarazo se espera aumentar 12 kilos, es natural que retenga líquidos ya que el embarazo requiere líquido en la sangre y otros tejidos. El sistema reproductor sexual tiene cambios, aumenta la cantidad de flujo, (no hay prurito ni fetidez). Se

nota mayor resequedad durante las relaciones sexuales, normalmente las parejas dejan de tener relaciones sexuales al final del embarazo por incomodidad, anteriormente se decía que había que evitar las relaciones sexuales después de las 35 semanas del embarazo, para evitar infección perinatal y sepsis neonatal⁴⁷.

Son muchos los cambios que la madre presenta en su tercer trimestre del embarazo, tanto físico, como psicológico, aunque la mayoría de todos los sistemas presentan cambios que sólo la madre puede experimentar: como el sistema respiratorio, digestivo, circulatorio, reproductor, pero la madre debe saber que las molestias terminarán cuando finalice el período de gestación.

3.3.3.2 Complicaciones en el tercer trimestre del embarazo

1. "Anemia.
2. Placenta previa.
3. Hipertensión inducida por el embarazo (Pre eclampsia).
4. Eclampsia.
5. Enfermedades de transmisión sexual.
6. Amenaza de parto, parto pretérmino o parto prolongado.
7. Complicaciones intraparto (Sufrimiento fetal, atonía uterina).
8. Desproporción cefalopelvica,
9. Malformaciones congénitas (polidactilia, paladar hendido)
10. Hemorragia vaginal"⁴⁸.

3.4 Hemorragia durante el embarazo

"La hemorragia obstétrica es una causa de morbilidad y mortalidad materna, es más frecuente en el tercer trimestre del embarazo o inmediatamente al post-parto, durante el tercer trimestre la placenta está involucrada en la mayoría de los

⁴⁷ ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA. Policopiado. Artículo sobre sexualidad y embarazo. Guatemala 2010.

⁴⁸ NISWANDER, K.R. Obstetricia clínica práctica. Traductores Diurki. España, Editorial Reverte, S.A., 1997. p. 77.

sangrados que amenazan la vida de la madre o del feto, en el post-parto el útero es el responsable de los episodios de sangrado”⁴⁹.

3.4.1 Hemorragia vaginal en el segundo trimestre del embarazo

Durante el segundo trimestre del embarazo puede existir hemorragia vaginal por traumatismos en el cuello uterino, desprendimiento del tapón mucoso, neoplasia cervical, placenta circunvalada, traumatismo del tracto genital, placenta previa, desprendimiento de placenta, neoplasia vaginal.

3.4.2 Hemorragia vaginal del tercer trimestre del embarazo

“Hasta tanto se determine el diagnóstico, es prudente presumir que cualquier sangrado vaginal durante el embarazo es potencial amenazador para la vida.

El tacto vaginal del cuello uterino está completamente contraindicado, hasta haber excluido la posibilidad de placenta previa.

Debido a las adaptaciones fisiológicas del embarazo, la madre puede no mostrar cambios significativos hasta que ha perdido un 25 a 30 % de volumen sanguíneo. Frecuentemente el feto muestra cambios en la frecuencia cardiaca antes de que la madre muestre signos clínicos de depleción intravascular significativa.

El desplazamiento lateral del útero puede aumentar el gasto cardíaco materno y mejorar la perfusión uteroplacentaria esta maniobra es mandatoria cuando hay sangrado en el tercer trimestre”⁵⁰.

La hemorragia durante el embarazo es un manchado que puede ser, leve, moderado o severo, aún cuando la hemorragia sea pequeña, vale la pena consultar a un servicio de atención oportuna para su evaluación.

3.5 Cambios hormonales

“Los cambios hormonales que se producen durante el embarazo tienen como fin ayudar en el desarrollo de los tejidos maternos para favorecer el crecimiento fetal

⁴⁹ ASTRONG, Foley Cuidados intensivos en obstetricia. s.l. Martin Iley Assoff. Argentina, Editorial Médica Panamericana S.A. 2000. p. 32.

⁵⁰ Ibid. p. 32

y preparar el parto, así como facilitar el paso de los nutrientes al feto. Las hormonas implicadas fundamentalmente son la gonadotropina coriónica el lactogeno o somatotropina coriónica y las hormonas esteroideas (estrógenos, progestágenos y cortisol el progresivo aumento de estas hormonas va ser el responsable de la mayoría de los cambios fisiológicos que suceden a lo largo de la gestación”⁵¹.

3.6 Amenaza de aborto

“Menos frecuentes, pero mucho más importantes, son las hemorragias provocadas por la amenaza de aborto, donde generalmente la pérdida sanguínea es de mayor magnitud y está siempre asociada a dolores y cólicos abdominales”⁵².

Una amenaza de aborto puede ser provocado por varias enfermedades ginecológicas generales como, inflamaciones, infecciones, tumores benignos, malignos, anomalías o enfermedades ovulares, anomalías de implantación enfermedad del corion en el desarrollo de huevo, embarazo ectópico, placenta previa, mola hidatiforme, parto prematuro, accidente del embarazo, interrupción de la gestación, rotura del seno familiar, desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina, torsión aguda del útero gravídico.

3.7 Traumatismos en el cuello uterino

“En este período, la mayoría de las veces es debido a un traumatismo provocado en el cuello uterino, que está muy congestivo debido a su mayor irrigación sanguínea y muchas veces inflamado por la presencia de gérmenes vaginales, muy frecuente en esta etapa del embarazo. En especial después de una relación sexual puede aparecer una pequeña hemorragia que desaparece espontáneamente. Por la misma razón, después de un examen ginecológico, puede haber escasa hemorragia genital”⁵³.

⁵¹ RODRIGUEZ RIVERA, Víctor Manuel. Bases de la alimentación Humana. 5ª. Ed. Editora Paola Paz Otero. Cristina Seco López. España. 2008. p. 462.

⁵² BOTELLA LLUCIA, José. Tratado de Ginecología. 14ª. Ed. Días Santos, S.A. Madrid. Fareso, S.A. 1993. p. 370.

⁵³ *Ibid.* p. 433.

Existe diversos factores que puede provocar traumatismo en el cuello uterino, razón por la cual la gestante debe recibir educación respecto a lo que se le pueda presentar durante el embarazo, para que ella misma tome las medidas correspondientes para evitar las complicaciones en el trabajo parto y parto.

3.8 Placenta previa

“La placenta previa se produce cuando la placenta se desarrolla en el segmento uterino inferior de modo tal que se extiende debajo de la parte de la presentación del feto y cubre parcial o totalmente el orificio cervical interno. De todos los episodios presentados de hemorragia vaginal en el tercer trimestre se asocia a la placenta previa: completa es cuando el orificio cervical interno es completamente cubierto por la placenta, parcial es cuando el orificio está parcialmente obstruido por la placenta, marginal en la cual el borde de la placenta se aproxima al orificio cervical, pero no lo cubre”⁵⁴.

Placenta previa se refiere, cuando la placenta se encuentra en la parte inferior de la cavidad uterina, esta puede ser parcial, cuando parte de la placenta está cubriendo parcialmente el orificio del cérvix, también puede ser placenta previa total, cuando todo el orificio se encuentra obstruido por la placenta, en ambos casos se presenta hemorragia vaginal, provocando que el embarazo sea de alto riesgo.

3.9 Desprendimiento placentario

“La placenta habitualmente no se desprende de su sitio de implantación hasta después del parto, el desprendimiento precoz de la placenta produce un amenaza para la vida materna y fetal. La función de la placenta es proveer nutrición fetal e intercambio de gas, tiene papel central en el bienestar del feto, a medida que la placenta se va desprendiendo, la sangre puede escapar rápida y enérgicamente. La sangre materna de estos vasos sanguíneos puede separar las capas del

⁵⁴ ASTRONG, Foley Cuidados intensivos en obstetricia. s.l. Martin lley Assoff. Argentina, Editorial Médica Panamericana S.A. 2000. p. 33.

5. ETAPA PRENATAL

5.1 Definiciones

- Atención prenatal

Pérez Pablo, Carmelina define, "atención prenatal es la atención personalizada de cuidados y acciones que debe brindársele a la mujer durante su período de gestación, identificando las señales de peligro que puede poner en riesgo la vida de la madre y el feto lo antes posible y para lograrlo se debe poner en práctica el autocuidado juntamente con la ayuda de la familia para mejorar su estado de salud de la madre como del niño"⁵⁹.

- "Una vez confirmado el embarazo el médico tomará las medidas necesarias para que la madre reciba atención prenatal, lo cual dependerá del tipo de parto que desee, la atención prenatal se presta en la consulta prenatal, en centro de salud, hospitales, cantonales, clínicas particulares, asistir a consulta en los grandes hospitales requiere de una larga espera, pero ahora se cuenta con la asistencia comunitaria"⁶⁰, algunos centros de salud del área de Guatemala presta sus servicios las 24 horas del día como los CAP (Centro de Atención Permanente) y algunos brindan atención 8 horas al día, al confirmar el embarazo es necesario que se inicie el control prenatal no importa el lugar lo importante es mantener la salud de la madre y el feto.

- "Atención prenatal también comprende la atención normal que requiere la mujer durante el embarazo en el que incluye, la dieta, el ejercicio el que contribuye para un embarazo sano, la madre debe conocer las posibles molestias del embarazo, cuidados de enfermería como; cuidados de las mamas, baño, evacuación, relaciones matrimoniales"⁶¹.

⁵⁹ PÉREZ PABLO, Carmelina. (Tesis de Licenciatura) Satisfacción de la usuaria en la atención de enfermería en la clínica de preconsulta prenatal del centro de atención Materno Infantil de Cuilco, Huehuetenango. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. 2011. p. 13.

⁶⁰BARRIOS, Mónica y CRASBOR, Carla. (Tesis de Licenciatura en Psicología) Factores Emocionales que Afectan a la Primigesta Menor de 18 años del Área Urbana de Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Ciencias Psicológicas. Centro Universitario Metropolitano-CUM- Octubre 2009 p. 29.

⁶¹ RAMÍREZ DE BREJSON, Aurelia. Obstetricia para enfermería. Argentina, editorial Troque S.A. San José, Buenos Aires Argentina. 1970. p. 20-25.

Atención prenatal es la atención individualizada e integral que se le brinda a la mujer embarazada, con énfasis en educación necesaria para prevenir y evitar complicaciones en el embarazo, controlar y proteger la salud de la madre y del feto hasta el nacimiento.

“El control prenatal es un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la mortalidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, se puede vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el proceso del trabajo de parto y parto, el control prenatal debe ser eficaz y eficiente para evitar que en Guatemala mueran mujeres por problemas relacionados con el embarazo parto o puerperio, siendo esta la primera causa de muerte en mujeres en edad fértil e incrementan la tasa de mortalidad materna, estas son prevenibles y evitables. Pues a través de estas acciones se contribuye a cumplir el objetivo del milenio número cinco que dice mejorar la salud materna”⁶².

La mortalidad materna aumenta por los siguientes factores; la pobreza, analfabetismo, mujeres multíparas (embarazos continuos), madres muy jóvenes o mayores y cuando no reciben atención adecuada y oportuna durante el embarazo, parto o puerperio.

5.2 Equipo necesario para realizar la evaluación prenatal

5.2.1 Definiciones

- El equipamiento consiste en un lugar básico, con adecuada iluminación, camilla ginecológica, esfigmomanómetro, estetoscopio, balanza, cinta métrica, estetoscopio de Pinard o Dopler, guantes descartable, espéculos vaginales, sistema de registro clínico, carnet de citas prenatales, gestometro, equipo humano de salud, que determinará la edad gestacional de la gestante o fecha

⁶² ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA .Temario Modelo del Auto Cuidado: Guatemala, 2010. p.178. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Promoción LXXX.

probable de parto, altura uterina, condición fetal y condición materna, y así identificar los factores de riesgo, y brindar educación a la futura madre.

- **Fecha probable de parto.** Se calcula a partir de la fecha de última regla, ya que el día exacto de la fecundación es muy difícil de saber. La fecundación suele ocurrir 14 días después del primer día de la última regla, pero no es una norma clara en las mujeres con ciclos irregulares.

- **Procedimientos para calcular la fecha probable de parto.**

Pinard: día en que terminó la última menstruación, sumar 10 días y retroceder 3 meses.

Wahl: día en que inició la última menstruación, sumar 10 días y retroceder 3 meses.

Naegle: día en que inició la última menstruación, sumar 7 días y retroceder 3 meses.

"Fabre: día correspondiente a la mitad de la última menstruación, sumar 7 días y retroceder 3 meses."⁶³

53. Objetivos del control prenatal

Guía de Atención Básica y uso de Medicamentos

- "Atender oportunamente a la gestante con signos generales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio.
- Acordar con la mujer adonde debe acudir en caso de emergencia.
- Aplicar medidas preventivas durante la atención prenatal, vacunas, medicamentos, consejería en nutrición.
- Tratar problemas y molestias más comunes del embarazo.
- Atender a una mujer con parto normal o cesárea en el hospital.
- Brindar atención inmediata al recién nacido/a.

⁶³ ROSENVASSER.L. Tratado de Obstetricia. 3ª. Ed. Buenos Aires, editorial Médica Panamericana, S.A. Argentina, 1975. p.184.

- Orientar a la madre sobre los cuidados básicos para la mujer y el recién nacido, después del parto.
- Atender a la mujer y recién nacido, durante el puerperio.
- Orientar a la madre que regrese al hospital si observa señales de peligro en el recién nacido.
- Promover la lactancia materna exclusiva, como la mejor forma de alimentar al niño.
- Estimular la participación del hombre, durante el embarazo, parto y puerperio.
- Promover el espaciamiento de los embarazos ofertando métodos anticonceptivos en seguida después del parto⁶⁴.

5.4 Señales de peligro durante el embarazo

- “Hemorragia vaginal por pequeña que fuera.
- Cefalea intensa o continúa.
- Hinchazón de la cara o dedos de las manos.
- Visión difícil o borrosa.
- Dolor abdominal.
- Vómitos persistentes.
- Escalofríos y fiebres.
- Salida de líquido por la vagina.
- Dolor y ardor al orinar.
- Goteo de agua por vía vaginal.
- Fatiga aguda persistente⁶⁵.

⁶⁴ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Guía de Atención Básica y uso de Medicamentos. Guatemala diciembre 2005. p. 205.

⁶⁵ ASOCIACIÓN PRO BIENESTAR DE LA FAMILIA, APROFAM. Departamento de Capacitación, “Manual de Educación Sexual”. 2ª. Ed. Guatemala 2000. p. 38.

5.5 Cuatro demoras

“Son los retrasos en la búsqueda de ayuda que se tiene en la atención de la mujer embarazada, las cuales debe responder a las siguientes⁶⁶”.

1. Demora en el reconocimiento del problema o signos de peligro.
2. Demora en la toma de decisiones sobre la búsqueda de atención sanitaria.
3. Demora en el acceso a un servicio de salud digno.
4. Demora en recibir una atención oportuna y de calidad.

Poner en práctica las cuatro demoras contribuyen a reducir los índices de mortalidad materna para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y mejorar la salud materna e infantil.

5.6 Plan de emergencia familiar

- “A donde ir. (hospital)
- Cómo ir (tipo de transporte)
- Cuánto dinero tengo listo. (efectivo)
- Quién me acompañará. (familia)
- Quién cuida de mi casa e hijos. (familia, vecinos)
- Qué documentos debo llevar. (cedula o certificado de nacimiento)
- Qué ropa debo llevar. (ropa para el bebé)
- Quién será responsable de mí. (esposo u familia)”⁶⁷.

“El plan de emergencia sirve para minimizar la ansiedad de la gestante el cual favorece su comodidad en al día del parto, razón por el cual es de suma importancia, orientar a la gestante en la creación del mismo”⁶⁸

⁶⁶ ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS .Temario Modelo del Auto Cuidado: Guatemala, 2010. p.178. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Promoción LXXX. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

⁶⁷ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Programa de salud reproductiva. Plan de emergencia con mi familia. 2000. Guatemala. p. 1.

⁶⁸ Ibid. p. 1.

6. TRABAJO DE PARTO

6.1 Definiciones

- "El trabajo de parto se refiere a una serie de procesos mediante los cuales los productos de la concepción son expulsados. En otros términos son: nacimiento, expulsión, extracción"⁶⁹.

- "Presencia de contracciones uterinas que producen dolor, borramiento y dilatación demostrables del cuello uterino, no ayuda fácilmente al clínico a determinar cuando en realidad se ha iniciado el trabajo de parto, porque ese diagnóstico se confirma sólo en retrospectiva. Se puede utilizar varios métodos para definir su inicio. Se cuantifica el principio como la hora a la que se hacen regulares las contracciones dolorosas. Infortunadamente, la actividad uterina causa molestias pero no representan un trabajo de parto real, este puede presentarse en cualquier momento del embarazo. El falso trabajo de parto suele detenerse de manera espontánea o pudiera avanzar rápido hasta la presencia de contracciones eficaces"⁷⁰.

- "Cuando se inicia el trabajo de parto las contracciones son rítmicas, con una frecuencia de una a dos cada diez minutos, no se calman con antiespasmódicos ni con el reposo. El cuello del útero sufre alguna modificación que será notoria"⁷¹.

La mujer cuando comienza con las contracciones de trabajo de parto, siente que no puede realizar su actividad o bien se despierta si está durmiendo. Progresivamente las mismas van aumentando su intensidad y son más frecuentes.

La mujer debe buscar atención oportuna, si las contracciones aparecen a intervalos regulares, si las contracciones son cada vez más frecuentes e intensas, a pesar de estar en reposo y de haberse acomodado en la cama de costado (en

⁶⁹ JOHN, Williams. Obstetricia, Atención de parto y parto normales. Cap. 17. Ed. Barcelona, 22ª. Ed. Madrid. 1994. p. 420.

⁷⁰ Ibid. p. 420.

⁷¹ http://www.salud-mujer.idoneos.com/index.php/Parto/Trabajo_de_Partido página consultada el 18-07-2012.

esta posición las contracciones disminuyen su frecuencia y aumenta la intensidad de las mismas).

6.2 Signos del trabajo de parto verdadero

Las contracciones se presentan a intervalos regulares.

Los intervalos se acortan de modo gradual.

La ansiedad aumenta de manera gradual.

Hay molestias en el dorso y el abdomen.

El cuello uterino se dilata.

Las molestias no se detienen por la sedación.

6.3 Falso trabajo de parto

Ocurren contracciones a intervalos irregulares.

Los intervalos siguen siendo prolongados o prolongados.

La ansiedad se mantiene sin cambios.

Las molestias ocurren principalmente en la porción inferior del abdomen.

El cuello uterino no se dilata, las molestias suelen aliviarse por sedación.

6.4 Períodos del trabajo de parto

- "El parto se divide en tres etapas o períodos cuando atendemos a la mujer se debe determinar, en qué período se encuentra para darle la atención adecuada.

Solicitar permiso a la mujer para realizarle un tacto vaginal y valorar la dilatación.

Observar y anotar la fuerza, duración y frecuencia de las contracciones"⁷².

1. Primer período o de dilatación
2. Segundo período o período de explosión del feto.
3. Tercer período o alumbramiento

⁷² ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS, Temario Modelo del Auto Cuidado: Guatemala, 2010. p.422. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. promoción LXXX.

- **Primer período (dilatación cervical)** inicia con la contracción verdadera y termina con la dilatación completa del cérvix, las contracciones son cortas a intervalos de cinco a diez minutos y duran menos de 20 segundos. Se divide en dos fases: fase latente y fase activa.

Fase latente: comprende de 0-4 cm de dilatación, menor de 3 cm en nulíparas y la duración del trabajo de parto puede ser de 12-14 horas. Y en multíparas la fase latente es de 4 cm y el trabajo de parto puede ser de 6 a 8 horas.

Fase activa: "Cuando existan contracciones dolorosas y duren más de 40 segundos y se repitan regularmente a un intervalo de 3 contracciones en 10 minutos, cuando exista ruptura de la bolsa de las aguas, caracterizada por la expulsión de un líquido transparente, salida por la vagina el llamado tapón mucoso cervical, de aspecto sanguinolento, presente de 4 a 10 cm de dilatación, en esta fase es donde la madre puede ser ingresada a un servicio de salud para su atención necesaria."⁷³

"El momento correcto para que se rompan las membranas es cuando la madre presente de 4-10 cm de dilatación, pueden ser rotas espontáneas o realizada por el médico a través de un gancho de plástico afín de acelerar el proceso del parto"⁷⁴.

"Una vez que el cuello este dilatado es normal que pase 20-30 minutos, cuando la mujer tenga ganas de pujar hay que dejar que ella escoja la posición más cómoda para ella (en cuclillas) de rodillas, semi-sentada, en posición de litotomía, lo más vertical posible lo cual puede ayudar a prevenir un desgarro"⁷⁵.

"Indicar a la paciente que cuando la cabeza del niño empuja debe pujar como si tiene ganas de defecar y deje de hacer fuerza cuando termine la contracción, se

⁷³ LLUSÍA BOTELLA, José y CLAVERO NÚÑEZ, José. Tratado de ginecología, fisiología, Obstetricia, Perinatología, Ginecología y reproducción. 14ª. Ed. Traducción Juan Bravo. Madrid, Días Santos S.A. 1993. p. 240.

⁷⁴ ESTONE, Joanne y ADDLEMAN, Keith. Embarazos para dummies. 2ª. Ed. Traducción Ribert St. Canadá, Wiley Publiligh, 2007. p. 179.

⁷⁵ LLUSÍA BOTELLA, José y CLAVERO NÚÑEZ, José. Tratado de ginecología, fisiología, Obstetricia, Perinatología, Ginecología y reproducción. 14ª. Ed. Traducción Juan Bravo. Madrid, Días Santos S.A. 1993. p.422.

relaje y descansa, cuando la cabeza sale al trabajador de salud debe verificar que no exista circular al cuello, para ello debe descansar la madre cuando salga la cabeza y luego continuar pujando para que salga el cuerpo”⁷⁶.

“Las técnicas de respiración permiten la relajación del cuerpo, disminuyen en parte del dolor y aumenta el aporte de oxígeno al bebé, al mismo tiempo permite que el útero se dilate, cualquiera que sea la técnica de respiración que se utilice, hay que tener presente que al comenzar y al terminar una contracción, debe realizar una inspiración profunda, inhalando el aire por la nariz y exhalándolo por la boca”⁷⁷.

- **“Segundo período o expulsión del feto:** comprende la dilatación completa, hasta el nacimiento del feto. Las contracciones fuertes y prolongadas, dura de 40 a 60 segundos a intervalos de dos a tres minutos, este período se divide en dos fases; fase pasiva y fase activa”⁷⁸.

- **“Tercer período del trabajo de parto o alumbramiento:** comprende desde el nacimiento del bebé hasta la expulsión la placenta y membranas ovulares, en general sucede de 3 a 5 minutos después de la expulsión fetal, las contracciones uterinas reducen rápidamente el área de la inserción placentaria con lo que la placenta comienza a desprenderse para luego terminar de desprenderse este órgano del endometrio”⁷⁹.

“El período de alumbramiento comienza una vez ya nació el niño y termina con la expulsión de la placenta, la cual debe acontecer en tiempo de 1 a 30 minutos”⁸⁰.

⁷⁶ BARREYRO, Claudia. Señales de vida. Actividad física en embarazo y parto. Editorial Ivana Tosti. Argentina. 2003. p. 90.

⁷⁷ REPETTI, Cecilia. El libro del embarazo, todas tus preguntas junto a respuesta de los especialista. Argentina. Editorial Albatros. 2007. p. 79.

⁷⁸. ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS, Temario Modelo del Auto Cuidado: Guatemala, 2010. p.422. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. promoción LXXX.

⁷⁹ Auxiliares de enfermería del consorcio sanitario de Tenerife. España. Editorial Mad, S.L. Temario volumen 2. 2004. p. 158. ISBN 84-665-3184.

⁸⁰ PÉREZ, Salvador y CAMPUZANO, Carolina. Manual de técnicos de transporte sanitario. 3ª. Ed. Editorial Aran S.L. Madrid. 2009. P. 353.

Fase de separación placentaria: la placenta desciende al inferior de la vagina tras desprenderse.

Fase de expulsión placentaria: se produce cuando la madre puja, luego existe presencia de hemorragia al momento de separación. Existen dos mecanismos de expulsión llamado: Schultze y Duncan.

1. **Mecanismo de Schultze:** Este mecanismo se presenta cuando la placenta está ubicada en la parte superior del cuerpo uterino.

2. **Mecanismo de Duncan:** Aquí la localización de la placenta se encuentra en el segmento inferior del cuerpo uterino.

“También el período de alumbramiento, comienza luego que nace el niño y termina con la salida de la placenta y no debe durar más 1 a 30 minutos”⁸¹.

6.5 Manejo activo del tercer período.

-Una vez expulsado el bebé, antes que pase un minuto palpar el abdomen de la madre que no haya otro feto, si no lo hay inyectar 10 UI de oxitocina IM, cortar el cordón umbilical después de 1 o 2 minutos y aplicar tracción controlada del cordón, sostener el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano (habitualmente la izquierda), mantener tensión leve en el cordón umbilical y esperar una contra tracción fuerte en el útero de 2 a 3 minutos, en la reactivación de las contracciones hay pequeña hemorragia antes de la salida de la placenta, el útero toma forma globular y se eleva hacia la mitad del abdomen, el cordón umbilical desciende, jalar el cordón hacia abajo con delicadeza para extraer la placenta. Si la placenta no sale después de 30 a 40 minutos, no continuar jalándola realizar otras acciones que sólo un profesional puede realizarlas.

⁸¹ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS, Temario Modelo del Auto Cuidado: Guatemala, 2010. p.422. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. promoción LXXX. Ibid.p.422.

6.6 Contracciones

“Las contracciones uterinas tienen dos funciones: dilatar el cérvix y empujar el feto hacia el canal del parto, el feto no es un sujeto pasivo durante el trabajo de parto, debe tener la habilidad de negociar con la pelvis y esto tiene tres variables: la actividad uterina, el pasajero y el pasaje”⁸².

“La intensidad, frecuencia o la duración de las contracciones del trabajo de parto constituye un conocimiento necesario en relación con su progreso. Cuando las contracciones son frecuentes e intensas, y hay antecedentes de trabajo de parto de corta duración, puede suceder que se modifique los procedimientos normales, la frecuencia y la duración de las contracciones pueden determinarse mediante métodos de vigilancia de actividad uterina y también por la palpación que describe la intensidad de la contracción, como leve, moderada o intensa”⁸³.

“Las contracciones son los dolores que la madre experimenta durante el trabajo de parto y parto, que inicia de la cintura hacia la región suprapúbica y endurecimiento del abdomen que no seden con analgésico, ni con reposo sino más bien van aumentando de frecuencia y duración a medida que el trabajo de parto va evolucionando y que desaparecen luego del nacimiento del recién nacido y alumbramiento de la placenta”⁸⁴.

7. PARTO

7.1 Definiciones

- **Parto Normal.** Es considerado una experiencia única y propia de la mujer, siendo el punto de partida entre el rol de la pareja, que da como inicio la vida de un nuevo ser. Científicamente es considerado como la expulsión del producto de

⁸² CABERO, L. y ROURA, D. *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal*. 1ª. Ed. 2007. 1ª. Reimpresión. 2010. Traducción Alberto Alcocer. España, Editorial Médica Panamericana S.A. 2010. p. 447.

⁸³ Atención especializada y urgencias, *Manual para el diplomado en enfermería*. Modulo III. Editorial MAD, L.S. España, 2003.p. 55.

⁸⁴ *Ibid.*, p. 55

la concepción culminado el tiempo de desarrollo intrauterino dando lugar al nacimiento de una nueva vida. El parto se inicia con la maduración suficiente del feto para afrontar las condiciones ambientales fuera del útero de la madre”⁸⁵.

“El parto es el conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan la expulsión del feto viable u óbito y los anexos ovulares, desde la cavidad uterina, al exterior a través del canal de parto”⁸⁶.

- “El parto es el proceso por el que el feto y la placenta, una vez finalizado el tiempo de gestación que oscila alrededor de las 37 hasta las 42 semanas, sale desde la cavidad uterina al exterior a través de la vía vaginal, se llama parto eutócico aquel parto que se produce de forma natural cuando el feto se presenta en una posición cefálica en occipúbica y sale al exterior por vía vaginal, para este momento la madre debe colocarse en la posición más cómoda para ella de rodillas (en cuclillas), semi-sentada, en posición de litotomía, lo más vertical posible lo cual puede ayudar a prevenir un desgarro. Cuando esto no sucede así se habla de parto distócico”⁸⁷.

“Parto eutócico es la salida del bebé de la cavidad uterina al exterior a través de la vagina, sale primero la cabeza y luego el cuerpo rota para que posteriormente salga primero un hombro y luego el otro lo que permite que el cuerpo del bebé salga sin dificultad.”⁸⁸

Parto normal se refiere a la serie de procesos por los cuales son expulsados del cuerpo materno un feto con un peso mayor de 500 g, y después de las 22 semanas de gestación y posterior a la salida del feto se produce el alumbramiento. Hasta que todo este proceso finalice se puede decir que es un

⁸⁵ ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS, Temario Modelo del Auto Cuidado: Guatemala, 2010. p.422. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. promoción LXXX.

⁸⁶ LLUSIA BOTELLA, José y CLAVERO NÚÑEZ, José. Tratado de ginecología, fisiología, Obstetricia, Perinatología, Ginecología y reproducción. 14ª. Ed. Traducción Juan Bravo. Madrid, Días Santos S.A. 1993. p. 240.

⁸⁷ CARAVACA CABALLERO, Ana. Técnico en Emergencias Sanitarias, Atención Sanitaria. Miguel Ruiz Madruga. España. Editorial ARÁN, S.L. 2009. p. 179.

⁸⁸ RISE, F. Philip. Desarrollo humano, estudio del ciclo vital. 2ª. Ed. Traducción Pearson Educación. México. 1997. p. 103 ISBN 968-880-808-3.

parto normal, ya que si se presentan complicaciones se convierte en parto distócico.

También es considerado como un acto fisiológico, puesto que es la forma natural de reproducción de la especie humana.

7. 2 Tipos de parto

7.2.1“Parto espontáneo. Es aquel que no requiere de ningún medio auxiliar artificial”⁸⁹.

7.2.2 Parto inducido. Parto que se desencadena por medios mecánicos que involucran la administración de agentes hormonales. También se le llama parto inducido “aquel que comienza con la actuación del obstetra interrumpiendo el embarazo por indicaciones concretas, esto sucede cuando existe madurez cervical o bien la vida de la madre o el feto están en peligro. Puesto que la técnica de los resultados son diferentes, entonces es llamado parto provocado al que no ha alcanzado un grado de madurez cervical”⁹⁰.

7.2.3 Parto prolongado. Que se prolonga más allá del límite ordinario.

7.2.4 Parto seco. Es aquel que se escapa el líquido amniótico antes que se inicien las contracciones.

7.2.5 Parto vaginal. Nacimiento de un nuevo ser por las vías del útero y vagina”⁹¹.

7.3 La placenta. “Es un órgano que pone en comunicación entre el feto y la madre, a los 9 meses la placenta mide 10 cm de diámetro, tiene un espesor de 2-3 cm, pesa 500 gramos, consistencia dura y de apariencia esponjosa, es importante calcular el peso de la placenta porque en partos prematuros, madres que padecen de sífilis, diabetes, eritroblastosis esa relación se altera”⁹².

⁸⁹ CARAVACA CABALLERO, Ana. Técnico en Emergencias Sanitarias, Atención Sanitaria. Miguel Ruiz Madruga. España. Editorial ARÁN, S.L. 2009. p. 201.

⁹⁰ TORRES, Luis M. Tratado de anestesia y reanimación. Traductor Torre Morena. España, 2001. p. 201.

⁹¹ Ibid. p.201

⁹² ROSENVASSER, L. Tratado de obstetricia, 3ª. Ed. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1975. Editorial Argentina. p.57.

7.4 Técnicas de respiración durante el trabajo de parto

“La técnica de respiración lenta y profunda ayudan a relajar el cuerpo de la madre y aliviar el dolor de las contracciones durante el trabajo de parto y parto, respirar correctamente también beneficia al bebé, puesto que aumenta el aporte de oxígeno durante las contracciones, la forma correcta de la respiración es inhalar el aire por la nariz y exhalarlo por la boca”⁹³.

En los cursos de preparación para la maternidad y paternidad se aprenden diversos ejercicios de respiración para las distintas fases del parto:

- ✓ Respiración abdominal (profunda)
- ✓ Respiración inferior (jadeo)
- ✓ Pujo
- Respiración abdominal: sirve para aliviar las contracciones más intensas durante la fase de dilatación del cuello uterino: se toma aire por la nariz para que los pulmones se llenen, al tiempo que el abdomen se hincha poco a poco. Se expulsa el aire por la boca mientras se contraen lentamente los músculos del abdomen.
- Jadeo: sirve para controlar las ganas de pujar en las fases de dilatación y en la de expulsión: se toma aire y se expulsa de forma sucesiva en forma de jadeo o soplo. Hay tres tipos de técnicas de jadeo: nariz-boca, nariz-nariz y boca-boca, pero la más recomendada es la nariz-boca. Como este tipo de respiración es poco habitual y puede producir mareos por hiperventilación, se recomienda hacerla con los ojos cerrados y en una posición cómoda para la embarazada. Por lo general, esta técnica suele ser necesaria en los partos sin epidural, para no distender demasiado los músculos de la zona del periné.

⁹³ <http://www.planetamama.com.ar/nota/t%C3%A9cnicas-de-respiraci%C3%B3n-para-el-parto?page=full> página consultada en 17-07-12.

- **Pujo:** se realizan dos o tres inspiraciones profundas y cortas. Se mantiene la respiración al tiempo que se contraen los músculos del abdomen (inflar bien el abdomen como un globo) A continuación, se relajan los músculos del periné y se realiza el pujo. Se puede elevar la cabeza y los hombros pegando la barbilla al tórax mientras se sujetan las rodillas con las manos. También profesionales que trabajan con la embarazada proponen las técnicas antes nombradas.

La postura de quienes hacen parto humanizado señala que es posible que durante el período expulsivo, la observación cuidadosa por parte de quienes asisten haga surgir alguna señal para efectivizar el esfuerzo del pujo, y sin que esto implique la necesidad de un entrenamiento previo de la respiración.

Las técnicas de respiraciones antes nombradas, respiración abdominal, jadeo y pujo son propias para el momento del trabajo de parto, pero durante el embarazo también se puede realizar otro tipo de actividad física que se recomienda iniciar a partir del segundo trimestre y que es útil para llegar relajada en el momento del parto. Las actividades más recomendadas son las técnicas de relajación, yoga, natación y caminata.

El objetivo principal es activar la circulación sanguínea, mantener los grupos musculares firmes y elevar la actividad cardiorrespiratoria. Se debe tener en cuenta que el ritmo cardíaco jamás debe superar las 140 pulsaciones y que los ejercicios más intensos no deben realizarse por un período mayor de 15 minutos.

“Hay ejercicios específicos que se realizan para contrarrestar las molestias producidas por los cambios de posturas que se producen al crecer el abdomen, como los ejercicios para relajar la zona lumbar y sacra, también ejercicios que refuerzan la zona perineal. La idea de la gimnasia para la maternidad es poder realizar en forma integral una preparación física adecuada y de reflexión”⁹⁴.

⁹⁴ <http://www.planetamama.com.ar/nota/t%C3%A9cnicas-de-respiraci%C3%B3n-para-el-parto?page=full> página consultada el 16-07-2012.

8. ENFERMERÍA

8.1 Definiciones

- Enfermería es aquella persona que tiene la responsabilidad de cuidar la salud de las personas y tratar en lo posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ella.

-Servicio de ayuda o asistencia, a las personas que son dependientes total o parcial (lactante, niños y adultos) cuando sus progenitores, tutores o adultos responsables de su cuidado no son capaces de prestarles cuidado. Es un esfuerzo creativo de un ser humano para ayudar a otro ser humano. (Dorotea Orem).

- Enfermería es quién cuida al paciente en sus aspectos físicos, social cultural, psicológico y espiritual para mantener la salud y contribuir a su recuperación total. Se dice que es una profesión de vocación para servir al prójimo bendecida por Dios, cumpliendo a cabalidad con los principios y normas de enfermería.

La enfermera es una persona con vocación de servicio al prójimo, egresada de una escuela nacional de enfermeras o universidad, con una capacitación de tres años sobre cuatro área que son: cuidado directo, administración, docencia e investigación, donde se prepara para cuidar la salud de los pacientes, familia y comunidad, a través de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de las personas que necesitan de sus cuidados. También es la encargada de capacitar y supervisar el trabajo que el personal auxiliar de enfermería realiza a las pacientes familia y comunidad.

8.2 Auxiliar de enfermería

“Es una persona egresada de un programa oficialmente reconocido por el Ministerio de la Salud Pública y Asistencia Social en donde recibe una preparación teórica-práctica que lo/la capacita para formar parte del equipo de enfermería y con la supervisión de la enfermera, realiza cuidado directo e individualizado a la persona

enferma, familia y comunidad; contribuyendo al fomento, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud⁹⁵.

9. HOSPITAL ROOSEVELT

- El Hospital Roosevelt está clasificado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como hospital de tercer nivel y "referencia nacional que ofrece atención hospitalaria especializada, servicios médicos gratuitos para atender emergencias o señales de peligro, en medicina interna, cirugía, ortopedia, traumatología, maternidad, y otras subespecialidades las 24 horas del día los 365 días del año"⁹⁶.

9.1 Departamento de maternidad

El departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt presta servicios médicos y hospitalización gratuitos, que proporciona a la población guatemalteca atención de emergencias las 24 horas del día, todos los días del año, servicios que brinda a la ciudadanía de otros países que viven o están de paso por Guatemala. El edificio de maternidad cuenta con dos departamentos: departamento Consulta Externa de ginecología y obstetricia y maternidad.

9.2 Consulta externa de Ginecología y Obstetricia

Presta servicios a pacientes desde los 12 años hasta 48 años o más, a quienes se les clasifica en: maternidad, ginecología y obstetricia, en su momento son atendidas por personal auxiliar de enfermería y evaluadas por los médicos especialistas en Gineco-Obstetricia. La consulta externa de la maternidad cuenta con 3 clínicas para atención de usuarias, clínica salud reproductiva, planificación familiar, tuberculosis pulmonar, dengue, profilaxis sexual. Dentro del programa de salud reproductiva se brinda control prenatal a todas las mujeres embarazadas que solicitan los servicios.

⁹⁵ HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA. ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA. Departamento de Auxiliares de Enfermería. GUATEMALA, Trifoliar de información para aspirantes a estudiar enfermería. 2012.

⁹⁶ <http://www.aquienguate.com/perfil/hospital-roosevelt> página consultada el 30.07-12

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

1. TIPO DE ESTUDIO:

La presente investigación es de tipo descriptivo porque describe los conocimientos sobre el trabajo de parto y parto, que poseen las embarazadas en su tercer trimestre del embarazo y que asisten a control prenatal en la Consulta Externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala.

Con enfoque cuantitativo porque expresan datos numéricos y se hizo uso de la estadística descriptiva a través de porcentajes para la presentación e interpretación de resultados. De corte trasversal porque se realizó en un período determinado, junio del año 2013.

2. UNIDAD DE ANÁLISIS:

Mujeres en el tercer trimestre del embarazo, que asistieron a control prenatal en la consulta externa de ginecología y obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala.

3. POBLACIÓN:

Aproximadamente 200 pacientes en su tercer trimestre del embarazo, asisten durante el mes calendario a control prenatal en la consulta externa de ginecología y obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, en el período de junio 2013.

4. MUESTRA:

Se seleccionó al azar a las señoras citadas en el libro de citas durante 3 días quienes sumaron 30 madres con las mismas características necesarias para el estudio.

4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	OBJETIVO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO ÍTEMS No.
<p>Conocimientos sobre el trabajo de parto y parto, que poseen las embarazadas, en su tercer trimestre del embarazo y que asisten a control prenatal en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt.</p>	<p>Describir los conocimientos sobre el trabajo de parto y parto, que poseen las embarazadas en su tercer trimestre del embarazo y que asisten a control prenatal en la Consulta Externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt.</p>	<p>Es el conjunto de bases científicas y teorías que deben poseer las embarazadas en su tercer trimestre del embarazo y que asisten a control prenatal en la consulta externa de ginecología y obstetricia del Hospital Roosevelt.</p>	<p>EMBARAZO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tercer trimestre del embarazo y Complicaciones que pueden presentarse durante el embarazo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué significa para usted el embarazo? 2. ¿Qué cree usted que puede ser una complicación en el tercer trimestre del embarazo? 3. ¿Qué señales de peligro pueden presentarse en el tercer trimestre del embarazo? 4. ¿Qué debe hacer usted si presenta una señal de peligro durante el embarazo? 5. ¿Qué complicaciones cree usted que puede presentarse, si no consulta por una señal de peligro durante el embarazo, si no ha llegado la hora del nacimiento del bebé? 6. ¿Qué es el control prenatal para usted? 7. ¿Conoce usted qué son las cuatro demoras? 8. ¿Para usted qué es un plan de emergencia durante el embarazo? 9. ¿Sabe usted qué es el trabajo de parto? 10. ¿Cuántos centímetros de dilatación debe tener en

			<p>-Contracciones.</p>	<p>el trabajo de parto la embarazada para ser recibida en un hospital?</p> <p>11. ¿Sabe usted para que sirven las contracciones durante el trabajo de parto?</p> <p>12. ¿Qué son y dónde se sienten las contracciones?</p> <p>13. ¿Cómo debe actuar usted durante las contracciones?</p> <p>14. ¿En qué momento cree usted que es correcto que se rompa la fuente?</p> <p>15. ¿Qué es el parto para usted?</p> <p>16. ¿En qué posición debe colocarse la embarazada en el momento del parto?</p> <p>17. ¿En qué momento debe dejar de pujar la madre durante el parto?</p> <p>18. ¿En qué le ayuda la respiración profunda y lenta durante el trabajo de parto?</p> <p>19. ¿A qué se le llama alumbramiento?</p> <p>20. ¿Cuánto tiempo se debe esperar para que nazca la placenta?</p>
			<p>PARTO</p>	
			<p>-Técnicas de respiración durante el trabajo de parto.</p> <p>Alumbramiento.</p>	

5. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS A UTILIZAR:

La elaboración del estudio dio inicio después de seleccionado el tema y aprobado por la unidad de tesis de la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, se elaboró el protocolo de investigación, y un instrumento de recolección de datos estructurado con 20 preguntas cerradas de selección múltiple, elaborado por la investigadora basadas en los indicadores de la variable. Se solicitó revisión a unidad de tesis para mejorar tanto el protocolo como el instrumento, se realizó modificaciones correspondientes. Aprobado el protocolo e instrumento por unidad de tesis, se realizó el estudio piloto el cual se llevó a cabo con usuarias embarazadas en su tercer trimestre del embarazo que asistieron a control prenatal en la consulta externa de ginecología y obstetricia del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, se selecciono dicha población ya que poseen características parecidas a las de la unidad de análisis, previamente se solicitó la autorización al hospital mencionado. Luego se tabularon los datos en forma de paloteo, se hizo el análisis del mismo y se presentó a asesora y revisora para continuar con el trabajo de campo.

El trabajo de campo, se realizó a una población de 30 usuarias en su tercer trimestre del embarazo que asistieron a control prenatal en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt durante tres días. Previamente se efectuó la solicitud de autorización para realizar el estudio de campo, con autoridades correspondientes del Hospital Roosevelt.

Para el estudio piloto y el trabajo de campo, se les informó a las usuarias el motivo y objetivo de la investigación, así mismo se utilizó un consentimiento informado, que garantizó la libre participación de las usuarias en el estudio, también se le informó a cada participante que luego de haber iniciado el proceso, si ella deseaban retirarse estaba en su derecho de hacerlo.

Las gestantes se captaron en la sala de espera de la consulta externa, previo a ser atendidas en la clínica de atención prenatal.

Posteriormente se tabularon los datos por medio de paloteo a través del cual se obtuvo el porcentaje real de los conocimientos que poseen las embarazadas en su tercer trimestre del embarazo. Se realizó las gráficas correspondientes, así como conclusiones y recomendaciones pertinentes al estudio realizado.

6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

6.1 Criterios de Inclusión:

6.1.1 Usuarías embarazadas en su tercer trimestre del embarazo, que asistieron a control prenatal en la consulta externa de ginecología y obstetricia del Hospital Roosevelt durante 3 días.

6.1.2 Pacientes embarazadas en su tercer trimestre del embarazo que aceptaron participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado.

6.2 Criterios de Exclusión:

6.2.1 Dos embarazadas no aceptaron participar en la investigación.

7. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 Autonomía. “Derecho individual, cada persona tiene la capacidad de elegir sin influencias externas”⁹⁷. Se le explicó a la embarazada en qué consistía su participación en el estudio, cada sujetos de estudio firmó el documento de consentimiento informado, también se les informó que podían abandonar el estudio si así lo deseaban.

7.2 Beneficencia. Deber de hacer el bien y promover actos de benevolencia como: Amabilidad, bondad y claridad, no castigar para infringir un daño, se le explicó a la gestante que de su participación sólo se obtendría beneficios para la población femenina en edad reproductiva.

7.3 Fidelidad. Es compromiso del investigador, que si durante la investigación la participante confesó puntos personales, no se rebeló a otras personas.

7.4 Justicia. “Significa que todas las participantes deben ser tratadas de igual manera y que cuando exista la necesidad de repartir algo, los beneficios sean en partes iguales”⁹⁸. Lo que indica que todas las personas tienen el mismo derecho.

7.5 Veracidad. Abarca: honestidad, buena fe y sinceridad humana. Es responsabilidad del quipo de salud, decidir qué información puede dársele al paciente, diciendo siempre la verdad.

7.6 Permiso institucional. Previamente a efectuarse el estudio de campo se solicitó autorización con las autoridades correspondientes.

⁹⁷ BRUNNER, y Suddarth. Enfermería médico quirúrgico: 10ª Ed. México; Editorial McGraw-Hill Interamericana, impreso por programas educativos, 2007. p. 290.

⁹⁸ <http://www.monografias.com/trabajos21/principio-beneficencia/principiobeneficencia.shtml#prinjusticia> página consultada el 16-07-2012.

VII. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

EMBARAZO

Cuadro No.1

¿Qué significa para usted el embarazo?

INDICADOR	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
Embarazo	a. Proceso de desarrollo y crecimiento de un nuevo ser.	7	23%
	b. Gestación que transcurre en el óvulo fecundado en el útero.	1	3%
	c. Es el estado de la mujer que va desde la fecundación hasta el parto o nacimiento del bebé (9 meses).	22	74%
	d. No sé.	0	0%
	Total	30	100%

Fuente: Cuestionario a pacientes en su tercer trimestre del embarazo, en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, junio 2013.

El 74% de las embarazos en el tercer trimestre del embarazo que asistieron a control prenatal en la consulta externa de ginecología y obstetricia del Hospital Roosevelt, opina que el embarazo es, el estado de la mujer que va desde la fecundación hasta el parto o nacimiento del bebé (9 meses), el 23% considera que es un proceso de desarrollo y crecimiento de un nuevo ser, y el 3% cree que, es gestación que transcurre en el óvulo fecundado en el útero. "Embarazo es el estado de la mujer que va desde la fecundación hasta el parto o nacimiento del bebé, considerado como el período de desarrollo del huevo en el vientre materno y termina con la expulsión del producto, se sostiene que si el feto es viable estaríamos frente a un parto"⁹⁹.

El embarazo es un período que sucede desde la concepción hasta el nacimiento del niño, tiene una duración que ocurre desde la última menstruación hasta las 40 semanas de gestación, tiempo en el que el feto se desarrolla en el vientre materno. Es preciso fortalecer el conocimiento de las embarazadas sobre el significado del embarazo y así mejorar la salud materna e infantil.

⁹⁹ DOX MELLONI EISNER, Diccionario Médico Ilustrado de Melloni, Editorial Reverté S.A., Barcelona, Bogotá, Buenos Aires, Caracas, México, Río de Janeiro, 1983. p. 167.

Cuadro No. 2

¿Qué cree usted que puede ser una complicación en el tercer trimestre del embarazo?

INDICADOR	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
Embarazo	a. Hemorragia vaginal.	1	3%
	b. Amenaza de parto.	8	27%
	c. Placenta previa y parto prematuro.	0	0%
	d. Todas pueden ser correctas	21	70%
	Total	30	100%

Fuente: Cuestionario a pacientes en su tercer trimestre del embarazo, en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, junio 2013.

El 70% de las gestantes consideran que las posibles complicaciones en el tercer trimestre del embarazo pueden ser: hemorragia vaginal, amenaza de parto, placenta previa y parto prematuro, un 27% cree que sólo la amenaza de parto puede ser una complicación en el embarazo, y el 3% piensan que una complicación es sólo hemorragia vaginal. Las complicaciones que pueden presentarse en el tercer trimestre del embarazo son: "hemorragia vaginal, anemia, amenaza de parto, placenta previa y parto prematuro, preeclampsia, eclampsia, sufrimiento fetal, atonía uterina y desproporción cefalopelvica"¹⁰⁰.

Son múltiples complicaciones que se pueden presentar en el tercer trimestre del embarazo, que ocasionan que el parto sea antes de las 37 semanas de gestación, considerándolo como parto prematuro. Una complicación durante el embarazo es cualquier factor de riesgo que ponga en peligro la vida de la progenitora o el producto. Por lo que es necesario que todas las embarazadas conozcan las complicaciones que pueden existir en el tercer trimestre del embarazo, razón por la cual es importante la educación y orientación, así la madre identificará las complicaciones y buscará ayuda oportuna.

¹⁰⁰ NISWANDER, K.R. Obstetricia clínica práctica. Traductores Diurki. España, Editorial Reverte, S.A., 1997. p. 77.

Cuadro No.3

¿Qué señales de peligro pueden presentarse en el tercer trimestre del embarazo?

INDICADOR	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
Embarazo	a. Visión difícil o borrosa.	3	10%
	b. Hemorragia vaginal, dolor de cabeza, hinchazón de la cara, visión borrosa y dolor abdominal.	20	66%
	c. Sólo dolor abdominal.	5	17%
	d. Ninguna es correcta.	2	7%
	Total	30	100%

Fuente: Cuestionario a pacientes en su tercer trimestre del embarazo, en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, junio 2013.

El 66% de las embarazadas en el tercer trimestre sabe que una señal de peligro durante el embarazo puede ser: hemorragia vaginal, dolor de cabeza, hinchazón de la cara, visión borrosa y dolor abdominal, un 17% considera que una complicación es sólo dolor abdominal, el 10% piensa que sólo visión difícil o borrosa, y el 7% cree que ninguna señal de peligro se presentan durante el embarazo. Las señales de peligro que pueden presentarse durante el embarazo son: "Cefalea intensa o continúa, hinchazón de la cara o dedos de las manos, visión difícil o borrosa, dolor abdominal, vómitos persistentes, escalofríos y fiebres, salida de líquido por la vagina, fatiga aguda persistente"¹⁰¹.

Las señales de peligro durante el embarazo son síntomas que pueden presentarse en cualquier momento de este período, es importante que la embarazada identifique estas señales de peligro, la presencia de los signos y síntomas descritos indican que algo anda mal, razón por cual debe consultar inmediatamente a un servicio de salud. Retrasar la atención puede hacer que la situación se agrave, es importante que el personal de enfermería aborde esta información durante la atención prenatal para disminuir riesgos de futuras complicaciones y mejorar la salud materna.

¹⁰¹ASOCIACIÓN PRO BIENESTAR DE LA FAMILIA, APROFAM. Departamento de Capacitación, "Manual de Educación Sexual". 2ª. Ed. Guatemala 2000. p. 38.

Cuadro No.4

¿Qué debe hacer usted si presenta una señal de peligro durante el embarazo?

INDICADOR	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
Embarazo	a. Acudir con la comadrona.	0	0%
	b. Acudir con la enfermera.	0	0%
	c. Acudir con un curandero.	0	0%
	d. Acudir inmediatamente al hospital.	30	100%
	Total	30	100%

Fuente: Cuestionario a pacientes en su tercer trimestre del embarazo, en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, junio 2013.

El 100% de las gestantes sabe, que al presentar una señal de peligro durante el embarazo debe acudir inmediatamente a un “hospital público de referencia nacional que ofrece atención hospitalaria especializada, servicios médicos gratuitos para atender emergencias, señales de peligro durante el embarazo, y otras subespecialidades las 24 horas del día los 365 días del año”¹⁰².

Es confortante saber que las gestantes en el tercer trimestre del embarazo conocen las acciones que deben seguir inmediatamente si presentan una señal de peligro. Acudir al hospital o a un servicio de salud es la acción correcta que debe tomarse en caso que se presente una señal de peligro, para evitar complicaciones para la madre y el feto o recién nacido, en el trabajo de parto y parto, debido a que las madres saben lo que deben hacer, sólo se necesita hacer un recordatorio sobre el tema durante su atención prenatal para mantener la información educación y comunicación necesaria. El conocimiento que poseen las madres contribuye a mejorar la salud materno e infantil.

¹⁰² <http://www.aquienguate.com/perfil/hospital-roosevelt> página consultada el 30-07-12

Cuadro No.5

¿Qué complicaciones cree usted que puede presentarse, si no consulta por una señal de peligro durante el embarazo, si no ha llegado la hora del nacimiento del bebé?

INDICADOR	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
Embarazo	a. Muerte de la madre.	1	3%
	b. Muerte del bebé.	4	13%
	c. Una enfermedad en el bebé o madre.	2	7%
	d. Todas son correctas.	23	77%
	Total	30	100%

Fuente: Cuestionario a pacientes en su tercer trimestre del embarazo, en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, junio 2013.

El 77% de las madres consideran que si no se consulta por una complicación durante el embarazo puede presentarse, enfermedades o muerte de la madre y el bebé, el 13% sabe que si no consulta por una complicación, puede existir sólo muerte del bebé, el 7% cree que una complicación en el embarazo puede causar la enfermedad en la madre o bebé, y el 3% opina que puede presentarse sólo la muerte de la madre. "Un factor de riesgo para el feto o la madre puede llevarlos a la muerte o dejar secuelas, por lo que una señal de peligro debe ser consultado inmediatamente"¹⁰³.

La muerte materno infantil es una complicación que puede presentarse durante el embarazo, trabajo de parto, parto o puerperio provocado por diferentes factores, síntomas y complicaciones que pueden interferir en el desarrollo del embarazo, provocando situaciones de alto riesgo por la falta de acciones para atender una complicación, por lo que enfermería es la encargada de brindar educación adecuada y continua para evitar o reducir la mortalidad materno infantil en Guatemala.

¹⁰³ CABERO, L., SALDIVAR, D. Obstetricia y Medicina Materno- fetal. Roberto. España, Alcocer Editorial Médica panamericana S.A. 2010. p.421.

Cuadro No.6
ATENCIÓN PRENATAL

¿Qué es el control prenatal para usted?

INDICADOR	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
Atención prenatal.	a. Atención personalizada de cuidados y acciones que debe brindársele a la mujer durante su período de gestación.	19	63%
	b. Asistir a cita con el doctor para que lo examine.	5	17%
	c. Vigilancia del embarazo.	6	20%
	d. No sé.	0	0%
	Total	30	100%

Fuente: Cuestionario a pacientes en su tercer trimestre del embarazo, en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, junio 2013.

El 63% de embarazadas sabe que el control prenatal es atención personalizada de cuidados y acciones que debe brindársele a la mujer durante el período de gestación, el 20% considera que es vigilancia del mismo, y el 17% creen que es la asistencia a cita con el doctor para que la examine. Todas las madres tienen diferentes conceptos sobre el control prenatal. Pérez Pablo, Carmelina define, “Atención prenatal es la atención personalizada de cuidados y acciones que debe brindársele a la mujer durante su período de gestación”¹⁰⁴.

Es necesario promover a la embarazada un control prenatal temprano para que pueda identificar oportunamente los factores de riesgo, signos y síntomas de señales de peligro y buscar atención oportuna si fuera necesario. Enfermería juega un papel primordial para que la atención hacia la embarazada sea personalizada y que todos los cuidados sean de calidad, calidez con eficacia y eficiencia. El control prenatal es una acción que debe seguir la embarazada para proteger su vida y la vida de su hijo. De esta manera sentirá confianza de asistir a todas sus citas de control prenatal.

¹⁰⁴ PÉREZ PABLO, Carmelina. (Tesis de Licenciatura) Satisfacción de la usuaria en la atención de enfermería en la clínica de preconsulta prenatal del centro de atención Materno Infantil de Cuilco, Huehuetenango. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. 2011. p. 13.

Cuadro No.7

¿Conoce usted qué son las cuatro demoras?

INDICADOR	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
Atención prenatal.	a. Son los retrasos en la atención de la mujer embarazada.	4	13%
	b. Es la atención de la mujer embarazada.	0	0%
	c. Es la atención del recién nacido.	0	0%
	d. No sé.	26	87%
	Total	30	100%

Fuente: Cuestionario a pacientes en su tercer trimestre del embarazo, en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, junio 2013.

El 87% de las embarazadas en su tercer trimestre, indican que no tienen información sobre las cuatro demoras, el 13% expresa que las cuatro demoras son los retrasos en la atención de la embarazada. Las cuatro demoras son; “los retrasos en la búsqueda de ayuda que se tiene en la atención de la embarazada, las cuales deben responder a las siguientes: Reconocimiento de las señales de peligro, apoyar la toma de decisión para la búsqueda de ayuda, visualización de un acceso a una atención oportuna y recibir atención oportuna y de calidad”¹⁰⁵.

Las cuatro demoras son acciones que debe seguir la embarazada para mantener la salud materno infantil, reducir la morbilidad y mortalidad guatemalteca, la falta de información permite que la madre no busque la atención necesaria en el momento adecuado, lo que provoca complicaciones de alto riesgo. Si la madre posee conocimiento sobre las cuatro demoras, asumirá la responsabilidad de su propia salud y la de su hijo, buscará una atención pronta y de calidad. La falta de toma de decisión puede ser por diversos factores, no importa cuál sea, es necesario tomar la decisión para buscar ayuda, incentivar y apoyar a la mujer para que pueda tomar la decisión oportuna, tener en cuenta el servicio de salud que acudirá. Enfermería es la responsable de promover y garantizar un servicio de calidad para quien busque la atención.

¹⁰⁵ ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS. *Ternario Modelo del Auto Cuidado*: Guatemala, 2010. p.410. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Promoción LXXX. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Cuadro No.8

¿Para usted qué es un plan de emergencia durante el embarazo?

INDICADOR	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
Atención prenatal	a. Son acciones que se debe seguir después del embarazo.	4	13%
	b. Son acciones que se debe seguir a la hora de una emergencia durante el embarazo	17	57%
	c. Son acciones que se debe tomar en cuenta antes del embarazo.	8	27%
	d. Ninguna es correcta	1	3%
	Total	30	100%

Fuente: Cuestionario a pacientes en su tercer trimestre del embarazo, en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, junio 2013.

El 57% de las gestantes considera que un plan de emergencia, son acciones que se debe seguir a la hora de una emergencia durante el embarazo, un 27% cree son acciones que se debe tener antes del embarazo, el 13% sabe que son acciones que se tiene que seguir después del embarazo, y el 3% opina que las respuestas sobre lo qué es el plan de emergencia no son correctas.

“El plan de emergencia minimizará la ansiedad de la gestante el cual favorece a su comodidad en el día del parto, por lo que es de suma importancia orientar a la gestante en la creación del mismo”¹⁰⁶. El plan de emergencia durante el embarazo es un instrumento útil y práctico de utilizar, permite identificar y reducir riesgos que se generan en la gestante y la familia, contiene recomendaciones necesarias para actuar apropiadamente en caso de presentarse una emergencia, el plan debe ser creado por los miembros de la familia con ayuda del personal de enfermería y debe contener la siguiente información que responda al trabajo de parto y parto: “a donde ir (hospital), cómo ir (tipo de transporte), cuánto dinero tengo (efectivo), quién me acompañará (familia), quién cuida mi casa e hijos (familia, vecinos) qué documentos debo llevar (cédula o certificado de nacimiento), qué ropa debo llevar (ropa para el bebé), quién será responsable de mí (esposo o familia)”¹⁰⁷.

¹⁰⁶ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Programa de salud reproductiva. Plan de emergencia con mi familia. 2000. Guatemala. p. 1.

¹⁰⁷ Ibid. p.1.

Cuadro No.9

TRABAJO DE PARTO

¿Sabe usted qué es el trabajo de parto?

INDICADOR	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
Trabajo de parto.	a. Son dolores que se presenta en el embarazo y se calma con medicamentos.	1	3%
	b. Son contracciones uterinas que producen dolor, borramiento y dilatación demostrables en el cuello uterino.	26	87%
	c. Son dolores que se presenta en el embarazo y se calma con reposo.	1	3%
	d. No sé.	2	7%
	Total	30	100%

Fuente: Cuestionario a pacientes en su tercer trimestre del embarazo, en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, junio 2013.

El 87% de las embarazadas en su tercer trimestre opina que el trabajo de parto son contracciones uterinas que producen dolor borramiento y dilatación demostrables en el cuello uterino, el 7% responde que no sabe que es el trabajo de parto, un 3% considera que son dolores que se presentan en el embarazo y que se calman con reposo, y otro 3% responde que son dolores que se presenta en el embarazo y se calma con medicamentos. "El trabajo de parto se refiere a una serie de procesos mediante los cuales los productos de la concepción son expulsados. En otros términos son: nacimiento, expulsión, extracción"¹⁰⁸. Durante el mismo se producen "contracciones uterinas que producen dolor borramiento y dilatación demostrables en el cuello uterino"¹⁰⁹.

El trabajo de parto es un proceso natural que inicia con la presencia de dolores, llamadas contracciones uterinas que empieza de la cintura hacia el vientre de la madre, que no se calman con medicamentos ni con reposo, tiene como objetivo ampliar el paso para el nacimiento del bebé. Enfermería debe tomar acciones necesarias para informar a todas las embarazadas sobre el trabajo de parto.

¹⁰⁸ JOHN, Williams. Obstetricia, Atención de parto y parto normales. Cap. 17. Ed. Barcelona, 22ª. Ed. Madrid. 1994. p. 420.
¹⁰⁹ Ibid. p 420.

Cuadro No.10

¿Cuántos centímetros de dilatación debe tener en el trabajo de parto la embarazada para ser recibida en un hospital?

INDICADOR	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
Trabajo de parto.	a. De 2 a 3 centímetros de dilatación.	3	10%
	b. De 4 a 10 centímetros de dilatación o si ya se rompió la fuente.	16	54%
	c. De 5 a 10 centímetros de dilatación.	10	33%
	d. No sé.	1	3%
	Total	30	100%

Fuente: Cuestionario a pacientes en su tercer trimestre del embarazo, en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, junio 2013.

El 54% de las embarazadas en el tercer trimestre sabe que una mujer con trabajo de parto ingresa a un hospital, cuando presenta de 4 a 10 cm de dilatación o si ya se rompió la fuente, un 33% conoce que pueden ser recibidas en un servicio de salud cuando tengan 5 a 10 cm de dilatación, el 10% considera que debe ingresar a un hospital cuando tenga 2 a 3 cm de dilatación, y el 3% no sabe el momento preciso que debe buscar un servicio de salud en el trabajo de parto. La fase activa es "Cuando existan contracciones dolorosas que duren más de 40 segundos y se repitan regularmente a un intervalo de 3 contracciones en 10 minutos, cuando exista ruptura de la bolsa de las aguas, caracterizada por la expulsión de un líquido transparente, salida de la vagina del llamado tapón mucoso cervical, de aspecto sanguinolento, presencia de 4 a 10 cm de dilatación. En esta fase es donde la madre puede ser ingresada a un servicio de salud para su atención necesaria"¹¹⁰.

El momento oportuno durante el trabajo de parto para ingresar a un hospital es, cuando existan contracciones dolorosas y sucedan a un intervalo de 3 contracciones en 10 minutos, tenga 4 a 10 cm de dilatación o rompa membranas. Enfermería está encargada de brindar información clara y concisa, sobre el momento adecuado para buscar atención oportuna y evitar complicaciones en el binomio, no sólo en el trabajo de parto y parto, sino el hasta el puerperio.

¹¹⁰ LLUSÍA BOTELLA, José y CLAVERO NÚÑEZ, José. Tratado de ginecología, fisiología, Obstetricia, Perinatología, Ginecología y reproducción. 14ª. Ed. Traducción Juan Bravo. Madrid, Días Santos S.A. 1993, p. 240.

Cuadro No.11

¿Sabe usted para qué sirven las contracciones durante el trabajo de parto?

INDICADOR	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
Trabajo de parto.	a. Para dilatar el cérvix.	0	0%
	b. Para empujar el feto hacia el canal vaginal.	11	37%
	c. A y B son correctas.	17	56%
	d. No sé	2	7%
	Total	30	100%

Fuente: Cuestionario a pacientes en su tercer trimestre del embarazo, en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, junio 2013.

El 56% de las embarazadas considera que las contracciones durante el trabajo de parto sirven para dilatar el cérvix y para empujar el feto hacia el canal vaginal, un 37% piensa que las contracciones sólo sirve para empujar el feto hacia el canal vaginal, y el 7% indica que no sabe para qué sirven las contracciones durante el trabajo de parto. "Las contracciones uterinas tienen dos funciones: dilatar el cérvix y empujar el feto hacia el canal del parto, el feto no es un sujeto pasivo durante el trabajo de parto, las contracciones tiene tres variables: la actividad uterina, el pasajero y el pasaje"¹¹¹.

Las contracciones uterinas sirven para ampliar el canal vaginal y acortar el cuello del útero, abriendo camino y dando paso para el nacimiento del bebé, la madre debe saber que en cada contracción aumenta la fuerza dentro del útero, lo que provoca que el feto se vea empujado hacia la vagina. Enfermería juega un papel importante para que la embarazada conozca las funciones de las contracciones verdaderas y diferenciar el falso trabajo de parto. Toda información sobre las contracciones es esencial en el tercer trimestre, para contribuir en la tranquilidad de la madre y que cuando llegue el momento de este proceso conozca a qué se enfrenta y así evitar el temor a lo desconocido, misma que puede ayudar para que el trabajo de parto no sea tan traumático.

¹¹¹ CABERO, L. y ROURA, D. Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. 1ª. Ed. 2007. 1ª. Reimpresión. 2010. Traducción Alberto Alcocer. España, Editorial Médica Panamericana S.A. 2010. p. 447.

Cuadro No.12

¿Cómo y dónde se sienten las contracciones?

INDICADOR	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
Trabajo de parto.	a. Son dolores que la madre experimenta durante el trabajo de parto, que inicia de la cintura hacia el vientre y endurecimiento del estómago.	25	83%
	b. Es un dolor de estómago y diarrea.	0	0%
	c. Es un dolor de estómago y de cabeza.	0	0%
	d. Es un dolor que dan ganas de ir al baño.	5	17%
	Total	30	100%

Fuente: Cuestionario a pacientes en su tercer trimestre del embarazo, en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, junio 2013.

El 83% de las embarazadas conoce que las contracciones, son dolores que la madre experimenta durante el trabajo de parto que inicia de la cintura hacia el vientre y endurecimiento del estómago, y el 17% respondió que las contracciones, son dolores que dan ganas de ir al baño, "Las contracciones son los dolores que la madre experimenta durante el trabajo de parto y parto, que inicia de la cintura hacia la región suprapúbica y endurecimiento del abdomen que no seden con analgésico, ni con reposo sino más bien van aumentando de frecuencia"¹¹².

Las contracciones uterinas son dolores que la madre siente cuando ya se ha iniciado el trabajo de parto, no se calman con medicamentos ni con descanso, cada momento que transcurre son más fuertes y finalizan hasta después del nacimiento del bebé y alumbramiento de la placenta. Es satisfactorio saber que las embarazadas conocen con exactitud donde se sienten las contracciones, pero para el grupo que desconocen el tema, es necesaria la aportación de información, y educación esencial para prevenir complicaciones en el binomio.

¹¹² Atención especializada y urgencias, Manual para el diplomado en enfermería. Modulo III. Editorial MAD, L.S. España, 2003.p. 55.

Cuadro No.14

¿En qué momento cree usted que es correcto que se rompa la fuente?

INDICADOR	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
Trabajo de parto.	a. Antes de que comience el trabajo de parto.	10	33%
	b. Cuando comienza en trabajo de parto.	1	3%
	c. Cuando la gestante presente 4 a 10 centímetros de dilatación.	12	40%
	d. No sé	7	24%
	Total	30	100%

Fuente: Cuestionario a pacientes en su tercer trimestre del embarazo, en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, junio 2013.

El 40% de las embarazadas en el tercer trimestre sabe que las membranas deben romperse cuando hay de 4 a 10 centímetros de dilatación, un 33% consideran que antes de que comience el trabajo de parto, el 24% no sabe en qué momento debe romperse la fuente, y el 3% responde que el momento ideal para que se rompan las membranas es cuando inicia el trabajo de parto, "El momento correcto para que se rompan las membranas es cuando la madre presenta de 4-10 cm de dilatación, pueden ser espontáneas o realizada por el médico a través de un gancho de plástico afín, de acelerar el proceso del parto"¹¹⁴.

El líquido amniótico es la protección natural del bebé contra los microorganismos externos, cuando llega el momento del parto, el feto presiona la pelvis y la bolsa de las aguas llamada membranas se rompe, provocando el derrame del líquido amniótico, al romperse las membranas es necesario que nazca el bebé, la ruptura de las membranas debe ocurrir cuando ya se inicio el trabajo de parto y la madre presente de 4-10 cm de dilatación, puede ser espontáneas o en un servicio de salud por personal capacitado. Enfermería es el ente responsable para educar y orientar a la embarazada sobre el momento preciso que debe romperse las membranas para favorecer la colaboración durante el trabajo de parto.

¹¹⁴ ESTONE, Joanne y ADDLEMAN, Keith. Embarazos para dummies. 2ª. Ed. Traducción Ribert St. Canadá, Wiley Publigh. 2007. p. 179.

Cuadro No.13

¿Cómo debe actuar la madre durante las contracciones?

INDICADOR	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
Trabajo de parto.	a. Tratar de tranquilizarse y relajarse.	1	3%
	b. Respirar profundo por la nariz y sacar el aire por la boca.	7	23%
	c. A y B son correctas.	22	74%
	d. Gritar que me duele mucho.	0	0%
	Total	30	100%

Fuente: Cuestionario a pacientes en su tercer trimestre del embarazo, en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, junio 2013.

El 74% de las embarazadas sabe que durante las contracciones es necesario tranquilizarse, relajarse, respirar profundo por la nariz y sacar el aire por la boca, el 23% creen que durante las contracciones sólo debe, respirar profundo inhalar el aire por la nariz y exhalar el aire por la boca, y el 3% considera que únicamente debe tranquilizarse y relajarse. "Las técnicas de respiración lenta y profunda ayudan a relajarse y aliviar el dolor de las contracciones durante el trabajo de parto y parto, respirar correctamente también beneficia al bebé, puesto que aumenta el aporte de oxígeno durante las contracciones, la forma correcta de respiración es inhalar el aire por la nariz y exhalarlo por la boca"¹¹³.

Las respiración adecuada durante el trabajo de parto y parto, beneficia a la madre y al bebé debido a que ayuda acelerar el parto, y mantiene el aporte adecuado de oxígeno en el torrente sanguíneo de la madre y el feto, esta información es necesaria de conocer y practicarla en el tercer trimestre del embarazo, ya que durante el trabajo de parto, realizar la respiración adecuadamente es importante, la práctica de la misma, contribuirá para que en el proceso del parto la madre este adaptada para efectuarla correctamente, así impedirá la prolongación del trabajo de parto y evitará complicaciones no deseadas.

¹¹³ <http://www.planetamama.com.ar/nota/%C3%A9cnicas-de-respiraci%C3%B3n-para-el-parto?page=full> página consultada en 17-07-12.

Cuadro No.15

PARTO

¿Qué es el parto para usted?

INDICADOR	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
Parto.	a. Es la salida del niño del vientre de la madre por la vagina.	23	77%
	b. Son los dolores que la madre siente antes que el niño nazca.	5	17%
	c. Son los dolores que la madre siente después que el niño nazca.	1	3%
	d. No sé.	1	3%
	Total	30	100%

Fuente: Cuestionario a pacientes en su tercer trimestre del embarazo, en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, junio 2013.

El 77% de las gestantes en el tercer trimestre del embarazo sabe que el parto es la salida del niño del vientre de la madre por la vagina, el 17% considera que el parto son los dolores que la madre presenta antes de que nazca el niño, un 3% opina que son dolores que la madre siente después de que nazca el niño, y el otro 3% responde que no sabe que es el parto. "El Parto eutócico es la salida del bebé de la cavidad uterina al exterior a través de la vagina, sale primero la cabeza y luego el cuerpo rota, para que posteriormente salga primero un hombro y luego el otro lo que permite que el cuerpo del bebé salga sin dificultad"¹¹⁵.

El parto eutócico simple es un proceso natural donde se da por finalizado el embarazo y ha llegado el momento del nacimiento del bebé, saliendo del vientre materno. Luego de ocurrir tres períodos: período de dilatación, expulsión y alumbramiento, este proceso abarca varias horas. Es necesario que la madre posea conocimientos sobre el parto y que cada establecimiento de salud que brinda el programa materno infantil, dentro de la atención prenatal coordine y programe actividades necesarias para informar a la población sobre el proceso del parto, para evitar complicaciones en la madre, el feto o recién nacido.

¹¹⁵ RISE, F. Philip. Desarrollo humano, estudio del ciclo vital. 2ª. Ed. Traducción Pearson Educación. México. 1997. p. 103 ISBN 968-880-808-3.

Cuadro No.16

¿En qué posición debe colocarse la embarazada en el momento del parto?

INDICADOR	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
Parto.	a. De lado derecho o izquierdo.	0	0%
	b. Acostada boca arriba y piernas abiertas.	29	97%
	c. Sentada.	1	3%
	d. Hincada.	0	0%
	Total	30	100%

Fuente: Cuestionario a pacientes en su tercer trimestre del embarazo, en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, junio 2013.

El 97% de las embarazadas en el tercer trimestre del embarazo sabe que la posición correcta que debe adoptar durante el parto es acostada boca arriba y piernas abiertas, y el 3% considera que durante el parto debe colocarse sentada. "Para el momento del parto la madre debe colocarse en la posición más cómoda para ella, de rodillas (en cuclillas), semi-sentada, en posición de litotomía, lo más vertical posible lo cual puede ayudar a prevenir un desgarro"¹¹⁶.

Según la teoría, durante el parto la madre puede colocarse en la posición más cómoda para ella, sin embargo en un Hospital público, privado, Maternidades cantonales, CAP (Centro de Atención Permanente) y otros servicio de salud, la práctica más recomendada por el personal de salud para que la madre de a luz es, en posición de litotomía para impedir que la madre sufra rasgadura del periné y evitar incomodidad para la misma. Toda información que se le brinde a la embarazada es esencial para el momento en que se presente el parto, conozca que posición debe colocarse. Seguir correctamente las indicaciones del personal de salud, evita complicaciones materno neonatales y favorece el trabajo de parto.

¹¹⁶CARAVACA CABALLERO, Ana. Técnico en Emergencias Sanitarias, Atención Sanitaria. Miguel Ruiz Madruga. España. Editorial ARÁN, S.L. 2009. p. 179.

Cuadro No.17

¿En qué momento debe dejar de pujar la madre durante el parto?

INDICADOR	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
Parto.	a. Cuando sale la cabeza, descansar y luego pujar para que salga el cuerpo del bebé.	9	30%
	b. Cuando sale la cabeza hasta que termine de salir el cuerpo.	18	60%
	c. Cuando no ha salido el niño.	0	0%
	d. No sé.	3	10%
	Total	30	100%

Fuente: Cuestionario a pacientes en su tercer trimestre del embarazo, en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, junio 2013.

El 60% de las embarazadas saben que durante el parto la madre debe de pujar cuando sale la cabeza del bebé hasta que termine de salir el cuerpo, un 30% considera que debe dejar de pujar cuando sale la cabeza del niño descansar, luego continuar pujando para que salga el cuerpo del bebé, y el 10% responde que no sabe el momento que debe dejar de pujar durante el parto. "Indicar a la madre que deje de hacer fuerza cuando termine la contracción, se relaje y descansa, cuando la cabeza sale, el trabajador de salud debe verificar que no exista circular al cuello, para ello la madre debe descansar cuando salga la cabeza y luego continuar pujando para que salga el cuerpo del bebé"¹¹⁷.

La embarazada necesita conocer el momento preciso para pujar y dejar de pujar durante el parto, cuando el feto desciende al canal vaginal y existe contracción, la madre debe de pujar como si tuviera ganas de defecar para que salga la cabeza, cuando pase la contracción descansar, respirar profundo para que el personal de salud revise que no esté el cordón enrollado al cuello y en la otra contracción volver a pujar para que salga el cuerpo. Enfermería es el responsable de preparar a la madre con dicha información, para que en el momento que se dé el proceso del parto, se pueda evitar el temor a lo desconocido.

¹¹⁷ BARREYRO, Claudia. Señales de vida. Actividad física en embarazo y parto. Editorial Ivana Tosti. Argentina. 2003. p.90.

Cuadro No.18

¿En qué ayuda la respiración profunda y lenta durante el trabajo de parto?

INDICADOR	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
Parto.	a. Relajan el cuerpo.	3	10%
	b. Alivian en parte el dolor.	3	10%
	c. Aumenta el aporte de oxígeno al bebé.	6	20%
	d. Todas son correctas.	18	60%
	Total	30	100%

Fuente: Cuestionario a pacientes en su tercer trimestre del embarazo, en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, junio 2013.

El 60% de la embarazadas considera que la respiración profunda y lenta durante el trabajo de parto ayuda a relajar el cuerpo, alivia en parte el dolor y aumenta el aporte de oxígeno al bebé, el 20% opina que sólo aumenta el aporte de oxígeno al bebé, un 10% cree que las respiraciones profundas y lentas relajan el cuerpo, y el otro 10% responde que alivian en parte el dolor. “Las técnicas de respiración permiten la relajación y disminuyen en parte del dolor y aumenta el aporte de oxígeno al bebé, al mismo tiempo permite que el útero se dilate, cualquiera que sea la técnica de respiración que se utilice, hay que tener presente que al comenzar y al terminar una contracción, debe realizar una inspiración profunda, inhalando el aire por la nariz y exhalándolo por la boca”¹¹⁸.

Durante el embarazo, es indispensable que la madre practique correctamente la respiración adecuada y que conozca que durante el trabajo de parto y parto respirar apropiadamente le ayuda a relajar el cuerpo, alivia el dolor y mantiene el aporte de oxígeno al bebé, para que en el momento del parto la madre respire adecuadamente, durante las contracciones la madre no está en condiciones de seguir instrucciones por lo que se dificulta aún más el parto. Enfermería debe brindar educación y orientación a la madre sobre las técnicas de la respiración adecuada, para prevenir complicaciones posteriores.

¹¹⁸ REPETTI, Cecilia. El libro del embarazo, todas tus preguntas junto a respuesta de los especialistas. Argentina. Editorial Albatros. 2007. p. 79.

Cuadro No.19

¿A qué se le llama alumbramiento?

INDICADOR	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
Parto.	a. A la expulsión de la placenta y membranas ovulares.	5	17%
	b. Al nacimiento del niño.	25	87%
	c. Cuando la madre sale de sala de partos.	0	0%
	d. A la salida de hemorragia de la mujer después del nacimiento del bebé.	0	0%
	Total		30

Fuente: Cuestionario a pacientes en su tercer trimestre del embarazo, en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, junio 2013.

El 87% de las embarazadas en su tercer trimestre del embarazo cree que se le llama alumbramiento al nacimiento del niño, y el 17% conoce que se le llama alumbramiento a la expulsión de la placenta y membranas ovulares. "El tercer período del trabajo de parto o alumbramiento: comprende desde el nacimiento del bebé hasta la expulsión de la placenta y membranas ovulares) en general sucede de 3 a 5 minutos después de la expulsión fetal"¹¹⁹.

El período del alumbramiento se inicia al finalizar el nacimiento del bebé y termina con la salida de la placenta y las membranas ovulares, este proceso es acompañado de hemorragia, en el transcurso del alumbramiento la madre debe continuar pujando moderadamente para que finalice por completo el proceso del parto. La orientación que la madre reciba, previa a la llegada del proceso de parto, sobre el alumbramiento es indispensable para que pueda enfrentar la situación de forma natural, y si el parto se da fuera del servicio de salud y se presenta una complicación no deseada, ella puede buscar ayuda en el lugar indicado y en el momento oportuno.

¹¹⁹ Auxiliares de enfermería del consorcio sanitario de Tenerife. España. Editorial Mad, S.L. Temario volumen 2. 2004. p. 158. ISBN 84-665-3184.

Cuadro No.20

¿Cuánto tiempo se debe esperar para que nazca la placenta?

INDICADOR	RESPUESTAS	FRECUENCIA	%
Parto.	a. De 1 a 30 minutos	23	77 %
	b. Más de 30 minutos	4	13 %
	c. Más de una hora	2	7 %
	d. De 10 a 40 minutos	1	3%
	Total	30	100%

Fuente: Cuestionario a pacientes en su tercer trimestre del embarazo, en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, junio 2013.

El 77% de las embarazadas en el tercer trimestre del embarazo sabe que el tiempo adecuado para el alumbramiento o expulsión de la placenta es de 1 a 30 minutos, el 13% indicó que debe esperarse más de 30 minutos, el 7% cree que hay que esperar más de 1 hora para que la placenta alumbre, y el 3% opina que hay que esperar de 10 a 40 minutos. “El período de alumbramiento comienza una vez ya nació el niño y termina con la expulsión de la placenta, la cual debe acontecer en un tiempo no mayor de 1 a 30 minutos”¹²⁰.

La placenta es un órgano que contribuye a nutrir y proteger al bebé durante el embarazo, pero cuando ya ha nacido el bebé es necesario que está sea expulsada, de forma natural y completa, esta no debe ser expulsada manualmente o incompleta. Es importante que la embarazada identifique el tiempo adecuado para el alumbramiento de la placenta, contribuyendo con pujar cuando se le indique. La información que la madre necesita saber sólo la puede adquirir a través de la educación que le brinde el personal en salud durante las citas a control prenatal.

¹²⁰ PÉREZ, Salvador y CAMPUZANO, Carolina. Manual de técnicos de transporte sanitario. 3ª. Ed. Editorial Aran S.L. Madrid. 2009. P. 353.

VIII. CONCLUSIONES

En base a los datos recolectados y análisis realizado se llega a las siguientes conclusiones.

1. Los conocimientos que poseen las embarazadas en su tercer trimestre sobre el embarazo son: El 74% saben que un embarazo es, el estado de la mujer que va desde la fecundación hasta el parto o nacimiento del bebé, un 70% opina que una complicación en el tercer trimestre del embarazo puede ser: hemorragia vaginal, amenaza de parto, placenta previa y parto prematuro, pero sólo el 66% considera que la hemorragia vaginal, dolor de cabeza, hinchazón de la cara, visión borrosa y dolor abdominal son señales de peligro durante el embarazo, es confortante saber que el 100% conoce que si presenta una señal de peligro durante el embarazo debe acudir inmediatamente a un hospital, y el 77% de las madres cree que si no se consulta por una señal de peligro durante el embarazo, puede presentar enfermedad o muerte de la madre y el bebé. Por lo que se concluye que se necesita ampliar y reforzar los conocimientos de la gestante para que adquiriera 100% de información.
2. En cuanto a la atención prenatal el 63% de las madres en su tercer trimestre del embarazo conoce que, es atención personalizada de cuidados y acciones que debe brindársele a la mujer durante su período de gestación, pero es alarmante saber que el 87% no sabe, que las cuatro demoras son; los retrasos en la atención de la mujer embarazada, y sólo el 57% considera que un plan de emergencia familiar; son acciones que se deben seguir a la hora de una emergencia durante el embarazo. Aunque el porcentaje es elevado aún no se cuenta con la información necesaria para tomar las medidas de prevención y evitar futuras complicaciones en la madre y el recién nacido.

3. El 87% de las embarazadas opina que el trabajo de parto; son contracciones uterinas que producen dolor borramiento y dilatación demostrables en el cuello uterino, pero sólo el 54% sabe que una mujer con trabajo de parto ingresa a un hospital cuando presenta de 4 a 10 cm de dilatación o si ya rompió membranas, sin embargo también sólo el 56% conoce que las contracciones uterinas durante el trabajo de parto sirven para dilatar el cérvix y empujar el feto hacia el canal vaginal, el 83% identifica que las contracciones son; dolores que la madre experimenta durante el trabajo de parto que inicia de la cintura hacia el vientre y endurecimiento del estómago, el 74% considera que la madre durante las contracciones debe respirar correctamente, inhalar el aire por la nariz y exhalarlo por la boca de esta manera tranquiliza y relaja el cuerpo, es alarmante saber que sólo el 40% respondieron que el momento correcto para que se rompa la fuente es cuando la gestante presente de 4 a 10 cm de dilatación. Lo que demuestra que existe déficit en la información que se le brinda a la embarazada durante su control prenatal sobre el trabajo de parto.

4. El 77% de las embarazadas saben que el parto es, la salida del niño del vientre de la madre por la vagina, el 97% considera que en el momento del parto la madre debe colocarse acostada boca arriba y con las piernas abiertas, pero sólo el 30% conoce que durante el parto debe dejar de pujar cuando sale la cabeza, descansar y luego continuar pujando para que salga el cuerpo de bebé, en cuanto a la respiración adecuada durante el parto el 60% opina que las respiración profunda y lenta relaja el cuerpo, alivia el dolor y aumenta el aporte de oxígeno al bebé, pero sólo el 17% cree que alumbramiento se le llama a la expulsión de la placenta y las membranas ovulares, y el 77% sabe que el alumbramiento de la placenta debe ocurrir en un tiempo no mayor de 1 a 30 minutos. Lo que da la pauta que se necesita brindar más información, sobre el parto y los sus subtemas más relevantes.

IX. RECOMENDACIONES

1. Socializar hallazgos de investigación con autoridades respectivas.
2. Se sugiere a las autoridades correspondientes la implementación y desarrollo de un programa de educación permanente dirigido a las embarazadas, abordando actividades de enseñanza sobre complicaciones que pueden presentarse durante el embarazo y señales de peligro.
3. Se propone a las autoridades de la institución, delegar personal para monitorizar el cumplimiento del protocolo de las Normas de Atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, específicamente en relación a la atención prenatal que se le debe brindar a la embarazada, el plan de emergencia familiar con que debe contar la gestante durante el período de gestación, las cuatro demoras y acciones responden a las mismas.
4. Se recomienda implementar un programa educativo, dirigido al personal de enfermería con información y educación relacionada al trabajo de parto y parto, con el objetivo que las mismas puedan educar, orientar, ampliar y reforzar los conocimientos de la gestante.
5. Se propone al comité de educación de la institución elaborar trifoliales que puedan dar información y educación relacionada al momento que la madre debe pujar y dejar de pujar durante el parto, respiración correcta, alumbramiento y el tiempo que debe esperarse para que alumbré la placenta y este sea proporcionado a la madre durante su control prenatal.

BIBLIOGRAFÍAS

1. AGÜERO, Gustavo, URTUBEY, Luis y VERA, Daniel. Conceptos, creencias y racionalidad. Edición literaria a cargo de AGÜERO, Gustavo, URTUBEY, Luis y Vera, Daniel. Argentina, Editorial Brujas. 2008. p. 419.
2. ALBERT E. Reece, HOBBS, John. Obstetricia Clínica; Trabajo de Parto Prematuro. 3ª. Ed. Traducido por Karina Tzal. Argentina, Editorial Médica Panamericana. S.A. 2007. p. 1089.
3. ALFARO GINER, Carmen y BLASCO Ángel Aleixandre. Espacios de Infertilidad y Agamia en la Antigüedad. s.l. Valencia: Imprenta Lluís Palacios, Sueca. Universitat de Valencia, Serveit de Publicaciones. 2007. v. 5, p. 139.
4. ASOCIACIÓN PRO BIENESTAR DE LA FAMILIA, APROFAM. Departamento de Capacitación, "Manual de Educación Sexual". 2ª. Ed. Guatemala 2000. p. 38.
5. ASTRONG, Foley Cuidados intensivos en obstetricia. s.l. Martin Iley Assoff. Argentina, Editorial Médica Panamericana S.A. 2000. p. 33.
6. Atención especializada y urgencias, Manual para el diplomado en enfermería. Modulo III. Editorrial MAD, L.S. España, 2003.p. 55.
7. Auxiliares de enfermería del consorcio sanitario de Tenerife. España. Editorial Mad, S.L. Temario volumen 2. 2004. p. 158. ISBN 84-665-3184.
8. AZNAR, Mónica. Teoría Genética de los Procesos de Construcción del Conocimiento en el aula, 2000. p. 250.
9. BARREYRO, Claudia. Señales de vida. Actividad física en embarazo y parto. Editorial Ivana Tosti. Argentina. 2003. p. 90.
10. BARRIOS, Mónica y CRASBOR, Carla. (Tesis de Licenciatura en Psicología) Factores Emocionales que Afectan a la Primigesta Menor de 18 años del Área Urbana de Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Ciencias Psicológicas. Centro Universitario Metropolitano-CUM- Octubre 2009 p. 29.
11. BLEICHMAR, Juan Carlos. Guía práctica para la mujer embarazada. Ojos de papel ediciones, S.L. Argentina, grafos, D.E.L. S.R.L. 2003. p. 26.
12. BOTELLA LLUCIA, José. Tratado de Ginecología. 14ª. Ed. Días Santos, S.A. Madrid. Fareso, S.A. 1993. p. 370.

13. BRUNNER, y Suddarth. Enfermería médico quirúrgico: 10ª Ed. México; Editorial McGraw-Hill Interamericana, impreso por programas educativos, 2007. p. 290.
14. BURN, Nancy y GROVE, Susan. Investigación en Enfermería. 3ª. Ed. EDIDE, S.L. Elsevier España. S.A. Madrid, Barcelona. GRAFOS S.A, Arte sobre el papel. 2004. p. 15.
15. CABERO, L. y ROURA, D. Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. 1ª. Ed. 2007. 1ª. Reimpresión. 2010. Traducción Alberto Alcocer. España, Editorial Médica Panamericana S.A. 2010. p. 447.
16. CABERO SALDIVAR, D. Obstetricia y Medicina Materno- fetal. Roberto. España, Alcocer Editorial Médica panamericana S.A. 2010. p.421.
17. CABRERA ROURA, Luis. Obstetricia y medicina materno fetal: Asistencia del Parto Normal. Buenos Aires, Madrid. Editorial médica panamericana. 2007. p. 447. ISBN 078-84-9835-041-8.
18. CARAVACA CABALLERO, Ana. Técnico en Emergencias Sanitarias, Atención Sanitaria. Miguel Ruiz Madruga. España. Editorial ARÁN, S.L. 2009. p. 179.
19. CASTAÑEDA JIMÉNEZ, Juan. Aprendizaje y desarrollo. s.l. Claudette Conde Escudero. México. Editorial Umbral. 2007. p. 10.
20. CONTRERAS GARCÍA, Lesvia. (Tesis de Licenciatura) Conocimientos que poseen las mujeres embarazadas que asisten a la clínica de control prenatal del centro de salud de Amatitlán sobre el trabajo de parto y parto. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. 2011. p.5
21. CSINKOTA, Michael R. y RONKAINEN, Ilkka A. Marketing Internacional. 8ª. Ed. Thomsón Shout. México, Cengage, Learning S.A. p. 69.
22. Diccionario Terminológico de ciencias médicas, 12ª. Ed. Salvat Editores S.A., Barcelona, Bogotá, Buenos Aires, Caracas, México, Quito Rio de Janeiro, San Juan de Puerto Rico, Santiago de Chile, 1984. p. 353.
23. DOX MELLONI EISNER, Diccionario Médico Ilustrado de Melloni, Editorial Reverté S.A., Barcelona, Bogotá, Buenos Aires, Caracas, México, Rio de Janeiro, 1983. p. 167.
24. PORIAS, Stephan. Embarazo Manual del Usuario. México. Editorial Leto. 2009. p. 90.

25. ESCOTT, Guilbert. *Biología del desarrollo*. 7ª .Ed. Traducción José Luis Eduardo Ferrán. Buenos Aires, Editorial Panamericana 2005. p. 197.
26. ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA. *Temario Modelo del Auto Cuidado*. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 2010. p.47. Promoción LXXX.
27. ESTEBARANS GARCÍA, Araceli. *Tipos de conocimientos*. 2ª. Ed. Pinelo. España, inspaind Printed Talleres Gráficos Camas Sevilla. 1999. p. 20.
28. ESTONE, Joanne y ADDLEMAN, Keith. *Embarazos para dummies*. 2ª. Ed. Traducción Ribert St. Canadá, Wiley Publihg. 2007. p. 179.
29. GARCÍA, Aracely. *Didáctica e Innovación Curricular*. 2ª. ed. España, Sevilla. 1994. p. 78. ISBN 84-472-0534-7.
30. JOHN, Williams. *Obstetricia, Atención de parto y parto normales*. Cap, 17. Ed. Barcelona, 22ª. Ed. Madrid. 1994. p. 420.
31. JIMÉNEZ, Juan y CASTELLANOS, Ballesteros. *Anatomía humana general*. 2ª. reimpresión. universidad de Sevilla. Sevilla .2002. p. 31.
32. LARA BARRAGAN, Antonio y NUÑEZ, Héctor. *Física I, Un Enfoque Constructivista*. Felipe Hernández Carrasco. México, Pearson Educación. 2006. p. 7.
33. LLUSÍA BOTELLA, José y CLAVERO NÚÑEZ, José. *Tratado de ginecología, fisiología, Obstetricia, Perinatología, Ginecología y reproducción*. 14ª. Ed. Traducción Juan Bravo. Madrid, Días Santos S.A. 1993. p. 240.
34. MARIN VÉLES, Gustavo Adolfo. *Arrendamiento de vientre en Colombia*. Traducción Lorenza Correa Restrepo. Colombia. Universidad de Medellín. 2005. p. 104.
35. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. *Guía de Atención Básica y uso de Medicamentos*. Guatemala diciembre 2005. p. 205.
36. MOORE, Keith. *Embriología Clínica*. 8ª. Ed. Producción y traducción editorial, gea consultoría editorial, s.l. España. Elsevier España. 2008. p.3.
37. NISWANDER, K.R. *Obstetricia clínica práctica*. Traductores Diurki. España, Editorial Reverte, S.A., 1997. p. 77.
38. PÉREZ, Salvador y CAMPUZANO, Carolina. *Manual de técnicos de transporte sanitario*. 3ª. Ed. Editorial Aran S.L. Madrid. 2009. P. 353.

39. PÉREZ PABLO, Carmelina. (Tesis de Licenciatura) Satisfacción de la usuaria en la atención de enfermería en la clínica de preconsulta prenatal del centro de atención Materno Infantil de Cuilco, Huehuetenango. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. 2011. p. 25.
40. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Plan de emergencia con mi familia. 2000 Guatemala.p.1.
41. ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA. Policopiado. Artículo sobre el embarazo: 2010.
42. ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA. Policopiado. Artículo sobre sexualidad y embarazo. Guatemala 2010.
43. PULGAR BURGOS, José. Evaluación del aprendizaje en la educación no formal. s.l. Traducción Federico Rubio y GALI, Luis. España. Level. Pol . Ind. Los Llanos. 2005. p. 23.
44. RAMIREZ DE BREJSON, Aurelia. . Obstetricia para enfermería. Argentina, editorial Troque S.A. San José, Buenos Aires Argentina. 1970. p. 20-25.
45. REECE, Albert. HOBBS, John. Obstetricia clínica. 3ª. Ed. Traducción Karina Tzal, Virginia Altomonte, Jorgelina Taveira. España. Editorial Médica Panamericana. S.A. 2007. p. 988.
46. REEDER, Martin. Enfermería Materno Infantil; 16ª.Ed, México, Industrial Mexicana, 1,992. p. 89. ISBN 0-397-54578-9.
47. REPETTI, Cecilia. El libro del embarazo, todas tus preguntas junto a respuesta de los especialistas. Argentina. Editorial Albatros. 2007. p. 79.
48. RISE, F. Philip. Desarrollo humano, estudio del ciclo vital. 2ª. Ed. Traducción Pearson Educación. México. 1997. p. 103 ISBN 968-880-808-3.
49. RODRÍGUEZ RIVERA, Víctor Manuel. Bases de la alimentación Humana. 5ª. Ed. Editora Paola Paz Otero. Cristina Seco López. España. 2008. p. 462.
50. ROJAS SORIANO, Raúl. Investigación social, Teoría y praxis. 11ª. Ed. México. Plaza y Valdez, S.A. de C.V. 2002. p. 133.
51. ROSENVASSER.L .Tratado de Obstetricia. 3ª. Ed. Buenos Aires, editorial Médica Panamericana, S.A. Argentina, 1975. p.184.

52. SAIN, Gustavo. Adopción de tecnologías, la perspectiva del agricultor y sus ampliaciones para la elaboración de políticas. Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura. Costa Rica. IICA. 1997. p. 43.
53. SOLANO, María Inés. Guía práctica para padres; 1ª. Ed. ; 1ª reimp. Buenos Aires: Albatros, 2004. P. 12.
54. STONNE, Joanne y ELDDLEMAN, Keith. Embarazo para Dummies: Mi amor creo que ya llego ahora. 2ªEd. Estados Unidos de América. 2007. p. 164.
55. TOMEY, Marriner. Modelos y Teorías de Enfermería. 3ª. Ed. España, Editorial Diurku S.A; 1994. p. 392.
56. TORRES, Luis M. Tratado de anestesia y reanimación. Traductor Torre Morena. España, 2001. p. 201.
57. <http://www.definición.de/conocimiento/> página consultada 13-07-2012
58. http://www.salud-mujer.idoneos.com/index.php/Parto/Trabajo_de_Part página consultada el 18-07-2012.
59. <http://www.arbil.org/118buel.htm>. pág. consultada el 27- 11-2012.
60. <http://www.monografias.com/trabajos21/principiobeneficencia/principiobeneficencia.shtm#princjusticia> página consultada el 16-07-2012.
61. <http://www.planetamama.com.ar/nota/t%C3%A9cnicas-de-respiraci%C3%B3n-para-el-parto?page=full> página consultada en 17-07-12.
62. [Http://www.planetamama.com.ar/nota/t%C3%A9cnicas-de-respiraci%C3%B3n-para-el-parto?page=full](http://www.planetamama.com.ar/nota/t%C3%A9cnicas-de-respiraci%C3%B3n-para-el-parto?page=full) página consultada el 12-07-2012.

ANEXO

OBJETIVO: Describir los conocimientos sobre el trabajo de parto y parto, que poseen las embarazadas en su tercer trimestre del embarazo y que asisten a control prenatal en la Consulta Externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala.

INSTRUCCIONES: A continuación se le presenta una serie de preguntas, responda subrayando la respuesta que usted crea correcta.

CUESTIONARIO

1. ¿Qué significa para usted el embarazo?
 - a. Proceso de desarrollo y crecimiento de un nuevo individuo.
 - b. Gestación que transcurre en el óvulo fecundado en el útero.
 - c. Es el estado de la mujer que va desde la fecundación hasta el parto o nacimiento del bebé (9 meses).
 - d. No sé.

2. ¿Qué cree usted que puede ser una complicación en el tercer trimestre del embarazo?
 - a. Hemorragia vaginal leve.
 - b. Amenaza de parto.
 - c. Placenta previa y parto prematuro.
 - d. Todas pueden ser complicaciones.

3. ¿Qué señales de peligro pueden presentarse en el tercer trimestre del embarazo?
 - a. Visión difícil o borrosa.
 - b. Hemorragia vaginal, dolor de cabeza, hinchazón de la cara, visión borrosa, dolor abdominal.
 - c. Solo dolor abdominal.
 - d. Ninguna es correcta.

4. ¿Qué debe hacer usted si presenta una señal de peligro durante el embarazo?
 - a. Acudir con la comadrona.
 - b. Acudir con la enfermera.
 - c. Acudir con un curandero.
 - d. Acudir inmediatamente al hospital.

5. ¿Qué complicaciones cree usted que puede presentarse, si no consulta por una señal de peligro durante el embarazo si no ha llegado la hora del nacimiento de bebé?
 - a. Muerte de la madre.
 - b. Muerte del bebé.
 - c. Una enfermedad en el bebé o madre.
 - d. Todas son correctas.

6. ¿Qué es el control prenatal para usted?
- Atención personalizada de cuidados y acciones que debe brindársele a la mujer durante su período de gestación.
 - Asistir a cita con el doctor para que lo examine.
 - Vigilancia del embarazo.
 - No sé.
7. ¿Conoce usted qué son las cuatro demoras?
- Son los retrasos en la atención de la mujer embarazada.
 - Es la atención de la mujer embarazada.
 - Es la atención del recién nacido.
 - No sé.
8. ¿Para usted qué es un plan de emergencia durante el embarazo?
- Son acciones que se debe seguir después del embarazo.
 - Son acciones que se debe seguir a la hora de una emergencia durante el embarazo.
 - Son acciones que se debe tomar en cuenta antes del embarazo.
 - Ninguna es correcta.
9. ¿Sabe usted qué es el trabajo de parto?
- Son dolores que se presenta en el embarazo y se calma con medicamentos.
 - Son contracciones uterinas que producen dolor, que no se calman con antiespasmódicos ni con el reposo.
 - Son dolores que se presenta en el embarazo y se calma con reposo.
 - No sé.
10. ¿Cuántos centímetros de dilatación debe tener en el trabajo de parto la embarazada para ser recibida en un hospital?
- De 2 a 3 centímetros de dilatación
 - De 4 a 10 centímetros de dilatación o si ya se rompió la fuente.
 - De 5 a 10 centímetros de dilatación.
 - No sé.
11. ¿Sabe usted para que sirven las contracciones durante el trabajo de parto?
- Para dilatar el cérvix.
 - Para empujar el feto hacia el canal del parto.
 - A y B son correctas.
 - No sé.
12. ¿Qué son y dónde se sienten las contracciones?
- Son dolores que la madre experimenta durante el trabajo de parto que inicia de la cintura hacia el vientre y endurecimiento del estómago.
 - Es un dolor de estómago y diarrea.
 - Es un dolor de estómago y de cabeza.
 - Es un dolor que dan ganas de ir al baño.

13. ¿Cómo debe actuar durante las contracciones?
- Tratar de tranquilizarme y relajarme.
 - Respirar profundo por la nariz y sacar el aire por la boca.
 - A y B son correctas.
 - Gritar que me duele mucho.
14. ¿En qué momento cree usted que es correcto que se rompa la fuente?
- Antes de que comience el trabajo de parto.
 - Cuando comienza en trabajo de parto.
 - Cuando la madre presente de 4 a 10 centímetros de dilatación.
 - No sé.
15. ¿Qué es el parto para usted?
- Es la salida del niño del vientre de la madre por la vagina.
 - Son los dolores que la madre siente antes que el niño nazca.
 - Son los dolores que la madre siente después que el niño nazca.
 - No sé.
16. ¿En qué posición debe colocarse la embarazada en el momento del parto?
- De lado derecho o izquierdo.
 - Acostada boca arriba y piernas abiertas.
 - Sentada
 - Hincada.
17. ¿En qué momento debe dejar de pujar la madre durante el parto?
- Cuando sale la cabeza, descansar y luego pujar para que salga el cuerpo del bebé.
 - Cuando ya salió la cabeza y el cuerpo del niño.
 - Cuando no ha salido el niño.
 - No sé.
18. ¿En qué le ayuda la respiración profunda y lenta durante el trabajo de parto?
- Me relajan el cuerpo de la madre.
 - Alivian en parte el dolor.
 - Aumenta el aporte de oxígeno al bebé.
 - Todas son correctas.
19. ¿A qué se le llama alumbramiento?
- A la expulsión de la placenta y membranas ovulares.
 - Al nacimiento del niño.
 - Cuando la madre sale de sala de partos.
 - A la salida de hemorragia después del nacimiento de bebé.
20. ¿Cuánto tiempo se debe esperar para que nazca la placenta?
- De 1 a 30 minutos.
 - Más de 30 minutos.
 - Más de una hora.
 - De 10 a 40 minutos.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA
INVESTIGADORA: E.P. MARTHA SILVIA SOL AJBAL

Código: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de este documento doy mi consentimiento para participar en el estudio titulado: **“Conocimientos sobre el trabajo de parto y parto, que poseen las embarazadas, en su tercer trimestre del embarazo y que asisten a control prenatal en la consulta externa de ginecología y obstetricia de la maternidad del Hospital Roosevelt”**. El cual es realizado por la Enfermera Martha Silvia Sol Ajbál estudiante de Licenciatura en Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala.

Estoy enterada de que mi participación en el trabajo de investigación será, contestar un cuestionario relacionado al tema, que la información que aporte será utilizada únicamente para esta investigación y estrictamente confidencial. Se me ha informado claramente el objetivo de la investigación y que puedo retirarme en cualquier momento que lo desee.

Firma de la participante

Firma de la investigadora

Of. No. 875/2013
18 de junio de 2013

Enfermera Profesional
MARTA SILVIA SOL AJBAL
Estudiante de Licenciatura en Enfermería
Escuela Nacional de Enfermeras Profesionales
Presente

Atentamente me dirijo a usted para informarle que esta Sub Dirección AUTORIZA para que realice un estudio de campo, consistente en un cuestionario que responderán las pacientes con embarazo en su tercer trimestre y que acuden a la Consulta Externa de este Hospital.

Sin otro particular, deferentemente,

LCDA. MARIA EL ROSARIO ESPANA

Asistente Sub Dirección de Enfermería
Hospital Roosevelt



LMdREdQ/hr
c.c. Archivo

Hospital General "San Juan de Dios"
Subdirección de Enfermería
Guatemala, C.A.
Tel. 2321-9191, Ext. 6032 y 6033

SDE-279/2013

10 de junio de 2013


Señora (ita)
MARTHA SILVIA SOL AJBAL
Estudiante de la Licenciatura en Enfermería
Escuela Nacional de Enfermeras
Universidad San Carlos de Guatemala
Presente

Estimada Señorita (a) Sol:

En respuesta a su solicitud efectuada mediante su oficio de fecha 23 de marzo del año en curso, me permito hacer de su conocimiento que esta Subdirección no tiene inconveniente en autorizar que realice su estudio piloto con las mujeres embarazadas en su tercer trimestre del embarazo del Servicio de Consulta Externa de Gineco-Obstetricia, titulado "Conocimientos sobre el trabajo de parto y parto que poseen las embarazadas en su tercer trimestre del embarazo y que asisten a control prenatal en la consulta externa de de Ginecología y Obstétrica del Hospital Roosevelt"

Así mismo, le solicito que previo al desarrollo de dicha actividad se comunique con Enfra. Vicenta Cuc Sajche Jefa del Departamento Clínico de Gineco-Obstetricia.

Al dejarlo de su conocimiento, me suscribo de usted cordialmente,


LICDA. ROSA DELIA RUIZ BUCARO
Subdirectora de Enfermería



c.c. Enfra. Vicenta Cuc Sajche, Jefa del Depto. Clínico Gineco-Ostetricia
Archivo
RDRB/mh