

UNIVERSIDAD GALILEO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERIA

“Conocimientos del personal auxiliar de enfermería sobre el manejo adecuado en las mujeres embarazadas que presentan complicaciones en el tercer trimestre del embarazo que ingresan al Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango”



TESIS

PRESENTADO A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POR

CLAUDIA ELIZABETH TUBAC EQUITÉ

GLADIS MARILÚ PÉREZ MARROQUIN

PREVIO A CONFERÍRSELES EL TÍTULO DE

LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

CHIMALTENANGO, MAYO 2,018

DEDICATORIA CLAUDIA ELIZABETH TUBAC EQUITÉ.

A MI PADRE CELESTIAL: Porque Jehová da la sabiduría, y de su boca viene el conocimiento y la inteligencia. (Proverbios 2:6) “Porque yo se los planes que tiene para vosotros” declara el SEÑOR planes de bienestar y no de calamidad, para darnos un futuro y una esperanza. (Jeremías 29:11) gracias por darme el anhelo de mi corazón y ayudarme en todo momento y concluir un sueño más.

A MI PADRE: Isaías Tubac por apoyarme en todo momento, ya que la vida nunca sería fácil pero tú me enseñaste a ser valiente y a disfrutarla a pesar de los problemas, te admiro más que cualquier persona, sé que siempre contare contigo y cada día intentare enorgullecerte pues te lo mereces.

A MI MADRE: Rebeca Equité que es la mujer más valiente, más decidida y más honesta que conozco, gracias por su amor, confianza, ternura y fe. Gracias por hacer de mi lo que soy, por convencerme de que lo que yo me proponga lo podre lograr.

A MI ESPOSO: Adolfo López porque gracias a su apoyo he llegado a realizar la más grande de mis metas. La cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir.

A MI HIJA: Sharon López mi razón de vivir, es la que me mantiene en pie, luchando. Su amor es la sustancia que me da aliento y las ganas de salir adelante. Y que vea en mí un ejemplo a seguir.

A MIS HERMANOS: Floridalma, Rudy, Sandra, Yoni y Keli Por su apoyo en todo momento y animarme a seguir adelante y luchar cada día.

A UN AMIGO Y HERMANO: Raúl Martínez y su Esposa por sus oraciones y escucharme cuando más lo necesite, y darme palabras de aliento.

A MIS AMIGAS Y COMPAÑERAS DE TRABAJO: Débora, Romelia, Safira y Romesita, por estar siempre en los buenos y malos momentos, gracias por su apoyo.

A MI COMPAÑERA DE PROMOCION: Gladis Pérez, trabajar contigo ha sido una de las mejores experiencias de mi vida, y haber pasado todas las dificultades que juntas pudimos enfrentar y que hoy podemos decir hasta aquí nos ayudó Jehová.

A MI ASESORA: Licda. Vilma Leticia Curruchich por su tiempo y dedicación y el haber puesto su empeño y esmero, y llegar a concluir un sueño y una meta más.

A MI JEFA: MSC. Clara Luz Marroquín por su apoyo recibido, y ayudarme en mi crecimiento personal y profesional.

A MI REVISORA: Dra. Vilma Chaves de Pop por su tiempo durante el proceso de la tesis.

DEDICATORIA GLADIS MARILÚ PÉREZ MARROQUIN

A DIOS PADRE: Gracias por tu amor y fidelidad, por estar siempre conmigo, por darme sabiduría, salud y fortaleza en todo este tiempo. Bendito Dios, te doy gracias por haberme permitido terminar mi carrera ya que este triunfo ha sido gracias a tu voluntad.

A MI MADRE: Olga Marroquín por haberme dado la vida, por su sacrificio, esfuerzo y por todas las noches de desvelo que tuvo que pasar para sacarnos adelante a mis hermanos y a mí, a usted por ser una mujer triunfadora y ser un gran ejemplo a seguir, por enseñarme que las metas son alcanzables con dedicación y esfuerzo y que una caída no es una derrota sino el principio de una lucha que siempre termina en Logros y Éxitos.

A MI PADRE: José Pérez por darme la vida y por todos esos momentos felices que pasamos como familia.

A MI ESPOSO: Kevin Chapas con todo mi amor, por su esfuerzo, confianza y comprensión al ayudarme a culminar con mi carrera, por creer en mi capacidad y brindarme siempre su apoyo incondicional.

A MI AMADO HIJO: Dylan por ser el centro de mi vida, mi fuente de inspiración y motivación para poder superarme cada día más y así que vea en mi un ejemplo.

A MIS ABUELOS: Celso y Ofelia por cuidar de mi siempre y por su cariño incondicional. Los quiero mucho.

A MIS HERMANOS: Dina, Sayra, Tono y Jonathan por cuidarme siempre y estar pendiente de mi llenando cada día un espacio en mi corazón, por sus palabras de aliento que no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre ser perseverante y cumpliera con mis ideales.

A MI CUÑADA: Karina por su apoyo incondicional, por todos sus consejos y motivación.

A MIS SUEGROS: Edic Chapas y Julia Zuleta por su apoyo y comprensión incondicional.

A MI COMPAÑERA DE TESIS: Claudia Tubac gracias por su amistad y compañerismo, por todo lo vivido durante los años de formación de licenciatura y durante este arduo proceso para poder alcanzar nuestro objetivo.

A MI ASESORA: Licda. Vilma Curruchich por su valioso tiempo, sus consejos, sugerencias y motivación en el proceso de tesis.

A MAGISTER: Karen Castillo, Maritza Carredano que con sabiduría condujeron el trabajo de tesis que se presenta en esta ocasión.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	i
--------------	---

CAPITULO I

MARCO METODOLOGICO

1.1	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	2
1.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2.1	Definición del Problema	3
1.2.2	Especificación del Problema	4
1.2.3	Delimitación del Problema	4
1.2.3.1	Unidad de Análisis	5
1.2.3.2	Tamaño de la Muestra	5
1.2.3.3	Ámbito Geográfico	5
1.3	HIPÓTESIS	6
1.4	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.4.1	Objetivo General	7
1.4.2	Objetivos Específicos	7
1.5	METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS	8
1.5.1	Métodos de Investigación	8
1.5.2	Técnicas de Investigación	8
1.5.3	Instrumentos de Investigación	9
1.6	RECURSOS	9
1.6.1	Recursos Humanos	9
1.6.2	Recursos Materiales	10
1.6.3	Recursos Financieros	11

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1	Conocimiento	12
2.1.1	Tipos de Conocimiento	13
2.1.2	Niveles de Conocimiento	14
2.1.3	Conocimiento Aparente	14
2.1.4	Conocimiento Real Científico	15

2.2	Fuentes del Conocimiento	17
2.2.1	Tradición	17
2.2.2	Autoridad	17
2.2.3	Experiencia Personal	18
2.2.4	Ensayo y Error	18
2.2.5	Razonamiento	18
2.2.6	Prestamos	18
2.2.7	Modelo de Enfermería de la Adaptación	19
2.3	Enfermería	19
2.3.1	Formación de personal de enfermería	20
2.3.2	Personal de Enfermería	20
2.3.3	Enfermera Profesional	20
2.3.4	Auxiliar de Enfermería	21
2.4	Mujer	21
2.5	Embarazo	21
2.5.1	Signos y Síntomas de Embarazo	22
2.6	Tipos de Embarazo	22
2.7	Trabajo de Parto	23
2.7.1	Mecanismos del Trabajo de Parto	23
2.7.2	Duración del Trabajo de Parto	25
2.7.3	Etapas del Parto	25
2.7.4	Tipos de Parto	25
2.7.4.1	Parto Eutócico Simple	25
2.7.4.2	Cesaría Trans Peritoneal	26
2.7.4.3	Tipos de Cesaría	26
2.7.4.4	Indicaciones	26
2.8	Post-Parto	26
2.8.1	Etapas del Post-Parto	26
2.9	Atención de Enfermería Durante el Embarazo, Parto y Post-Parto	27
2.9.1	Atención Prenatal	27
2.9.2	Atención en el Parto	28

2.9.3	Atención en Post-Parto	28
2.10	Complicaciones del Embarazo	29
2.10.1	Tipos de Complicaciones del Embarazo en el Primer Trimestre	29
2.10.1.1	Aborto	30
2.10.1.2	Tipos de Aborto	30
2.10.1.3	Atención Post Aborto (APA)	30
2.10.1.4	Vómitos Excesivos (Hiperémesis Gravídica)	31
2.10.1.5	Embarazo Ectópico	31
2.10.1.6	Infecciones del Tracto Urinario	32
2.11	Tipos de Complicaciones del Embarazo en el Segundo Trimestre.	32
2.12	Tipos de Complicaciones del Embarazo en el Tercer Trimestre.	33
2.12.1	Hemorragia Vaginal en el Tercer Trimestre del Embarazo	33
2.12.2	Placenta Previa	33
2.12.2.1	Placenta Previa Total	34
2.12.2.2	Placenta Previa Parcial	34
2.12.2.3	Implantación Baja de la Placenta	34
2.12.2.4	Placenta Accreta	35
2.12.2.5	Placenta Percreta	35
2.12.3	Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta	35
2.12.4	Afecciones Hipertensivas del Embarazo	36
2.12.5	Hipertensión Inducida por el Embarazo	36
2.12.5.1	Preeclampsia	37
2.12.5.1.1	Tipos de Preeclampsia	37
2.12.5.2	Eclampsia	38
2.12.6	Síndrome de Hellp	38
2.12.7	Ruptura Prematura de Membranas Ovulares	39
2.12.7.1	Amniotomía	39
2.12.8	Oligohidramnios	39
2.12.9	Embarazo Prolongado	40
2.12.10	Diabetes Gestacional	40
2.12.11	Código Rojo	41

2.13	Muerte de Mujeres en Edad Fértil	47
2.14	Muerte Materna	47
2.15	Clasificación de Muertes Maternas	48
2.15.1	Muerte Materna Directa	48
2.15.2	Muerte Materna Indirecta	48
2.15.3	Muerte Materna Prevenible	48
2.15.4	Muerte Materna Potencialmente Prevenible	48
2.15.5	Muerte Materna no Prevenible	48
2.15.6	Muerte Materna Temprana	49
2.15.7	Muerte Materna Tardía	49
2.16	Muerte Materna Institucional	49
2.16.1	Muerte Materna Dentro de los Servicios de Salud	49
2.16.2	Muerte Materna Fuera de los Servicios de Salud	49
2.17	Muerte no Obstétrica	49
2.18	Eslabón Crítico	50
2.19	Eslabones de Alerta	50
2.20	Demoras	50
2.20.1	Primera Demora	50
2.20.2	Segunda Demora	50
2.20.3	Tercera Demora	50
3.20.4	Cuarta Demora	50
2.21	Plan de Emergencia	51

CAPITULO III

SITUACIÓN ACTUAL DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS

3.1	Diagnostico de la situación actual	52
3.2	DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE	54
3.3	APECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	59
3.3.1	Derecho a la Autodeterminación	59
3.3.2	Derecho a la Intimidad	59
3.3.3	Derecho al Anonimato y a la Confidencialidad	59
3.3.4	Justicia	59

3.3.5	Consentimiento Informado	59
3.4	ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	60

CAPITULO IV

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

4.1	PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN	76
	CONCLUSIONES	77
	BIBLIOGRAFÍA	78

ÍNDICE DE GRAFICAS ESTADISTICAS

3.4.1	Gráfica 1	60
3.4.2	Gráfica 2	61
3.4.3	Gráfica 3	62
3.4.4	Gráfica 4	63
3.4.5	Gráfica 5	64
3.4.6	Gráfica 6	65
3.4.7	Gráfica 7	66
3.4.8	Gráfica 8	67
3.4.9	Gráfica 9	68
3.4.10	Gráfica 10	69
3.4.11	Gráfica 11	70
3.4.12	Gráfica 12	71
3.4.13	Gráfica 13	72
3.4.14	Gráfica 14	73
3.4.15	Gráfica 15	74
3.4.16	Gráfica 16	75

“Conocimientos del personal auxiliar de enfermería sobre el manejo adecuado en las mujeres embarazadas que presentan complicaciones en el tercer trimestre del embarazo que ingresan al Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango”

INTRODUCCIÓN

Debido al aumento en casos de complicaciones maternas a causa de varios determinantes que predisponen a las mujeres embarazadas es importante que el personal auxiliar de enfermería cuente con una preparación y regularización del ejercicio de enfermería desde que egresan de las escuelas formadoras para que puedan brindar una atención oportuna, eficaz y de calidad a las pacientes que se atienden y así evitar muertes maternas y neonatales.

El Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango cuenta con los servicios de Consulta Externa, Emergencia, Labor y Partos, Post-Parto y Recién Nacidos, servicios que son atendidos por personal auxiliar de enfermería que debe de estar capacitado en la atención a la Mujer en el proceso del Embarazo pero lamentablemente no todos cuentan con dichos conocimientos y desconocen cómo deben manejar la situación ante una complicación en mujeres embarazadas, provocando que haya incidencia de muerte materna.

Por este motivo se realizará esta investigación, se evaluarán los conocimientos del personal auxiliar de enfermería que atiende en todos los servicios del Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango sobre el manejo de complicaciones en mujeres en el tercer trimestre del embarazo.

Un cuestionario elaborado con preguntas directas sencillas evaluará los criterios básicos del manejo de complicaciones maternas, las respuestas serán de opción múltiple.

CAPITULO I

MARCO METODOLOGICO

1.1 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio describe los conocimientos que posee el personal auxiliar de enfermería sobre el manejo adecuado de complicaciones maternas en el tercer trimestre del embarazo en pacientes que ingresan y consultan al Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango.

El motivo de la investigación fue debido a la incidencia de mujeres embarazadas atendidas por complicaciones maternas en el año 2017 en el Ala Materna, lamentablemente de las 394 pacientes, 7 terminaron en muerte materna.

Se ha observado que algunas pacientes al llegar al tercer trimestre de embarazo presentan signos y síntomas relacionados con alguna complicación materna la cual pone en riesgo la vida de la madre y del bebé, es importante que el personal auxiliar de enfermería tenga conocimiento de las complicaciones en el tercer trimestre del embarazo ya que se evidencia que el personal rota constantemente en los diferentes servicios, además ellos son el primer contacto que tienen las pacientes al llegar a los servicios de salud, es por ello que se debe capacitar y actualizar de manera constante para que puedan identificar las complicaciones para actuar de manera inmediata y precisa para evitar que estas complicaciones lleven a causar muertes maternas.

Entre los beneficios del estudio se encuentran la prevención de mortalidad materna, ya que con un buen manejo en las complicaciones se lograra la resolución del parto de una forma positiva tanto para la madre como para el bebé.

La salud de las mujeres embarazadas es de suma importancia e interés para todos.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos del personal auxiliar de enfermería sobre el manejo adecuado en las mujeres embarazadas que presentan complicaciones en el tercer trimestre que ingresan al Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango durante los meses de abril a mayo del año 2,018?

1.2.1 Definición del Problema

Las complicaciones maternas en el tercer trimestre del embarazo son problemas de salud y pueden ser diferentes en cada uno de los embarazos, dichas complicaciones pueden afectar la salud de la madre, del bebé o de ambos, incluso las mujeres que estaban sanas antes del embarazo pueden tener complicaciones en el tercer trimestre, las cuales hacen del embarazo, un embarazo de alto riesgo. Existen muchos factores que predisponen a las mujeres a sufrir algunas complicaciones durante el embarazo y si no se detectan a tiempo podrían causar muerte de la madre o del bebé.

Las complicaciones que presentan las mujeres en el tercer trimestre del embarazo que ingresan al Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango, ha sido la causa principal de este estudio, debido a que el personal de enfermería es el primer contacto que tiene la paciente al momento de ingresar al Hospital, y por lo tanto es de suma importancia que tengan el conocimiento sobre el manejo adecuado de una complicación materna.

“La atención de la salud materno- infantil tiene importancia social y ética predominante, relacionada con el reconocimiento de los derechos humanos de dos de los grupos de la población que se ven en un mayor estado de vulnerabilidad y por lo tanto deben recibir protección y atención especial para asegurar el respeto y la consideración de uno de los derechos fundamentales de todo ser humano que es el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr” (Derecho a la salud., 2013).

“Además la salud materno-infantil es el reflejo del desarrollo de un país, de su sistema de salud, de cómo la justicia social y la equidad se ven reflejadas en la promoción de una vida sana y productiva para madres e hijos, por lo que es necesario que se continúe el esfuerzo por brindar una atención de calidad” (Banco Interamericano, 2015).

1.2.2 Especificación del Problema

Una complicación materna en el tercer trimestre de embarazo es un problema de salud, por lo que debe ser tratada a tiempo para evitar muertes maternas y neonatales. Debido a que el personal auxiliar de enfermería debe de abordar nuevos planteamientos hacia el futuro para el desarrollo profesional y la practica independiente a través de la gestión de los cuidados, se hace necesario que el personal auxiliar de enfermería enriquezca sus conocimientos para que pueda satisfacer las necesidades de cuidado de la paciente en forma integral, ya que de ello depende su comodidad y su pronta recuperación, además de maximizar los recursos y la calidad de atención que presta.

Por lo anterior se especula ¿Está el personal auxiliar de enfermería del ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango capacitado con el conocimiento necesario para el manejo de complicaciones en mujeres en el tercer trimestre del embarazo?

1.2.3 Delimitación del Problema

En la actualidad debido al incremento en las complicaciones que presentan las mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación a causa de los estilos de vida y otras causas que las hacen propensas a sufrirlas y que tanto la madre como el bebé necesitan protección y atención especial.

Así mismo el estudio analiza los conocimientos del personal auxiliar de enfermería el manejo adecuado de complicaciones en mujeres embarazadas en el tercer trimestre lo cual constituye la parte medular de esta investigación.

1.2.3.1 Unidad de Análisis

La evaluación será realizada al Personal Auxiliar de Enfermería que labora en los servicios de Consulta Externa, Emergencia, Labor y Partos, Recién Nacidos, Post-Parto y ginecología del Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango, por medio de un cuestionario con preguntas directas, previo a solicitud de autorización a las Autoridades de Enfermería del Hospital Nacional de Chimaltenango y firma del Consentimiento Informado del personal involucrado en el estudio.

1.2.3.2 Tamaño de la Muestra

Está conformado por 78 Auxiliares de Enfermería que laboran en el Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango.

En el presente estudio se tomó en cuenta el 100% del Personal Auxiliar de Enfermería del Ala Materna Neonatal debido a la rotación constante.

1.2.3.3 Ámbito Geográfico

La investigación se realizara en el Hospital Nacional de Chimaltenango, ubicado a 54 Kilómetros de la Ciudad Capital de Guatemala, en el departamento de Chimaltenango en la Zona 1, Calzada Alameda, Calle del Estadio.

1.3 HIPÓTESIS

¿Tendrá el personal Auxiliar de Enfermería del Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango los conocimientos altos sobre las complicaciones maternas en mujeres en el tercer trimestre del embarazo?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Evaluar el conocimiento que el personal auxiliar de enfermería tiene sobre el manejo de complicaciones maternas que presentan las mujeres embarazadas en el tercer trimestre.

1.4.2 Objetivos Específicos

Identificar el conocimiento del personal auxiliar de enfermería en el manejo de la hemorragia vaginal y señales de peligro en mujeres en el tercer trimestre del embarazo.

Determinar el conocimiento del personal auxiliar de enfermería sobre signos y síntomas de preeclampsia y eclampsia.

1.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1.5.1 Métodos de Investigación

El método que se va a utilizar para esta investigación es el método transversal descriptivo que también es conocido como la investigación estadística ya que va a describir los datos obtenidos y tendrá un impacto en el personal auxiliar de enfermería del Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango para la mejor atención en mujeres embarazadas que presenten complicaciones en el tercer trimestre del embarazo. Los datos se van a recolectar por medio de un cuestionario cerrado. El mismo dará las respuestas sobre el problema en estudio. El Personal Auxiliar de Enfermería lo llenarán por sí mismas. Se van a evaluar los conocimientos básicos sobre las complicaciones en el tercer trimestre del embarazo. El objetivo de esta investigación es llegar a determinar los conocimientos del personal de enfermería para poder reforzar sus deficiencias.

Es de corte transversal porque se realizara en un tiempo determinado de Abril a Mayo de 2018. Y su enfoque es cuantitativo porque los datos recabados son numéricos y permiten utilizar la estadística descriptiva.

1.5.2 Técnicas de Investigación

Se utilizará la técnica de cuestionario de preguntas directas de forma presencial donde las investigadoras darán a conocer el consentimiento informado, mediante el cual se garantiza que los sujetos han expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se les ha dado, acerca de los objetivos del estudio y luego el personal Auxiliar de Enfermería pueda firmarlo.

1.5.3 Instrumentos de Investigación

El cuestionario cerrado será elaborado con preguntas específicas con respuestas de opción múltiple.

1.6 RECURSOS

1.6.1 Recursos Humanos

Para la investigación se contara con:

No	Recurso	No. De recursos utilizados
1	Estudiantes investigadoras	2
2	Asesora: Licda. Vilma Curruchich	1
3	Revisora: Dra. Vilma Chaves de Pop	1
4	Auxiliares de enfermería del servicio de Consulta Externa de Maternidad	6
5	Auxiliares de enfermería del servicio de Emergencia de Maternidad	11
6	Auxiliares de enfermería del servicio de Labor y Partos	26
7	Auxiliares de enfermería del servicio de Recién Nacidos	17
8	Auxiliares de enfermería del servicio de Post-Parto y Ginecología	18

1.6.2 Recursos Materiales

No.	Recurso
1	Computadora
2	Internet
3	Impresora
4	Tinta
5	Hojas papel bond
6	Bolígrafos
7	Cuestionarios
8	Fotocopias
9	Transporte
10	Gasolina
11	Refacción
12	Sobres manila
13	Folders
14	Ganchos

1.6.3 Recursos Financieros

No.	Recurso	Precio por unidad	No. De recursos utilizados	Total de precio
1	Internet	15.00	30	Q. 450.00
2	Tinta impresora	320.00	1	Q. 320.00
3	Hojas papel bond	30.00 c/resma	2	Q. 60.00
4	Bolígrafos	1.00	80	Q. 80.00
5	Fotocopias	0.20	78	Q. 78.00
6	Gasolina	25.00 galón	12	Q. 300.00
7	Parqueo	30.00	3	Q. 90.00
8	Refacción	5.00	78	Q. 390.00
9	Sobres manila	1.00	5	Q. 5.00
10	Pasajes de Zaragoza a Chimaltenango	4.00	12	Q. 48.00
11	Pasajes de Chimaltenango a Zaragoza	4.00	15	Q. 60.00
12	Pasajes para la Capital (Galileo Central)	20.00	3	Q. 60.00
13	Folders	1.00	5	Q. 5.00
14	Ganchos	0.50	5	Q. 2.50
15	Encuadernado	30.00	3	Q. 90.00
TOTAL				Q. 2,038.50

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Conocimiento

El conocimiento es un conjunto de representaciones abstractas que se almacenan mediante la experiencia o la adquisición de conocimientos o a través de la observación. En el sentido más extenso que se trata de la tenencia de variados datos interrelacionados que al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

“El conocimiento es la disciplina que se encarga de considerar su validez y la expresión que se identifica como la epistemología que es la rama de la filosofía donde el objetivo de estudio son los conocimientos científicos que no solo debe ser válido y consistente desde el punto de vista lógico, pero además debe ser comprobado mediante el método científico o experimental” (Conocimiento, 2012).

La raza humana, mayormente, ha estado centrada en conocer, desde que se levanta hasta que se duerme, todos los días de su vida, está en un constante encuentro con los elementos ya sea visible o invisible de su entorno, pero sabemos si lo que tenemos almacenado en nuestro ser es real o sabemos en qué consiste el conocer.

“La epistemología es una disciplina que consiste en una reflexión constante que intenta llegar al origen del conocimiento y una forma de validarlo. Es tan antigua como la filosofía y uno de sus primeros pensadores fue Platón. A lo largo de la historia han asomado diferentes obras de distintos autores como la Critica de la Razón Pura de Kant, donde se busca dar énfasis al empirismo para sentar bases acerca de lo objetivo, lo comprobable, lo “real”. Es una de las puertas que da paso a lo que se fue formulando posteriormente, lo que se denomina ciencia” (Diccionario de la Lengua Española, 2007).

Puede decirse entonces, que el conocimiento está constituido por el conjunto de datos o información que los individuos poseen acerca de algún objeto o fenómeno según la naturaleza que lo rodea.

2.1.1 Tipos de Conocimiento

Conocimiento físico: El primero se conoce como “físico” y consiste en aquel que se obtiene de la observación de un objeto, es decir, a través de la abstracción empírica. Se trata, entonces, de separar las propiedades físicas de un elemento y aprenderlas. En este caso, por ejemplo si se observa un montón de limones apilados, podemos conocer que son amarillos; es decir, tomamos conocimiento de una característica del limón que no importa quién lo mire, será siempre igual.

Conocimiento lógico-matemático: El segundo de ellos es el llamado “lógico – matemático”, y se trata del que surge concretamente de la interrelación del sujeto con el objeto. En este caso no es observable, sino que proviene de una fuente interna, dado que lo da el sujeto. Está constituido por aquellas características que uno le atribuye al objeto en base a los conocimientos previos que tiene, en general relacionados a ese mismo objeto. De esta forma, van a variar según las diferentes comparaciones que se establezcan. Si por ejemplo miramos una mesa de un metro por un metro, yo puedo atribuirle la característica de pequeña, mientras otro hombre puede verla como grande en base a la representación que él tenga.

Conocimiento social: El tercero y último, es el conocido como “social”, utilizado por Piaget para nombrar a aquel que se aprende por medio de fuentes externas, y que incorpora información acerca de cómo manejarse en sociedad dentro de una determinada cultura. Se trata de todos esos datos que nos brindan desde muy pequeños generalmente en el hogar, y nos transmiten todos aquellos usos, costumbres y valores con los cuales vamos a convivir por el resto de la vida. En un segundo plano este conocimiento puede generarse desde lo aprendido en la escuela, pero primordialmente será brindado por la familia o el entorno de crianza. Es en este caso

por ejemplo donde se nos enseña cómo comportarnos, como vestarnos y que comer. Como es esperable, cada cultura tiene sus propias costumbres y formas de vivir, por lo que este conocimiento va a variar según la sociedad en la que se transmite.

2.1.2 Niveles de Conocimiento

Se refiere a los conocimientos que el individuo tiene u obtiene de su relación con el medio que le rodea. Los niveles de conocimiento son los siguientes:

Conocimiento sensible: Trata de la utilización de los sentidos para poder obtener información acerca de un objeto, como lo es la vista, el oído, el gusto, el tacto. Al ver un elemento, guardamos imágenes como si fueran fotografías acerca del color, la forma, texturas y detalles.

Conocimiento conceptual: Funciona principalmente cuando lo que se quiere conocer no se puede ver, tal es el caso de los conceptos y los constructos. A diferencia del anterior, es universal, es decir, si se habla de “manzana” todos manejamos un concepto de ella, sabemos a lo que se refiere. En cambio, en el sensible, tenemos la visión de nuestra manzana, con sus magulladuras, su forma imperfecta, los matices de colores, su sabor, entre otros.

Conocimiento holístico: Consiste en intuir un elemento, no tiene ni forma ni estructura, por eso es necesario percibirlo como un todo.

2.1.3 Conocimiento Aparente

Todos los hombres lo poseen en mayor o menor grado y surge de su propia experiencia, vivencias y comportamiento de la materia, de la vida y del universo, pero no siempre es real. Es superficial, subjetivo, acrítico, sensitivo y no sistemático.

Es superficial en cuanto se conforma con lo aparente, con la primera impresión, se expresa en frases tales como: “porque lo oí”, “porque me lo dijeron”, porque todo el mundo está de acuerdo en decirlo”.

Es subjetivo, puesto que hace referencia a que el mismo sujeto se conforma con la certeza que le da su propia conciencia, sin preocuparse si su conocimiento está adecuado al objeto.

Acrítico, porque no hace la crítica sistemática de ninguno de sus instrumentos, técnicas o resultados.

Sensitivo, puesto que su nivel de comprobación se logra basándose en las vivencias y emociones de la vida diaria.

No sistemático, en virtud de que no se articula formando un sistema en el cual sus diversos componentes sean interdependientes. No están vinculados a un principio o ley que lo regule.

2.1.4 Conocimiento Real Científico

Se ha definido la Ciencia como el conocimiento cierto de las cosas por sus principios y causas.

El conocimiento científico es aquella verdad descubierta a través del proceso de investigación, basado en todas aquellas evidencias que nos llevan a indagar en la realidad para obtener una verdad como certeza.

En nuestros días se define la Ciencia diciendo que es un conjunto de conocimientos racionales, verificables, objetivos, sistemáticos, generales, ciertos o probables, homogéneos, obtenidos metódicamente, y que son susceptibles de ampliación, rectificación y progreso.

Racional: La Ciencia es racional porque utiliza la razón como instrumento esencial en todas sus etapas, y porque sus conocimientos están articulados como un “logos”, como

una razón. La racionalidad en la Ciencia es un producto de la racionalidad que hay en la naturaleza, la cual se manifiesta a través de la armonía que guardan entre sí todas las leyes.

Verificable: Las afirmaciones de la Ciencia deben poderse probar, verificar empíricamente, de lo contrario, no entrarían en su ámbito.

Objetivo: Quiere decir que el conocimiento científico debe concordar con la realidad del objetivo que está estudiando. Dicho conocimiento lo debe explicar o describir tal cual es, y no como nosotros deseáramos.

Sistemático: Porque sus conocimientos forman un sistema. Es decir, un conjunto organizado cuyas partes o elementos son interdependientes u obedecen a una ley única. Ejemplo: el sistema solar, el sistema nervioso, etc.

Generales: La Ciencia no se sustenta con el conocimiento de los seres o los fenómenos individuales sino que los generaliza, es decir, extendiendo sus conclusiones a todos los de la misma naturaleza.

Cierto o probable: La investigación científica aspira a que sus conclusiones vayan acompañadas de certeza. Es decir, que engendra un estado mental de seguridad, y por tanto de firme adhesión o de asentimiento a la verdad de una proposición.

Al lado de los conocimientos ciertos existen los probables. Sobre éstos, la Ciencia no puede llegar a descartar la probabilidad que hay sobre ellos por grande que sea. Ejemplo: cualquier ley inclusive nos da un conocimiento probable. De no ser así, tendríamos que verificar cada uno de todos los posibles casos para convertirla en una ley cierta, y como el número de casos posibles sería infinito, he ahí el origen de la probabilidad de dichas leyes inductivas.

Homogéneos: Es decir, relativos a objetos de una misma naturaleza, o sea, objetos pertenecientes a una determinada realidad conceptual.

Obtenidos metódicamente: Es decir, utilizando el método científico, las reglas lógicas y los procedimientos técnicos.

Ampliación, rectificación y progreso: Estas características ponen de presente que si la Ciencia es susceptible de ser ampliada, es porque no está completa, si rectifica es porque nuevos descubrimientos ponen de presente los límites dentro de los cuales son válidas las viejas verdades, rectificando su ámbito de ampliación. Si progresa es porque hay nuevas leyes que descubrir, conocimientos que perfeccionar.

2.2 Fuentes del Conocimiento

Entre estas fuentes están: la tradición, autoridad, experiencia, ensayo y error, razonamiento lógico e investigación disciplinada

2.2.1 Tradición

En la cultura americana está muy arraigado, porque la mayoría de las personas acepta como verdaderos lo que se transmite de generación en generación, pocas personas se preocupan por verificar su veracidad.

La tradición comprende verdades o creencias que han sido transferidas al presente por vía oral o escrita enfocándose en creencias, influyendo en el ejercicio de enfermería.

En Guatemala muchos de los cuidados que se realizan a los enfermos, provienen de la tradición, en las diferentes comunidades del país, aplicando en ellos la experiencia de las personas mayores, que la transmiten a las nuevas generaciones, y muchos de estos cuidados, están basados en conocimientos empíricos.

2.2.2 Autoridad

El “experto” es el que transmite el conocimiento que se considera como verdadero, Algunas personas depositan su confianza en ideas u opiniones de personas por su capacidad y experiencia, y que representan autoridad en la materia.

2.2.3 Experiencia Personal

La propia experiencia representa una fuente natural y funcional de conocimientos. La experiencia aumenta la habilidad de la enfermera para resolver una situación de manera rápida y eficaz.

2.2.4 Ensayo y Error

El método de ensayo y error está ligado a la experiencia, consiste en probar sucesivamente distintas alternativas hasta encontrar una que responda a las interrogantes, o resuelva el problema en mención. Por lo tanto el ensayo y error comprende con frecuencia documentación de actividades de la enfermera eficaces y no eficaces. Actualmente la práctica basada en la evidencia científica puede ser una manera de utilizar el ensayo y error.

2.2.5 Razonamiento

La solución de gran número de problemas deriva de los procesos lógicos del pensamiento. Como fuente de conocimiento el razonamiento lógico combina la experiencia personal, facultades intelectuales y los sistemas formales de pensamiento.

La ciencia de la lógica incluye el razonamiento inductivo y el deductivo. El inductivo va de lo específico a lo general y el deductivo de lo general a lo específico. Mediante el razonamiento todas las personas son capaces de dar sentido a su pensamiento y experiencia. Todas las fuentes del conocimiento mencionadas anteriormente, proporcionan a la enfermera los fundamentos necesarios para realizar una práctica segura, libre de riesgo, algunas de ellas son utilizadas con más frecuencia que otras.

2.2.6 Prestamos

Algunos líderes de enfermería han afirmado que parte del conocimiento de enfermería proviene de otras disciplinas como la medicina. Los préstamos en enfermería se

refieren a la apropiación y el uso de conocimientos de otros campos o disciplinas que puedan servir en la práctica de enfermera.

En la actualidad esta situación ha cambiado, existen investigaciones realizadas por enfermería, modelos y teorías que son propios de la profesión.

2.2.7 Modelo de Enfermería De la Adaptación

Para la presente investigación, se tomó como base el modelo de Adaptación de Sor Callista Roy.

La cual define la enfermería como: “Un sistema de conocimiento que ordena el proceso de análisis y acción relacionada con las personas enfermas o que puedan estarlo.

Roy también distingue la ciencia de la enfermería y la interpreta como: un sistema en desarrollo del conocimiento sobre las personas, que observa, clasifica e interrelaciona los procesos por los que estas influyen de forma positiva en su estado de salud.

En cambio la disciplina práctica es: el conjunto de conocimientos científicos que se utilizan con el propósito de prestar un servicio esencial a las personas, es decir de favorecer su capacidad de influir de manera positiva en la salud” (Marriner, Raile, 1999).

El Modelo de la Adaptación describe los conocimientos que posee el personal Auxiliar de Enfermería, sobre situaciones que afectan a la salud del individuo, los cuales adquiere de manera científica, a través de la experiencia y la observación, de forma desarrollada para influir y ayudar positivamente en el proceso de adaptación de la salud enfermedad del paciente.

2.3 Enfermería

“La enfermería es la ciencia que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas. La enfermería forma parte de las conocidas como ciencias de la salud” (OMS, 2014).

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

2.3.1 Formación del Personal de Enfermería

Existen en nuestro país dos niveles de formación en Enfermería: El profesional y el auxiliar. Los auxiliares de enfermería son formados en escuelas nacionales donde reciben las enseñanzas que les ayudaran a brindar atención a los pacientes. Dentro del nivel profesional se encuentran las enfermeras y las licenciadas en Enfermería. Quienes cuentan con el título de grado pueden acceder a estudios de postgrado, como las especializaciones, las maestrías y los doctorados. La formación de Licenciados en Enfermería está a cargo de las Escuelas de Enfermería que dependen en su mayoría de Universidades.

2.3.2 Personal de Enfermería

Comprende únicamente al personal cuyo trabajo está directamente con los procesos de los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos discapacitados, y personas moribundas.

Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud.

2.3.3 Enfermera Profesional

Persona que posee conocimiento teóricos y prácticos sobre salud, se encarga del manejo técnico-administrativo de los servicios, a través de planificar, organizar, dirigir,

coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la atención de enfermería brindada a los usuarios, como también es quien vela por el desarrollo del personal a su cargo.

2.3.4 Auxiliar de Enfermería

Persona, integrante del equipo de salud que acredita diploma de formación con un año de estudios, otorgado por una institución reconocida por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que con la dirección de la enfermera, ejecuta actividades y tareas de su competencia para prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, en los tres niveles de atención.

Es el encargado de proporcionar cuidados al paciente y actuar sobre las condiciones sanitarias de su entorno bajo la supervisión de la enfermera, por lo tanto su labor, principalmente es asistencial.

2.4 Mujer

“Es el ser humano femenino o hembra, independientemente de si es niña o adulta. Mujer también remite a distinciones por genero de carácter cultural y social que se le atribuyen, así como a las diferencias sexuales y biológicas de la hembra en la especie humano” (Polit, 2000).

La mujer es el único ser humano capaz de dar vida, ya que sus órganos están aptos biológicamente para poder hacerlo.

2.5 Embarazo

El embarazo es el periodo que transcurre desde la concepción, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer, encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia Materna.

El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.

El embarazo humano dura 40 semanas, desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente 9 meses).

2.5.1 Signos y Síntomas de Embarazo

Los signos y síntomas en el embarazo se subdividen en:

Signos presuntivos del embarazo entre los cuales están: amenorrea o ausencia del periodo menstrual, la hipersensibilidad en los pezones, mareos, náuseas, vómitos matutinos, somnolencia y fatiga, alteración en la percepción de olores, y deseos intensos de ciertos tipos de alimentos, cambio de coloración en la mucosa vaginal. Esto lo puedes notar a partir del segundo al tercer mes de embarazo.

Signos de probabilidad entre los cuales podemos encontrar: aumento del tamaño del abdomen, cambio de tamaño y forma del útero, perfil fetal, cambios en el cérvix, palpación de partes fetales.

Signos de certeza del embarazo están: ruidos cardíacos fetales, movimientos fetales, perfil fetal visible, demostración de feto mediante ultrasonido y otras imágenes radiológicas.

2.6 Tipos de Embarazo

Entre los tipos de embarazo que existen se describen los siguientes:

Embarazo Intrauterino: El embrión se implanta dentro del útero.

Embarazo Extrauterino o Ectópico: El ovulo fertilizado se implanta en el tejido fuera del útero, puede ser en las trompas de Falopio o en el abdomen.

Embarazo Molar: La placenta crece de forma anormal durante los primeros meses y se convierte en una masa o quiste, también llamada mola hidatiforme. El embrión no se forma en absoluto o se forma mal y no puede sobrevivir.

2.7 Trabajo de Parto

El trabajo de parto es una de las principales preocupaciones de la mujer embarazada, es un proceso fisiológico que anuncia el nacimiento de un bebé. Su desarrollo tiene un proceso previsible, unas etapas que marcan tiempos que hay que respetar y precisa de unos cuidados necesarios para las futuras mamás.

2.7.1 Mecanismos del Trabajo de Parto

Al inicio del trabajo de parto es crítica la posición del feto con respecto al conducto del nacimiento para la vía en que ocurrirá este. En consecuencia, la posición del feto dentro de la cavidad uterina debe determinarse al principio del trabajo de parto.

Encajamiento: El mecanismo por el cual el diámetro biparietal (el diámetro transversal mayor en una posición occipital) pasa a través de la entrada pélvica. La cabeza fetal puede encajarse en las últimas semanas del embarazo a no hacerlo hasta el comienzo del trabajo de parto.

Descenso: Este movimiento es el primer requisito para el nacimiento del recién nacido. El descenso suele iniciarse con el encajamiento y es secundario a una o más de cuatro fuerzas: 1 Presión del líquido amniótico, 2 Presión directa del fondo sobre la pelvis durante las contracciones, 3 Esfuerzos de pujo por acción de los músculos abdominales maternos y 4 Extensión y enderezamiento del cuerpo fetal.

Flexión: Tan pronto como el descenso de la cabeza encuentra resistencia, sea del cuello uterino, las paredes o el piso pélvicos, se presenta normalmente una flexión de la cabeza. En este movimiento se desplaza el mentón hasta alcanzar un contacto íntimo con el tórax fetal y así se cambia el diámetro sub occipito bregmático, más corto, por el diámetro occipitofrontal, más largo.

Rotación Interna: Este movimiento consiste en un giro de la cabeza, de tal forma que el occipucio se desplaza de manera gradual así la sínfisis del pubis a partir de su posición original o, con menos frecuencia en dirección posterior así el hueco del saco. La rotación interna resulta esencial para posibilitar el trabajo de parto, excepto cuando el feto es inusualmente pequeño.

Extensión: Después de la rotación interna, la cabeza fetal muy flexionada llega a la vulva y presenta extensión. Si la cabeza así flexionada no se extiende al alcanzar el piso pélvico, sino que se desliza más así delante, podría hacer contacto con la porción posterior del perineo y al final atravesar los tejidos del perineo mismo de manera forzada.

Cuando la cabeza hace presión sobre el piso pélvico, entran en acción dos fuerzas. La primera, ejercida por el útero, actúa más en dirección posterior, y la segunda, provista por el piso pélvico resistente y la sínfisis del pubis, lo hace en una dirección más anterior. El vector resultante se dirige a la abertura vulvar, que así produce extensión de la cabeza.

Esto lleva a la base del occipucio a entrar en contacto directo con el borde inferior de la sínfisis del pubis.

Rotación Externa: Enseguida la cabeza sufre restitución. Si el occipucio originalmente se dirigía a la izquierda, gira a hacia la tuberosidad isquiática izquierda; si al principio se dirigía a la derecha, rota a la derecha. La restitución de la cabeza fetal a la posición oblicua del paso a la conclusión de la rotación externa hasta la variedad de posición transversa, un movimiento que corresponde con la rotación del cuerpo y sirve para

llevar su diámetro biacromial en relación con el diámetro anteroposterior del plano de salida de la pelvis.

Expulsión: Casi inmediatamente después de la rotación externa, aparece el hombro anterior bajo la sínfisis del pubis, y el perineo se distiende pronto por la presencia del hombro posterior. Después del nacimiento de los hombros, el resto del cuerpo se desliza con rapidez hacia el exterior.

2.7.2 Duración del Trabajo de Parto

El conocimiento de la duración normal del trabajo de parto humano puede verse obstaculizado por múltiples variables clínicas que modifican la conducta durante el trabajo de parto en unidades modernas de obstetricia.

“Según estudios realizados en el año 1,990 el tiempo promedio de ingreso hasta el nacimiento espontaneo fue de 3.5 horas y 95% de ellas dio a luz en 10.1 hora, estos resultados sugieren que el trabajo de parto normal es relativamente breve”

(Cunningham, Leveno, Hauth, Spong, 2011).

2.7.3 Etapas del Parto

El proceso del parto natural se categoriza en tres fases: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta.

2.7.4 Tipos de Parto: Se describen a continuación.

2.7.4.1 Parto Eutócico Simple

Es el parto de tipo normal, es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término. Su inicio es espontaneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento de un bebe sano y no necesita más intervención que el apoyo integral.

2.7.4.2 Cesaría Trans Peritoneal

Es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una incisión quirúrgica en el abdomen y la pared del útero de la madre.

2.7.4.3 Tipos de Cesaría

Los tipos de cesaría son segmento corporal Beck y segmento arciforme o transversal Kerr y se describen a continuación:

Segmento Corporal Beck: la incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino.

Arciforme o Transversal Kerr: la incisión es transversal y se realiza sobre el segmento inferior.

2.7.4.4 Indicaciones

Las indicaciones para realizar una cesaría son las siguientes: Distocia, sufrimiento fetal, oligohidramnios severo, presentación anómala, placenta previa.

2.8 Post-Parto

“El puerperio o posparto es el periodo después del parto en el que el organismo recupera la situación previa al embarazo; comprende usualmente 6-8 semanas, o 40 días para que el cuerpo materno, incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino vuelvan a las condiciones pregestacionales” (Rodríguez, 2006).

2.8.1 Etapas del Post-Parto

Puerperio inmediato: comprende las primeras 24 horas y es el inicio de los mecanismos hemostáticos uterinos.

Puerperio mediato: abarca del 2.º al 10.º día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia.

Puerperio alejado: se extiende aproximadamente hasta los 45 días luego del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización.

Puerperio tardío: puede llegar hasta los 2 años pos parto y se acompaña de una lactancia prolongada y activa.

2.9 Atención de Enfermería Durante el Embarazo, Parto y Post-Parto

Es el conjunto de acciones que el personal auxiliar de enfermería realiza para la prevención de complicaciones, la resolución del parto de una forma positiva para la madre y el bebe y la recuperación luego del parto.

2.9.1 Atención Prenatal

Es un conjunto de acciones que se realizan a la mujer con el objetivo de promover una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional, disminuyendo la mortalidad materna y mortinatalidad perinatal.

Las acciones son:

1. Prevenir, diagnosticar y tratar complicaciones del embarazo.
2. Disminuir las molestias propias del embarazo.
3. Educar en salud a la embarazada y a su familia, con el objetivo de prepararlos para la atención del neonato.
4. Comprobar la existencia de enfermedades maternas.
5. Preparar a la madre para el parto.

2.9.2 Atención en el Parto

El cuidado de la Enfermería durante el parto ha reducido la mortalidad materno infantil. Prestar especial atención a los signos vitales tanto de la madre como del futuro bebé ha logrado este avance.

Las acciones realizadas por enfermería son:

1. Prevención de pérdida de calor.
2. Ligadura del cordón umbilical y curas posteriores.
3. Medir e interpretar los signos vitales.
4. Valorar coloración amarilla del recién nacido.
5. Medir y pesar al bebé.

2.9.3 Atención en Post-Parto

MATEP: consiste en una serie de intervenciones orientadas a acelerar la expulsión de la placenta y prevenir la hemorragia posparto evitando la atonía uterina. Estas intervenciones consisten en:

1. Administración de 10UI de oxitocina por vía intramuscular dentro del primer minuto después del nacimiento del bebe.
2. Después de pinzar y cortar el cordón umbilical, la expulsión de la placenta aplicando simultáneamente Tracción controlada del cordón y contracción del útero con la otra mano colocada justo encima del hueso pubiano de la madre.
3. Masaje uterino a través del abdomen inmediatamente después de la expulsión de la placenta y cada 15 minutos durante las siguientes 2 horas.
4. Apego inmediato madre/neonato.

Hay una serie de aspectos que se deben valorar durante las primeras horas después del nacimiento del bebé. Al igual que se deben seguir cuidados de las zonas afectadas durante el parto, tales como periné y episiotomía si se ha realizado, herida operatoria de la cesárea.

1. Signos vitales: tensión arterial y temperatura: durante las primeras horas del puerperio inmediato debe controlar al menos en tres ocasiones la tensión arterial, pulso, temperatura, sangrado, involución uterina y diuresis.
2. Cuidados del periné: Es necesario aplicar frío local para disminuir la inflamación del periné y reducir el dolor o molestias a la mujer.
3. Estado de la vejiga y micción: La mujer debe orinar entre las 6 y 8 horas después el parto, se le colocará una sonda vesical. Ya que la vejiga llena puede provocar que el útero pierda tono y se desplace de posición, pudiendo causar una hemorragia.
4. Anestesia: Cuando se usa anestesia epidural, se comprueba la movilidad y sensibilidad de los miembros inferiores de la mujer.

2.10 Complicaciones del Embarazo

Son los problemas de salud que se producen durante el embarazo y pueden ser diferentes en cada uno de los embarazos, dichas complicaciones pueden afectar la salud de la madre, del bebé o de ambos, estas complicaciones pueden ser atendidas oportunamente por el personal de salud, ya que ellos son el primer contacto que tienen las mujeres embarazadas cuando llegan a los servicios.

Para poder orientar al personal de salud que brinda atención prenatal el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha creado los siguientes documentos:

1. Las Normas de Atención en el Programa Nacional de Salud Reproductiva.
2. La Vigilancia de la Embarazada y de la Muerte de Mujeres en edad fértil (10 a 54 años) en el país para la identificación de las muertes maternas.

2.10.1 Tipos de Complicaciones del Embarazo en el Primer Trimestre

Es el inicio del desarrollo del feto que abarca desde la semana 1 hasta el fin de las 12 semanas de embarazo, en este trimestre es crucial tanto para la madre como para el feto, es un periodo de más riesgo de complicaciones. Las complicaciones más frecuentes son:

2.10.1.1 Aborto

Terminación del embarazo antes de la viabilidad del feto. En términos cronológicos, antes que el embarazo cumpla las 20 semanas.

2.10.1.2 Tipos de Aborto

Entre los tipos de Aborto se encuentran: aborto espontaneo, aborto Inevitable, aborto incompleto, aborto retenido, aborto completo y aborto inducido.

Aborto Espontaneo: se produce en las primeras 12 semanas y se debe a alguna anomalía cromosómica.

Aborto Inevitable: es la rotura de las membranas, que se acompañan de la salida de líquido amniótico en presencia de dilatación del cuello uterino.

Aborto Incompleto: cuando la placenta se desprende del útero, ya sea total o parcialmente, se produce hemorragia, el orificio interno del cuello uterino se abre y permite la salida de sangre.

Aborto Retenido: son productos muertos de la concepción que se retienen durante varios días, semanas o incluso meses dentro del útero, con el orificio cerrado del cuello uterino.

Aborto Completo: cuando se han expulsado los productos de la concepción.

Aborto Inducido: “es la interrupción médica o quirúrgica del embarazo antes de la viabilidad fetal” (Cunningham, Leveno, Hauth, Spong, 2011).

2.10.1.3 Atención Post Aborto (APA)

Conjunto de servicios que se le otorgan a una mujer embarazada luego de que en forma espontánea e inevitable se produce la interrupción de un embarazo.

La atención post-aborto consiste en una serie de intervenciones del personal de salud destinadas a abordar integralmente las complicaciones después de un aborto.

Los cinco pilares de la atención post-aborto son:

1. Tratamiento: Del aborto y de las complicaciones relacionadas con el mismo, que constituyen una posible amenaza para la vida y la salud de la mujer.

2. Consejería: Para identificar y responder a las necesidades de salud mental y física, así como a otras inquietudes de las mujeres.

3. Servicios de planificación familiar: Para ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados o no planificados y practicar el espaciamiento de los embarazos.

4. Servicios de salud reproductiva y otros servicios de salud: De acuerdo a las necesidades de cada usuaria se deben identificar otros servicios de salud que ameriten ser atendidos, preferiblemente, son prestados en el mismo establecimiento de salud o por medio de referencia a otros establecimientos de la red.

5. Alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios de salud: Para movilizar los recursos a fin de ayudar a las mujeres a recibir atención apropiada y oportuna para las complicaciones del aborto, garantizar que los servicios de salud reflejen, cubran las expectativas y necesidades de la comunidad.

2.10.1.4 Vómitos Excesivos (Hiperémesis Gravídica)

El exceso de vómitos durante el embarazo, a diferencia de las habituales náuseas matutinas, es la presencia de vómitos extremadamente graves que causan deshidratación y debilidad.

2.10.1.5 Embarazo Ectópico

Es un embarazo que se desarrolla fuera del útero, usualmente en las trompas de Falopio, ésta situación es amenazante para la vida de las mujeres, puesto que a medida que el embarazo crece las trompas podrían llegar a romperse.

2.10.1.6 Infecciones del Tracto Urinario

También llamada infección de la vejiga, es una inflamación bacteriana en el tracto urinario. Las mujeres embarazadas están en mayor riesgo de infecciones del tracto urinario debido a los cambios en las vías urinarias. El útero se encuentra directamente en la parte superior de la vejiga y a medida de que el útero crece el aumento de su peso puede bloquear el drenaje de la orina desde la vejiga, causando una infección. También los efectos hormonales producen estreches del uréter inferior y la pelvis renal con dilatación del uréter superior. Estos cambios causan obstrucción de orina, vaciamiento retrasado, reflujo urinario y aumento del riesgo de infecciones.

En el embarazo esta afección es significativa porque tiene relación con otras infecciones posteriores del aparato urinario inferior (cistitis) y del aparato urinario superior (pielonefritis), preeclampsia e hipertensión, se sugiere su asociación con otros problemas como prematuros y anomalías congénitas.

En el Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango las infecciones del tracto urinario en las mujeres embarazadas, ocurren con bastante frecuencia principalmente en el primer trimestre de gestación, llegan 24 mujeres embarazadas con ITU por cada 100 mujeres atendidas, lo cual pone en riesgo a la madre y al bebé, ya que al no detectarla o no dar tratamiento adecuado ocasiona otro tipo de problemas a la madre y al niño, además es una de las causas de aborto y por sus síntomas es una afección que causa malestar general en la paciente, fiebre, vómitos dolor en las articulaciones y problemas en la micción.

2.11 Tipos de Complicaciones del Embarazo en el Segundo Trimestre

El segundo trimestre comprende del inicio de la semana 13 al finalizar la semana 26, en este periodo el bebé ya está desarrollado, pero existen algunas complicaciones que pueden afectar la salud de madre e hijo. Entre las complicaciones más comunes están:

Hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia, placenta previa, anemia, embarazo múltiple y Diabetes Gestacional.

2.12 Tipos de Complicaciones del Embarazo en el Tercer Trimestre.

El tercer trimestre de embarazo es desde las 27 semanas hasta que el bebe nace, de 38 a 40 semanas, en este tiempo de embarazo pueden surgir algunas complicaciones que ponen en riesgo a la madre y al bebe, descritas a continuación:

2.12.1 Hemorragia Vaginal en el Tercer Trimestre del Embarazo

Es la presencia de sangre vaginal en la embarazada en pequeñas cantidades, puede iniciar con manchas de color rojo brillante, lo cual indica que algo sucede en el embarazo, al detectar una paciente con tal problema debe de tomarse en cuenta que puede tener una placenta previa total, parcial o de implantación baja, el desprendimiento de placenta es otra causa de hemorragia vaginal, la cual provoca si no se detecta a tiempo, una complicación materna y fetal que puede causar la muerte.

La hemorragia vaginal puede causar Choque Hipovolémico: es una condición producida por una rápida y significativa pérdida de volumen intravascular calculada mayor de 1,000 ml, provocando consecuentemente inestabilidad de la circulación sanguínea, disminución de la perfusión tisular del intercambio gaseoso, hipoxia celular, daño a órganos y la muerte.

2.12.2 Placenta Previa

Es la implantación anormal de la placenta en relación con el orificio interno del cuello uterino, sea cubriéndolo parcial o totalmente, que persiste después de la semana 24 de gestación. Los cambios que se producen en el segmento uterino inferior en los últimos meses de embarazo ocasionan diversos grados de separación placentaria en el sitio de unión. Esta separación abre los senos sanguíneos subyacentes del útero y produce hemorragia leve.

Suele iniciarse como simples manchas o hemorragia abundante. Con frecuencia no se produce hemorragia sin control en el primer episodio. De hecho, pueden producirse diversos episodios de hemorragia leve hasta que la pérdida de sangre sea significativa y requiera intervención agresiva y terminación del embarazo. En general, el útero de las mujeres con placenta previa se palpa blando.

La presencia de esta afección causa dos problemas principales en la madre: hemorragia y obstrucción del canal de parto.

La placenta previa se presenta aproximadamente en uno de cada 200 embarazos.

En todos los casos de placenta previa total o mayor del 30% la cesárea es el método de elección.

Hay tres tipos que se diferencian según el grado de la afección:

2.12.2.1 Placenta Previa Total

Se produce cuando la placenta obstruye en su totalidad el orificio interno del útero.

En el Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango en el año 2017 se evidenció que fueron atendidas 30 mujeres embarazadas por complicación de placenta previa total.

2.12.2.2 Placenta Previa Parcial

Se produce cuando la placenta obstruye de modo parcial el orificio interno del útero.

En el Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango en el año 2017 se evidenció que fueron atendidas 18 mujeres embarazadas por complicación de placenta previa parcial.

2.12.2.3 Implantación Baja de la Placenta

Se produce cuando esta se encuentra muy cerca de la región del orificio interno, de manera que debe ser palpada por el médico durante la exploración digital del cérvix, pero no se extiende más allá del margen del orificio interno.

En el Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango en el año 2017 se evidenció que fueron atendidas 6 mujeres embarazadas por complicación de implantación baja de la placenta.

En toda mujer con placenta previa debe considerarse la posibilidad de:

2.12.2.4 Placenta Accreta

Esta se define como la adherencia anormal de las vellosidades de la placenta al miometrio, aumentando la posibilidad de la retención placentaria. La placenta Accreta puede progresar hasta convertirse en placenta Percreta.

2.12.2.5 Placenta Percreta

Los procesos vasculares del corion (vellosidad coriónica) pueden invadir el espesor completo del miometrio. La vellosidad coriónica puede crecer a través del miometrio y la capa externa del útero lo que puede dar como resultado la ruptura completa del útero.

2.12.3 Desprendimiento de Placenta Normo Inserta

Es la separación prematura patológica de la placenta de la pared uterina, a partir de la vigésima semana de gestación.

El desprendimiento de placenta es una complicación grave de la última mitad del embarazo en la cual una placenta de ubicación normal se separa de su unión uterina. La afección por lo general se denomina separación prematura si es una implantación placentaria normal.

La incidencia de desprendimiento de placenta en el Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango es de 10 casos por cada 100 embarazadas atendidas en el año. En el año 2017 fueron atendidas 46 mujeres embarazadas con desprendimiento de placenta.

2.12.4 Afecciones Hipertensivas del Embarazo.

Las afecciones hipertensivas incluyen diversas perturbaciones vasculares que existen desde antes del embarazo o se producen como complicación durante la gestación o en el puerperio temprano. Debido a las diversas alteraciones cardiovasculares, el embarazo induce hipertensión en mujeres normotensivas antes del mismo o aumenta las condiciones hipertensivas preexistentes.

“El término que se emplea en la actualidad es hipertensión inducida por el embarazo y se usa para describir el síndrome de hipertensión, edema y proteinuria evidente en el embarazo. Dos de las categorías de hipertensión inducida por el embarazo son preeclampsia y eclampsia y representan un mismo proceso, pero el término eclampsia se emplea cuando el cuadro clínico de la paciente avanza hasta convulsiones generalizadas o coma” (Tipos de conocimiento, 2008).

2.12.5 Hipertensión Inducida por el Embarazo

Es una afección específica que se desarrolla como resultado directo del embarazo y que se clasifica de la siguiente manera, Hipertensión tardía o transitoria: que es cuando se desarrolla hipertensión sin edema o proteinuria durante el trabajo de parto o en el puerperio y la presión regresa a lo normal en los 10 días siguientes al parto.

Hipertensión crónica consiste en que la paciente desarrollo hipertensión por otra enfermedad antes de producirse el embarazo y que con el mismo continuó con el desarrollo de la hipertensión, provocando que llegue a sufrir de preeclampsia y eclampsia.

Crisis hipertensiva es cuando la presión arterial materna llega a 160/110mm Hg en dos ocasiones a intervalos de por lo menos seis horas.

Una de las complicaciones del embarazo de mayor relevancia e importancia es la hipertensión arterial, ya que con la detección temprana de la misma, la preeclampsia y eclampsia se puede evitar y lograr la solución positiva del embarazo.

2.12.5.1 Preeclampsia

La preeclampsia se caracteriza por elevación arterial, proteinuria o edema después de la semana 20 del embarazo en mujeres que fueron normales antes de la gestación.

Es precursora de la eclampsia, por ejemplo, la presión en el rango de 120/80 mm Hg en realidad indica hipertensión si la paciente tenía presión en el rango de 100/70mm Hg en la parte intermedia del embarazo.

El segundo síntoma más constante de preeclampsia es el aumento excesivo de peso de manera repentina que se debe en gran parte a acumulación de agua en los tejidos, lo cual representa edema visible de cara y dedos los cuales son característicos de que la enfermedad está avanzada, la otra señal es la aparición repentina de proteínas en la orina lo cual se considera como síntomas de preeclampsia.

Existen otras manifestaciones clínicas de la preeclampsia como: dolor de cabeza continuo en intenso en la región frontal u occipital, inflamación de cara o dedos, visión borrosa o poco clara, vómito persistente, reducción en la cantidad de orina, dolor epigástrico, el cual es un síntoma tardío de la enfermedad.

2.12.5.1.1 Tipos de Preeclampsia

Preeclampsia Leve: Presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg en una mujer previamente normotensa.

Preeclampsia Severa: Presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg en al menos 2 determinaciones con por lo menos 6 horas de diferencia.

2.12.5.2 Eclampsia

Enfermedad que afecta a la mujer en el embarazo o puerperio, que se caracteriza por convulsiones seguidas de un estado de coma, suele ir precedida de otras afecciones como hipertensión arterial, edemas o presencia de proteínas en la orina.

La Eclampsia es la forma más grave de toxemia en el embarazo, se caracteriza por convulsiones, hipertensión, proteinuria y edema general, es un padecimiento generado por el embarazo y se encuentra entre las causas principales de muerte materna y contribuye de manera importante a la mortalidad perinatal.

Los signos de convulsión inminente suelen incluir: ansiedad, dolor epigástrico, cefalea y visión borrosa.

2.12.6 Síndrome de Hellp

“El síndrome HELLP es el estado más grave de la enfermedad hipertensiva del embarazo, se caracteriza por la presencia del trastorno hipertensivo más una triada que involucra: hemólisis microangiopática, elevación de enzimas hepáticas y disminución del conteo de plaquetas” (Cunningham, Leveno, Hauth, Spong, 2011). Las pacientes con síndrome HELLP se asocian a complicaciones de mayor riesgo materno como lo son: Hemorragia cerebral, desprendimiento de retina, hematoma/ruptura hepática, insuficiencia renal aguda, coagulación intravascular diseminada, desprendimiento de placenta y por lo tanto a muerte materna. Por todo lo anterior se recomienda buscar por hallazgos de síndrome de HELLP en pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo. La principal confusión clínica del síndrome HELLP es el hígado graso agudo del embarazo, sin embargo existen parámetros que ayudan a su correcta identificación. La presencia de síndrome HELLP puede provocar la interrupción del embarazo a corto plazo y la administración de corticoides no mejora la morbilidad y mortalidad materna, pero puede ayudar en subir el conteo plaquetario disminuyendo la necesidad de transfusión y acortar la estancia hospitalaria. Gran parte de la disminución de la morbilidad y mortalidad materna asociada a trastornos hipertensivos del embarazo está en un adecuado diagnóstico y correcto manejo del síndrome HELLP.

2.12.7 Ruptura Prematura de Membranas Ovulares

Salida de líquido amniótico a través del orificio cervical y vagina después de las 20 semanas de gestación y antes de iniciar el trabajo de parto. La ruptura prematura de membranas (RPM) puede ocurrir cuando el feto es mayor o igual de 37 semanas de gestación (RPM a término), o antes de 37 semanas de gestación (RPM pre termino), el riesgo de infección para el embarazo aumenta con la RPM.

El periodo Latente es el intervalo entre la ruptura de membranas y el inicio del trabajo de parto. La duración del periodo latente varía de forma inversa a la edad gestacional.

La ruptura prematura de membranas puede ocasionar una infección grave de los tejidos de la placenta, llamada corioamnionitis puede causar desprendimiento de placenta, la compresión del cordón umbilical y la infección después del parto, puede provocar parto prematuro y muerte fetal.

2.12.7.1 Amniotomía

Es la ruptura artificial de las membranas amnióticas llevada a cabo por medio de la introducción de un instrumento punzante a través de la vagina.

2.12.8 Oligohidramnios

El oligohidramnios es un volumen deficiente de líquido amniótico; se asocia con complicaciones maternas y fetales.

Normalmente, la cavidad amniótica contiene entre 600 ml y 2.000 ml de líquido que tiene por objeto actuar como amortiguador protegiendo al feto de posibles golpes a lo largo de todo su desarrollo. Cantidades menores reciben el nombre de oligohidramnios y por encima de los 2 litros, se denominan polihidramnios.

Forma de diagnóstico es mediante la medición ecográfica del volumen de líquido amniótico. El manejo implica una estrecha vigilancia y evaluaciones ecográficas seriadas.

El volumen de líquido amniótico no se puede medir directamente de forma segura, excepto tal vez durante el parto por cesárea. Por lo tanto, el líquido deficiente se define indirectamente utilizando criterios ecográficos, por lo general el índice de líquido amniótico (ILA).

2.12.9 Embarazo Prolongado

Gestación que sobrepasa las 42 semanas completas.

En el Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango el embarazo prolongado ocurre en aproximadamente 20% de los embarazos.

Por lo general se debe a un error en el cálculo de fecha de concepción.

En la mayoría de embarazos prolongados la solución del parto es por cesaría transperitoneal.

2.12.10 Diabetes Gestacional

La diabetes mellitus gestacional es una forma de diabetes inducida por el embarazo, la cual es un alza en los niveles de glucosa en la sangre durante el embarazo.

No se conoce una causa específica de este tipo de enfermedad pero se cree que las hormonas del embarazo reducen la capacidad que tiene el cuerpo de utilizar y responder a la acción de la insulina.

“Esta se define como intolerancia a carbohidratos de gravedad variable, con inicio o primera identificación durante el embarazo. Esta definición se aplica sea que se use insulina o no para el tratamiento” (Cunningham, Leveno, Hauth, Spong, 2011).

El tratamiento de la Diabetes Gestacional es como en otro tipo de diabetes mellitus, se centra en mantener los niveles de azúcar en sangre en los rangos normales a través del procedimiento siguiente:

1. Alimentación por nutricionista.
2. Actividad física.
3. Monitoreo de glicemia.
4. Insulinoterapia.
5. Control obstétrico de alto riesgo.

La incidencia de la diabetes gestacional en el Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango es de 4% en el año.

Esto aumenta el riesgo de: Preeclampsia, Parto prematuro, Parto por cesarí.

2.12.11 Código Rojo

“El Código Rojo permite la aplicación de las mejores evidencias científicas disponibles, reduce las variaciones de la práctica, promueve la toma de mejores decisiones clínicas, mejora la eficiencia y los resultados de las pacientes que presentan complicaciones” (MSPAS, 2013).

Permite el manejo óptimo del tiempo, reposición adecuada del volumen sanguíneo, trabajo en equipo y el tratamiento multimodal.

El diagnóstico oportuno y manejo adecuado del choque hipovolémico en pacientes con hemorragia obstétrica por el personal de salud calificado, hace la diferencia entre la vida y la muerte, y cuando se realiza de forma adecuada se obtiene como resultado una vida salvada.

El objetivo del manual es fortalecer las competencias del recurso humano de los servicios de salud en el abordaje calificado de la hemorragia obstétrica desde la identificación de los factores de riesgo, prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento sistemático, rápido y en equipo, de tal forma que se logre disminuir la morbimortalidad por esta causa.

En el Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango clasifica el choque Hipovolémico en base a parámetros clínicos. Todas las mujeres gestantes o en el puerperio que presentan una pérdida calcula mayor de 1000 ml de sangre, presenta choque hipovolémico, debe ser activado código rojo.

Principios fundamentales del manejo del Código Rojo.

Una vez se tenga claro el diagnóstico de choque hipovolémico, el personal de salud debe tener claros los siguientes principios:

1. Priorizar siempre la condición materna sobre la fetal, debido a que una reanimación materna conlleva a una buena reanimación fetal.
2. El tratamiento materno adecuado y oportuno constituye la única prevención del sufrimiento fetal.
3. Trabajar siempre en equipo previamente sensibilizado y capacitado.
4. Reconocer que el organismo tolera mejor la hipoxia que la hipovolemia, por ello la estrategia de reanimación del choque hipovolémico en el momento inicial, se basa en el remplazo adecuado del volumen perdido calculado por los signos de choque.
5. La reposición de volumen se debe hacer con soluciones cristaloides, como primera opción la solución Hartmann y si no se cuenta con este tipo de solución, se debe utilizar solución salino 0.9%.
6. Actualmente no se recomienda el uso rutinario de soluciones coloidales como almidones, albumina, celulosa, porque no ofrecen ventajas en cuanto a la supervivencia en comparación a cristaloides. Si se utiliza no debe ser superior a 1000 ml en 14 horas o 20 ml/kg en 24 horas.
7. Para la reposición de líquidos la mejor opción es el catéter ancho y corto, ya que el volumen de administración de líquidos está limitado por el diámetro y longitud por el cual fluye, por lo que se deben colocar 2 catéteres # 16 (210 ml por minuto) o # 18 (105 ml por minuto).
8. En presencia de sangrados obstétricos activos, no se colocaran catéteres para infusión en miembros inferiores; resultan poco efectivos por contribuir con el sangrado venoso pelviano.
9. La infusión de cristaloides requerirá 3 veces el volumen de sangre perdida, es decir por cada 1 ml de sangre perdida se debe reponer 3 ml de solución cristaloides, colocando en bolo de 500 ml esta reposición y evaluando la respuesta con base a la presión arterial sistólica, temperatura, color de la piel, llenado capilar en las uñas, excreta urinaria.

10. La disfunción de la cascada de la coagulación comienza con la hemorragia y es agravada por la hipotermia y la acidosis. De tal forma que si en la primera hora no se ha corregido el estado de choque hipovolémico ya se debe considerar la posibilidad de una Coagulación Intravascular Diseminada (CID) establecida.

11. En caso de choque hipovolémico severo la primera unidad de células empacadas se debe iniciar en un lapso de 15 minutos. Y en el resto de casos se debe iniciar en un lapso de 50 minutos.

Acciones a realizar en pacientes con hemorragia obstétrica.

Identificación de factores de riesgo y mujer con riesgo de sangrar.

Prevención:

Corrección anemia antes del parto.

Hidratación durante trabajo de parto.

MATEP.

Secuencia del CODIGO ROJO.

Todo el personal de salud que atiende a pacientes obstétricas debe estar familiarizado con los signos clínicos del choque hipovolémico y la secuencia que debe llevar:

1. Activación del código Rojo. (Minuto 0)
2. Reanimación y Diagnostico (1 a "0 minutos)
3. Tratamiento dirigido (20 a 60 minutos)
4. Manejo avanzado (Mayor de 60 minutos)

La secuencia del código rojo se basa en 4 eslabones y el equipo de respuesta ante la activación del Código es de tres personas:

1. Coordinador
2. Asistente 1.
3. Asistente 2.

La activación la realizara la primera persona de salud que tiene contacto con la paciente que sangra y evalúa los parámetros descritos en el cuadro No. 1 determina en su orden: estado de conciencia, perfusión, pulso y por último la presión arterial sistólica.

Organización del Equipo de Trabajo.

Con el fin de evitar caos durante la asistencia de una situación crítica como la de una hemorragia obstétrica con choque hipovolémico, es necesario organizar el equipo humano disponible con asignación de funciones específicas, las cuales deben ser previamente conocidas y estudiadas en los entrenamientos institucionales.

La organización del equipo mejora las condiciones de trabajo y facilita la realización de las funciones para la recuperación y mantenimiento de la vida de la mujer en choque. Cada miembro participante en el Código Rojo debe cumplir sus funciones con el fin de evitar la duplicación o la falta de realización de alguna de ellas.

La activación del Código Rojo la hace la primera persona de salud que entra en contacto con la paciente que está sangrando.

Funciones de los responsables del Código Rojo.

Se requieren mínimo tres personas.

Coordinador (a): debe ser el médico general o donde esté disponible el especialista en ginecología y obstetricia. En caso de no estar presente el médico, debe ser la persona con mayor experiencia en el manejo de esta situación como un enfermero (a) profesional, sin embargo, el médico siempre debe acudir antes de los 20 minutos ya que es la única persona que pueda tomar una decisión quirúrgica en pacientes con hemorragia obstétrica.

Esta persona debe estar posicionada en la parte inferior del cuerpo, a lado derecho de la paciente, al lado de la pelvis o frente a la región perineal, según sea el caso, para intervenir en las maniobras necesarias de control del sangrado.

Sus funciones son:

1. Asigna los asistentes 1 y 2.
2. Con la información de los signos y síntomas, clasifica el grado de choque en el que se encuentra la paciente y su evolución en el tiempo de reanimación y remplazo de volumen.
3. Busca la causa del choque hemorrágico e inicia el tratamiento. En la hemorragia post parto, apóyese en nemotécnico de las cuatro "T": tono, trauma, tejido y trombina. Debe verificar que el útero este duro y por debajo del ombligo (globo de seguridad), realizar la revisión del canal cérvico-vaginal y de la cavidad uterina.
4. Previa antisepsia coloca sonda Foley para medición de excreta urinaria, descartar primer volumen de orina obtenida.
5. Toma la decisión de trasladar o de asumir el caso de acuerdo con la causa y el recurso disponible para la intervención.
6. Ordena la aplicación de los hemocomponentes y medicamentos.
7. Verifica continuamente que las funciones de los asistentes se cumplan y define los cambios a realizar dependiendo de la evolución clínica de la paciente.
8. Brinda la información requerida para los familiares o acompañante a través de la persona asignada a esta función.

Asistente 1: Puede ser médico, enfermera profesional o auxiliar de enfermería. Lo único que se requiere para esta función es cumplimiento y atención para realizar lo siguiente:

1. Se coloca en la cabecera donde se encuentra la paciente.
2. Explica brevemente los procedimientos a seguir y brinda confianza.
3. Permeabilizar la vía aérea con la elevación del mentón en casos de pacientes con alteración del estado de conciencia. Maniobra de elevación del mentón: los dedos de una mano se coloca bajo la mandíbula, que se hala un poco hacia arriba para llevar el mentón labio inferior para abrir la boca. No debe sobre extenderse el cuello.
4. Garantiza el suministro de oxígeno con mascarilla con reservorio a 8 litros/minuto o puntas nasales a 3 litros/minuto en caso de no haber mascarilla.

5. Toma la presión arterial, el pulso, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno (si está disponible), y moni toreo de excreta urinaria.
6. Informa a coordinador los signos clínicos de choque para ajustar el volumen a suministrar.
7. Conserva la temperatura de la paciente cubriéndola con frazadas.
8. Si el feto aún está en útero y tiene más de 20 semanas, mantenga la posición de la paciente con desviación hacia la izquierda. Esta maniobra no aplica en el postparto.
9. Anota los eventos en la hoja de registro del Código Rojo.

Asistente 2: puede ser médico, enfermera profesional o auxiliar de enfermería, igualmente se requiere cumplimiento y atención para realizar lo siguiente:

1. Se coloca al lado izquierdo de la paciente.
2. Garantiza el acceso y funcionamiento de 2 vías venosas con catéteres # 14 o 16, una en cada brazo.
3. Toma la muestra sanguíneas en cuatro tubos, e inicia la infusión de cristaloides.
4. Realiza las órdenes de laboratorios necesarios para Hb, Hto, plaquetas, TP, TPT, fibrinógeno, compatibilidad y grupo y Rh. En instituciones de alta complejidad solicita dímero D y gases arteriales.
5. Coloca las transfusiones en el catéter de mayor calibre.
6. Aplica los líquidos y medicamentos definidos por el coordinador.
7. Identifica adecuadamente los tubos y verifica que lleguen oportunamente al laboratorio y banco de sangre.
8. Mantiene contacto con el coordinador (a) del Código Rojo para garantizar la información oportuna y veraz de la condición de la paciente a los familiares.
9. Recluta más personal si se requiere.
10. Colabora con el coordinador (a) en la realización de procedimientos en caso de ser requerido.

Clasificación de Choque Hipovolémico con base a parámetros clínicos

Perdida de volumen en ml	Estado de conciencia	Perfusión	Pulso (latidos/minuto)	Presión Arterial Sistólica (mmHg)	Grado de Choque
500 a 1000 ml	Normal	Normal	60 – 100	Mayor de 90	Compensado
1000 a 1500 ml	Ansiedad	Palidez, frialdad	100 – 120	80 – 90	Leve
1500 a 2000 ml	Ansiedad, confusión mental	Palidez, frialdad, sudoración	120 – 140	70 – 79	Moderado
Mayor de 2000 ml	Confusión mental, letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad, sudoración, llenado capilar mayor de 3 segundos	Mayor de 140	Menor de 70	Severo

2.13 Muerte de Mujeres en Edad Fértil

“La que se produce en mujeres de 10 a 54 años de edad. A nivel mundial, el rango de edad para mujeres en edad reproductiva es de 15 a 44 años, en Guatemala se amplió el rango a 10 a 54 años para la vigilancia de la mortalidad materna, con base al antecedente de reporte de casos de muerte materna en menores de 15 y mayores de 45 años e inicio de relaciones sexuales más temprano” (Polit, 2000).

2.14 Muerte Materna

Es la muerte de una mujer vinculada con el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo que es producto de complicaciones del embarazo mismo, la cadena de acontecimientos que se inicia con el embarazo y lleva al fallecimiento, o agravamiento de un trastorno no relacionado por los efectos fisiológicos o farmacológicos de la gestación.

2.15 Clasificación de Muertes Maternas

2.15.1 Muerte Materna Directa

La muerte de la madre que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, el trabajo de parto o el puerperio así como de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o una cadena de sucesos resultantes de cualquiera de esos factores. Un ejemplo es la muerte materna por exanguinación luego de la rotura uterina.

2.15.2 Muerte Materna Indirecta

Un deceso materno que no se debe de manera directa a una causa obstétrica. El fallecimiento que es resultado de una enfermedad previa o de una que se presentó durante el embarazo, el trabajo de parto o el puerperio, la cual se agravó por la adaptación fisiología relacionada a la gestación. Un ejemplo es la muerte materna por complicaciones de la estenosis de válvula mitral.

2.15.3 Muerte Materna Prevenible

Es aquella muerte que sucede debido a un manejo inadecuado, descuido en su atención, diagnóstico incorrecto, falta de recursos materiales o humanos para la atención.

2.15.4 Muerte Materna Potencialmente Prevenible

Es aquella muerte que presentó una patología grave en la que se hizo un diagnóstico y un tratamiento adecuado pero tardío.

2.15.5 Muerte Materna no Prevenible

Es aquella muerte que sucedió a pesar de un diagnóstico y tratamiento adecuado.

2.15.6 Muerte Materna Temprana

Es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas que ocurre antes o hasta el día 42 posparto.

2.15.7 Muerte Materna Tardía

“Es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 43 días pero antes de los 365 días de la terminación del embarazo” (OPS, 1998).

2.16 Muerte Materna Institucional

Es la muerte de una paciente que tuvo al menos un contacto con los servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio. Se subdivide en:

2.16.1 Muerte Materna Dentro de los Servicios de Salud

Es la que sucede dentro de la red de servicios de salud.

2.16.2 Muerte Materna Fuera de los Servicios de Salud

Es la que sucede fuera de la red de servicios de salud (domicilio, vía pública) pero que tuvieron al menos un contacto con ellos, durante el embarazo, parto o puerperio.

2.17 Muerte no Obstétrica

Fallecimiento de la madre que es producto de causas accidentales o incidentales no vinculadas con el embarazo. Un ejemplo es la muerte por un accidente automovilístico o un cáncer concomitante.

2.18 Eslabón Crítico

Error de omisión, dilación o de insuficiente calidad en los procesos organizacionales y de atención en los servicios de salud, asociados directamente a los casos de muerte materna.

2.19 Eslabones de Alerta

Error de omisión, dilación o de insuficiente calidad en los procesos organizacionales y de atención en los servicios de salud, que influyen indirectamente en la muerte materna.

2.20 Demoras

Barreras que las mujeres encuentran para acceder y utilizar los servicios de salud. Las demoras se clasifican en:

2.20.1 Primera Demora: reconocimiento del problema (signos y señales de peligro)

2.20.2 Segunda Demora: Oportunidad de la decisión

2.20.3 Tercera Demora: Acceso a la atención

2.20.4 Cuarta Demora: Calidad de la atención

2.21 Plan de Emergencia

La presencia de un signo de peligro o de alarma durante el embarazo requiere de una respuesta inmediata y eficaz por parte de la gestante, la pareja y su entorno familiar. Si no se atiende a tiempo se puede complicar el estado de salud de la madre y el bebe. Por lo que se debe realizar un Plan de Emergencia.

Para realizarlo deberá tomar en cuenta lo siguiente:

1. Que la embarazada y su familia conozcan las señales de peligro o de alarma que necesitan atención inmediata.
2. Identificar el establecimiento de salud apropiado a dónde acudir.
3. Determinar cómo va a trasladarse la gestante y que el transporte esté disponible en cualquier momento.
4. Tener dinero disponible para cubrir los gastos mínimos que se generen en la atención de la emergencia.
5. Decidir cómo se van a comunicar la pareja y/o familiares clave durante la emergencia.
6. Quien va acompañar a la gestante.
7. Planificar quienes quedaran al cuidado de los otros miembros de la familia y de la casa cuando ocurra la emergencia.
8. Tener un maletín listo con identificación y artículos de uso personal necesarios para la gestante y su bebe.

CAPITULO III

SITUACIÓN ACTUAL DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS

3.1 Diagnostico de la situación actual de la Unidad de Análisis del Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional del Departamento de Chimaltenango de la Ciudad de Guatemala, en cuanto a Conocimientos del personal auxiliar de enfermería sobre el manejo adecuado en las mujeres embarazadas que presentan complicaciones en el tercer trimestre del embarazo.

El Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango cuenta con los servicios de Consulta Externa, Emergencia, Labor y Partos, Recién Nacidos, Post-Parto y Ginecología. En estos servicios labora un total de 78 Auxiliar de Enfermería que brinda atención a mujeres embarazadas, parto, puerperio y complicaciones que puedan padecer en estas etapas, así también a mujeres víctimas de abuso sexual y pacientes de ginecología.

A continuación se describe la clasificación del personal Auxiliar de Enfermería según el servicio en que labora, edad, experiencia laboral y nivel de escolaridad:

En el servicio de Consulta Externa labora un total de 6 Auxiliares de Enfermería, comprenden entre las edades de 34 a 55 años de edad, contado con una experiencia laboral de 7 a 25 años y con un nivel escolar de sexto primaria - tercero básico.

En el servicio de Emergencia labora un total de 11 Auxiliares de Enfermería, comprenden entre las edades de 22 a 43 años de edad, contado con una experiencia laboral de 1 a 12 años y con un nivel escolar de sexto primaria - tercero básico.

En el servicio de Labor y Partos labora un total de 26 Auxiliares de Enfermería, comprenden entre las edades de 20 a 38 años de edad, contado con una experiencia laboral de 4 meses a 15 años y con un nivel escolar de tercero básico - diversificado.

En el servicio de Recién Nacidos labora un total de 17 Auxiliares de Enfermería, comprenden entre las edades de 24 a 60 años de edad, contado con una experiencia laboral de 7 meses a 28 años y con un nivel escolar de tercero básico – universitario.

En el servicio de Post-Parto y Ginecología labora un total de 18 Auxiliares de Enfermería, comprenden entre las edades de 26 a 53 años de edad, contado con una experiencia 7 meses a 27 años y con un nivel escolar de sexto primaria - diversificado.

Estos datos fueron obtenidos a través de las enfermeras jefes de los diferentes servicios del Ala Materna Neonatal, debido a que ellas cuentan con la información respectiva de cada uno de los auxiliares de enfermería.

El Personal Auxiliar de Enfermería que labora en todos los servicios del Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango en su totalidad oscilan entre las edades de 20 a 60 años, contando con una experiencia laboral de 7 meses a 28 años, según su nivel de escolaridad están entre sexto primaria – universitario.

Esto nos indica que según la experiencia laboral, los conocimientos que tienen sobre las complicaciones maternas en el tercer trimestre varían en cada uno.

En el año 2017 en el Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango se atendieron 394 mujeres por complicaciones en el embarazo, siendo las principales causas: Hemorragia vaginal, Preeclampsia e Infecciones del Tracto Urinario.

De Enero a Diciembre del año 2017 se reportaron 7 muertes maternas en el Ala Materna Neonatal del Hospital de Chimaltenango, clasificadas de la siguiente manera:

5 Muertes Maternas por Shock Hipovolémico y 2 por Eclampsia, datos obtenidos de:

(Informe Mensual de Estadística de Salud Morbilidad y Mortalidad Hospitalaria del año 2017)

3.2 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	INSTRUMENTO
Conocimiento del personal auxiliar de enfermería sobre el manejo adecuado en las mujeres embarazadas que presentan complicaciones en el tercer trimestre del embarazo que ingresan al ala materna neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango.	Fundamento teórico y práctico que posee el personal auxiliar de enfermería del ala materna neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango sobre el manejo adecuado en las mujeres embarazadas que presentan complicaciones en el tercer trimestre del embarazo.	Noción o idea que posee el personal auxiliar de enfermería que atiende a las mujeres embarazadas que ingresan al ala materna neonatal sobre el manejo de complicaciones en el tercer trimestre del embarazo.	Complicaciones en mujeres embarazadas en el tercer trimestre del embarazo: Hemorragia vaginal. Placenta previa parcial. Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.	<p>1. Las Complicaciones Maternas que inician a partir de las 27 semanas de embarazo son clasificadas como:</p> <p>a) Complicaciones del primer trimestre. b) Complicaciones del segundo trimestre. c) Complicaciones del tercer trimestre. d) Todas son correcta.</p> <p>2. Las principales Complicaciones en el tercer trimestre del embarazo son:</p> <p>a) Hemorragia vaginal. b) Preeclampsia. c) Eclampsia. d) Todas son correctas.</p> <p>3. Las causas más frecuentes de Hemorragia Vaginal durante el tercer trimestre del embarazo son:</p> <p>a) Hipertensión y Diabetes Gestacional. b) Placenta Previa y Desprendimiento Prematuro de Placenta. c) Infecciones Urinarias y Cefalea d) Todas son correcta.</p>

			Choque Hipovolémico	<p>4.El Choque Hipovolémico se define como:</p> <p>a) Una condición producida por la pérdida de azúcar en la sangre.</p> <p>b) Una condición producida por la pérdida de calcio.</p> <p>c) Una condición producida por la pérdida significativa de sangre.</p> <p>d) Ninguna es correcta.</p>
			Placenta Previa	<p>5. Es la formación del tejido Placentario o Placenta en el Útero, en un lugar fuera de lo normal esto es definición de:</p> <p>a) Desprendimiento de Placenta</p> <p>b) Placenta Previa</p> <p>c) Embarazo Ectópico</p> <p>d) Todas son correctas.</p>
			Oligohidramnios	<p>6. Es un volumen deficiente de líquido amniótico y la forma de diagnóstico es mediante la medición ecográfica:</p> <p>a) Polihidramnios</p> <p>b) Oligohidramnios</p> <p>c) Anhidramnios</p> <p>d) Todas son correctas</p>
			Afecciones Hipertensivas del Embarazo	<p>7. Son complicaciones causadas por la Hipertensión en el embarazo:</p> <p>a) Hemorragia Vaginal y Desprendimiento de Placenta.</p>

				<p>b) Preeclampsia y Eclampsia.</p> <p>c) Diabetes Mellitus y Cefalea</p> <p>d) Todas son correctas</p> <p>8. Es el estado más grave de los trastornos Hipertensivos del embarazo y sus principales complicaciones son renales, hepáticas, cerebrales y hematológicas:</p> <p>a) Preeclampsia.</p> <p>b) Eclampsia.</p> <p>c) Síndrome de Hellp.</p> <p>d) Ninguna es correcta.</p> <p>9. ¿Cuáles son los síntomas más comunes de la Preeclampsia?</p> <p>a) Proteinuria, Cefalea, Edema en cara y dedos.</p> <p>b) Sed excesiva, Náuseas y Vómitos.</p> <p>c) Dolor al orinar, Diarrea y Estreñimiento.</p> <p>d) Todas son correctas</p> <p>10. ¿Cuál es el signo característico de la Eclampsia?</p> <p>a) Diarrea</p> <p>b) Convulsiones</p> <p>c) Vómitos</p> <p>d) Todas son correctas</p> <p>11. Es el alza en los niveles de Glucosa en la sangre durante el embarazo.</p> <p>a) Embarazo prolongado.</p> <p>b) Eclampsia.</p> <p>c) Diabetes</p>
			Síndrome de Hellp.	
			Preeclampsia.	
			Eclampsia.	
			Diabetes gestacional.	

			Código Rojo	<p>d) Gestacional. Todas son correctas.</p> <p>12. Es un manual de manejo que permite la aplicación de las mejores evidencias científicas disponibles, reduce las variaciones de la práctica, promueve la toma de decisiones clínicas, mejora la eficiencia y los resultados de las pacientes que presentan hemorragia vaginal:</p> <p>a) Código Rojo. b) Manual de Procedimientos. c) Manejo avanzado. d) Todas son correctas</p> <p>13. Todo personal de salud que atiende a pacientes obstétricas deben estar familiarizado con los signos clínicos del Choque Hipovolémico los cuales son:</p> <p>a) Sudoración. b) Palidez generalizada. c) Hipotensión. d) Todas son correctas.</p>
--	--	--	-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>14. ¿Cuál es la secuencia de la activación del código rojo?</p> <p>a) Activación del código Rojo, Reanimación y Diagnostico, Tratamiento Dirigido, Manejo Avanzado.</p> <p>b).Manejo Avanzado, Reanimación y Diagnostico, Activación del código Rojo, Tratamiento Dirigido.</p> <p>c) Activación del código Rojo, Reanimación y Diagnostico, Manejo Avanzado, Tratamiento Dirigido.</p> <p>d) Ninguna es correctas.</p> <p>15. La secuencia del Código Rojo se basa en eslabones y el equipo de respuesta ante la activación, ¿Cuántas personas la constituyen?</p> <p>a) Coordinador.</p> <p>b) Asistente 1</p> <p>c) Asistente 2.</p> <p>d) Todas son correctas.</p>
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.3 APECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1 Derecho a la Autodeterminación. Se informo a todos los participantes que tienen el derecho a decidir si colaboraban o no en el estudio, se les informo el objetivo de la información y que pueden abordar el estudio cuando así lo desearan y se les proporciono la carta del consentimiento informado.

3.3.2 Derecho a la Intimidad. Se les dio a conocer a todos los participantes que tenían el derecho a decidir el momento, la cantidad de información y las circunstancias generales para que la información que proporcionararan fuera confidencial.

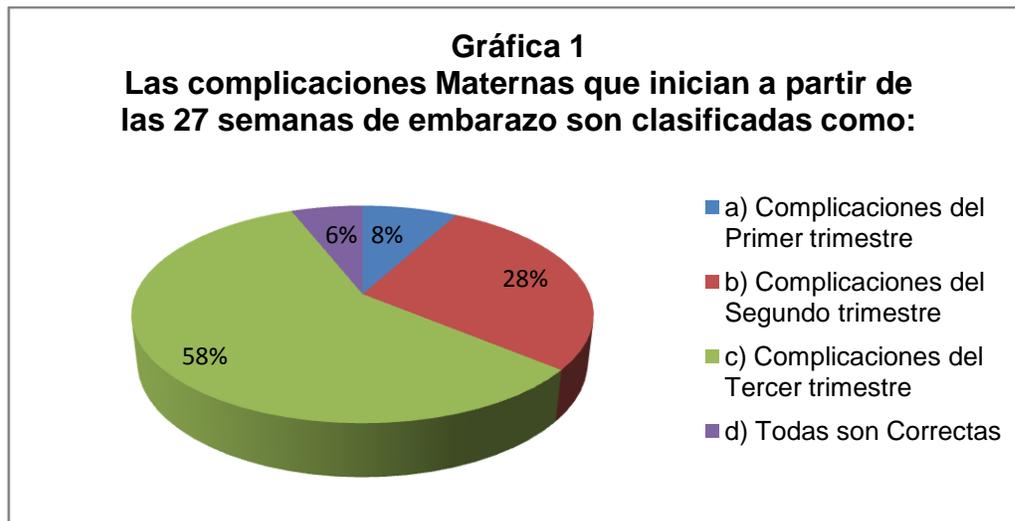
3.3.3 Derecho al Anonimato y a la Confidencialidad. Tomando como base el derecho a la intimidad se les dio a conocer que tenían el derecho a reservar su nombre y que la información proporcionada seria confidencial.

3.3.4 Justicia. Basado en el principio ético de justicia, todos los participantes recibieron trato justo, sin discriminación alguna, ya sea de índole social, cultural, étnica, de género, entre otros.

3.3.5 Consentimiento Informado. Se elaboro una carta de consentimiento informado escrita la que fue leída analizada y autorizada por cada sujeto de estudio, para que fuera parte de la investigación. La carta en mención especifica todos los principios éticos descritos anteriormente.

3.4 ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados que a continuación se presentan están basados en el objetivo del estudio.



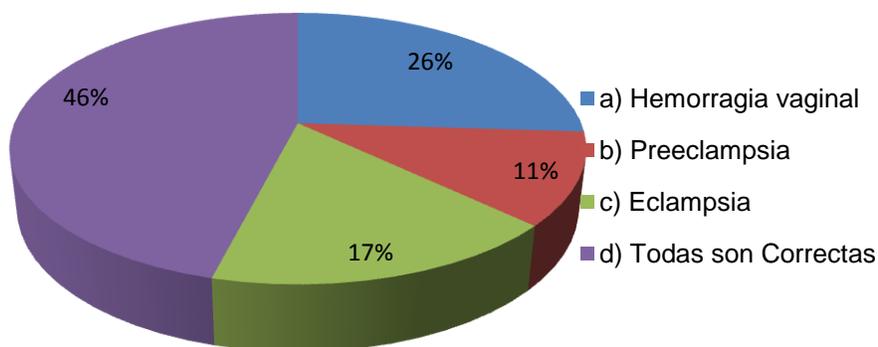
FUENTE: Cuestionario a personal auxiliar de Enfermería de los servicios del ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango, Abril 2018.

El 58% del personal Auxiliar de Enfermería de los servicios del Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango posee conocimiento alto sobre las complicaciones del tercer trimestre.

El tercer trimestre de embarazo es desde las 27 semanas hasta que el bebe nace, de 38 a 40 semanas, en este tiempo de embarazo pueden surgir algunas complicaciones que ponen en riesgo a la madre y al bebé.

Sin embargo el 42% del personal Auxiliar de Enfermería refleja conocimiento bajo sobre la clasificación de la edad gestacional, según las semanas de embarazo, lo que constituye un riesgo para la salud de las mujeres embarazadas, porque no podrían actuar con precisión y con el conocimiento adecuado sobre el manejo de cada complicación según la edad gestacional.

Gráfica 2
Las principales Complicaciones en el tercer trimestre del embarazo son:

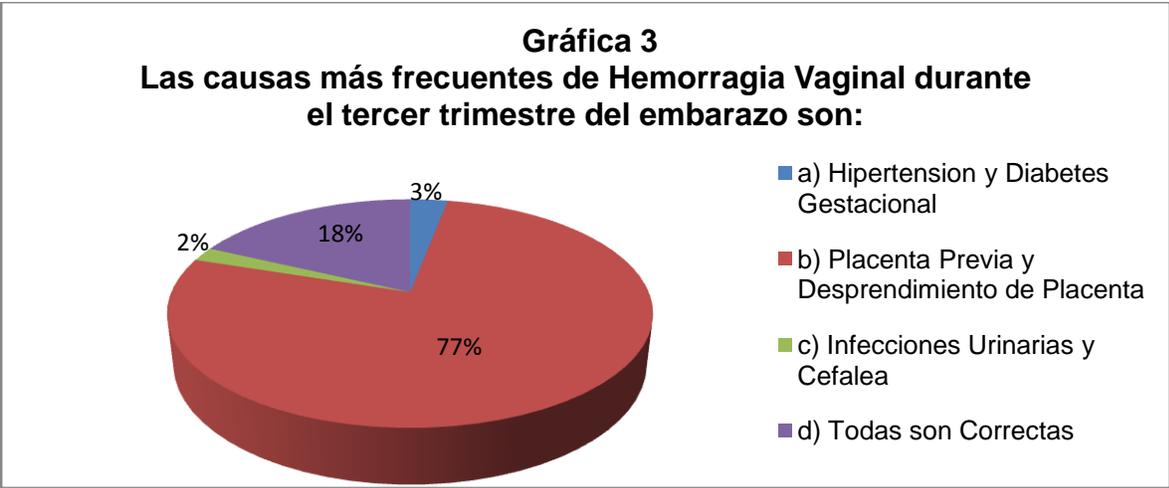


FUENTE: Cuestionario a personal auxiliar de Enfermería de los servicios del ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango, Abril 2018.

El 46% del personal Auxiliar de Enfermería tiene el conocimiento que en el tercer trimestre del embarazo las principales complicaciones son hemorragia vaginal, preeclampsia y Eclampsia, lo cual favorece a un porcentaje de la población de mujeres embarazadas que son atendidas en el área de maternidad, favoreciendo la calidad de atención brindada.

El 54% del personal Auxiliar de Enfermería tiene déficit de conocimiento sobre las principales complicaciones en el tercer trimestre del embarazo, esta situación pone en riesgo la salud de las mujeres embarazadas debido a que las decisiones tomadas por el personal auxiliar de enfermería no podrían ser adecuadas.

Las complicaciones son los problemas de salud que se producen durante el embarazo y pueden ser diferentes en cada uno, dichas complicaciones pueden afectar la salud de la madre, del bebé o de ambos, Entre las complicaciones principales en el tercer trimestre están: Hemorragia vaginal, preeclampsia y eclampsia estas complicaciones pueden ser atendidas oportunamente por el personal de salud, ya que ellos son el primer contacto que tienen las mujeres embarazadas cuando llegan a los servicios.



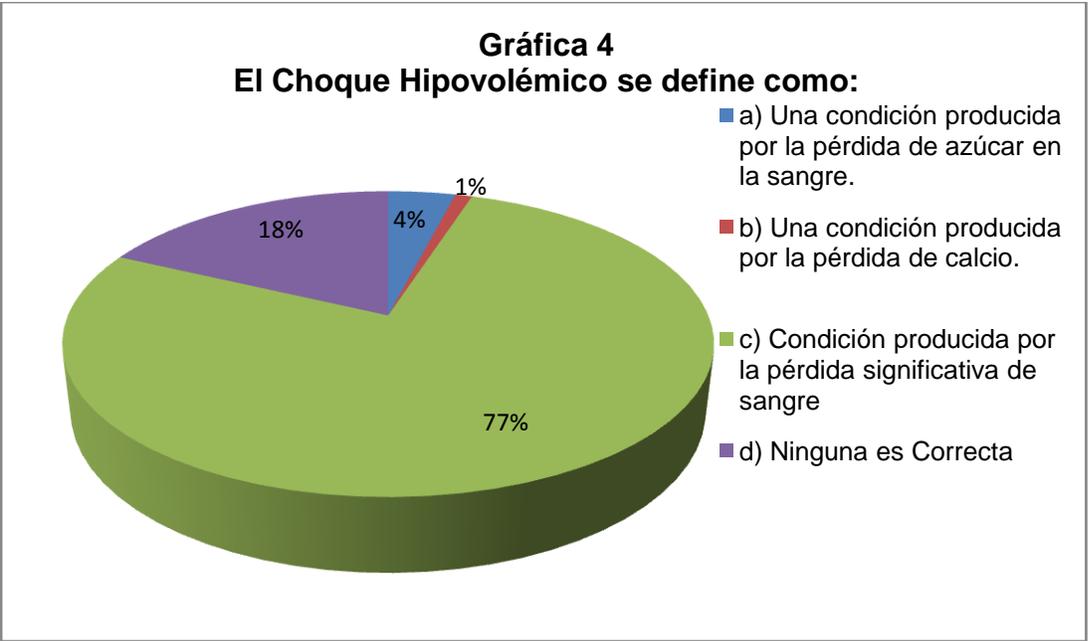
FUENTE: Cuestionario a personal auxiliar de Enfermería de los servicios del ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango, Abril 2018.

El 77% del personal Auxiliar de Enfermería posee el conocimiento alto sobre las causas más frecuentes de hemorragia vaginal en el tercer trimestre lo cual beneficia el manejo y la pronta atención que se presta al momento de atender una complicación de tal naturaleza.

Las causas más frecuentes de hemorragia vaginal durante los últimos meses de embarazo es la placenta previa y el desprendimiento de placenta, la cual presenta, presencia de sangre color rojo brillante sin o con dolor, suele iniciarse con simples manchas o hemorragia abundante.

El desprendimiento de placenta causa hemorragia vaginal lo cual es un signo de alarma para la mujer embarazada y puede provocar la muerte del feto, ya que la placenta es el medio por el cual la madre alimenta al niño y garantiza su vitalidad.

El 23% del personal Auxiliar de Enfermería tiene conocimiento bajo sobre las causas de hemorragia vaginal en el tercer trimestre de embarazo, y esto no ayuda en la pronta atención de la embarazada, debido que al presentar hemorragia vaginal en el tercer trimestre, si no se identifica la causa el manejo no sería el adecuado y podría causar muerte materna.

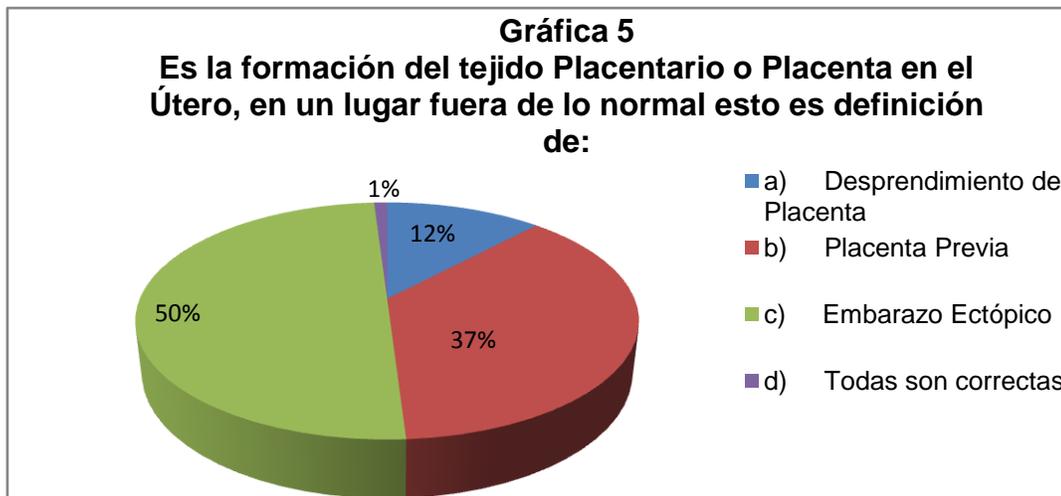


FUENTE: Cuestionario a personal auxiliar de Enfermería de los servicios del ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango, Abril 2018.

El 77% del personal Auxiliar de Enfermería tiene el conocimiento alto sobre Choque Hipovolémico, esto es una fortaleza y es importante que todos lo conozcan para que actúen de forma correcta ante una hemorragia vaginal.

El Choque Hipovolémico es una condición producida por una rápida y significativa pérdida de volumen intravascular calculada mayor de 1,000 ml. provocando consecuentemente inestabilidad hemodinámica, disminución de la perfusión tisular del intercambio gaseoso, hipoxia celular, daño a órganos y la muerte.

Sin embargo un 23% del personal Auxiliar de Enfermería tiene conocimiento bajo, lo que evidencia la necesidad de reforzar sobre este tema para que sus actuaciones estén encaminadas a la prevención de muertes maternas.



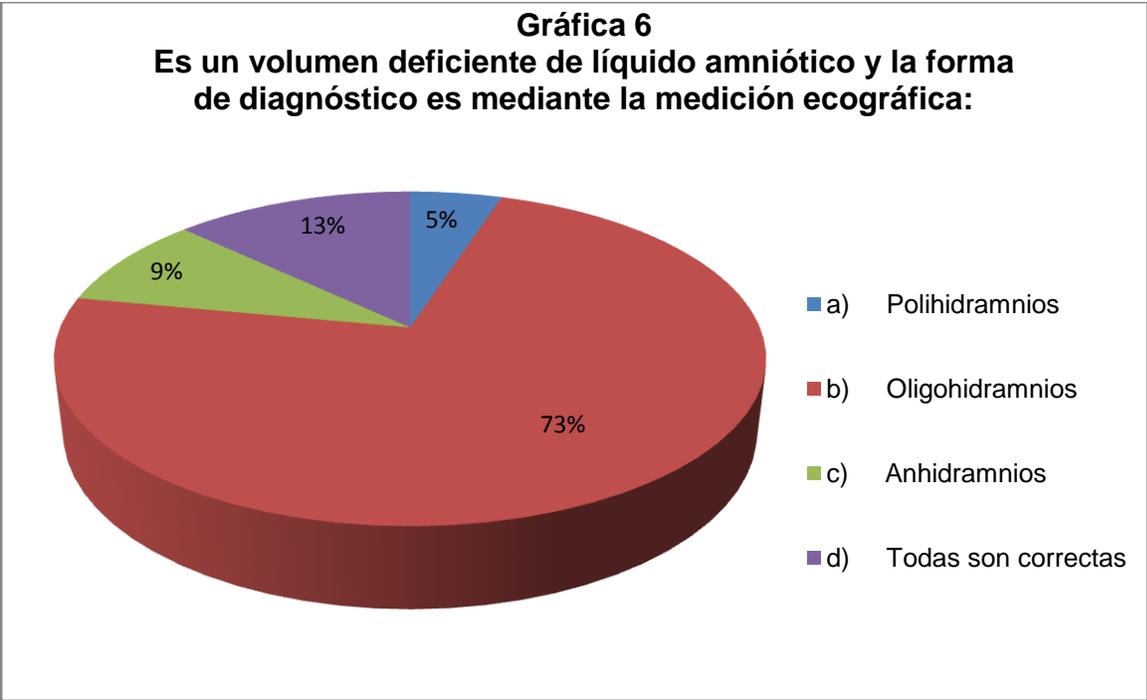
FUENTE: Cuestionario a personal auxiliar de Enfermería de los servicios del ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango, Abril 2018.

El 37% del personal Auxiliar de Enfermería tiene conocimiento sobre la diferencia entre placenta previa, desprendimiento de placenta y embarazo ectópico, lo que beneficia a la población de mujeres embarazadas, ya que el personal auxiliar podrá brindar los cuidados y la educación necesaria para prevenir complicaciones futuras y evitar muertes maternas y neonatales.

Placenta previa es la formación del tejido placentario o placenta en el útero, en un lugar fuera de lo normal, la placenta se encuentra implantada anormalmente en relación con el orificio interno del cuello uterino, sea cubriéndolo parcial o totalmente. Desprendimiento de Placenta es la separación prematura patológica de la placenta de la pared uterina, a partir de la vigésima semana de gestación.

Embarazo Ectópico es un embarazo que se desarrolla fuera del útero, usualmente en las trompas de Falopio

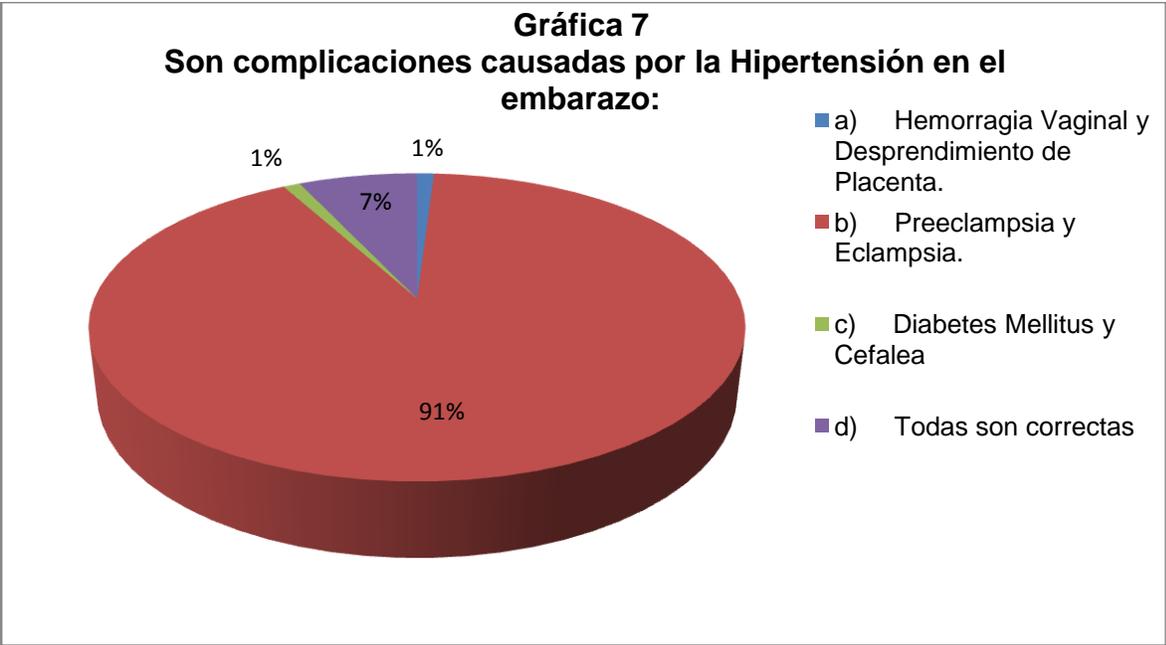
Es preocupante que el 63% del personal Auxiliar de Enfermería quien tiene más contacto directo con las pacientes tiene conocimiento bajo sobre placenta previa, es de vital importancia fortalecer esos conocimientos ya que es una de las principales causas de hemorragia vaginal y una de las complicaciones que se presentan en el Ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango.



FUENTE: Cuestionario a personal auxiliar de Enfermería de los servicios del ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango, Abril 2018.

El 73% del personal Auxiliar de Enfermería identifica que el oligohidramnios es el volumen deficiente de líquido amniótico y la forma de diagnóstico es mediante la medición ecográfica, lo cual es una fortaleza dicho conocimiento para una atención adecuada a las embarazadas.

Es importante tomar en cuenta al 27% del personal Auxiliar de Enfermería que refleja un déficit de conocimiento sobre oligohidramnios, si no se detecta a tiempo esta complicación puede causar taquicardia o bradicardia en el feto seguido por muerte fetal.

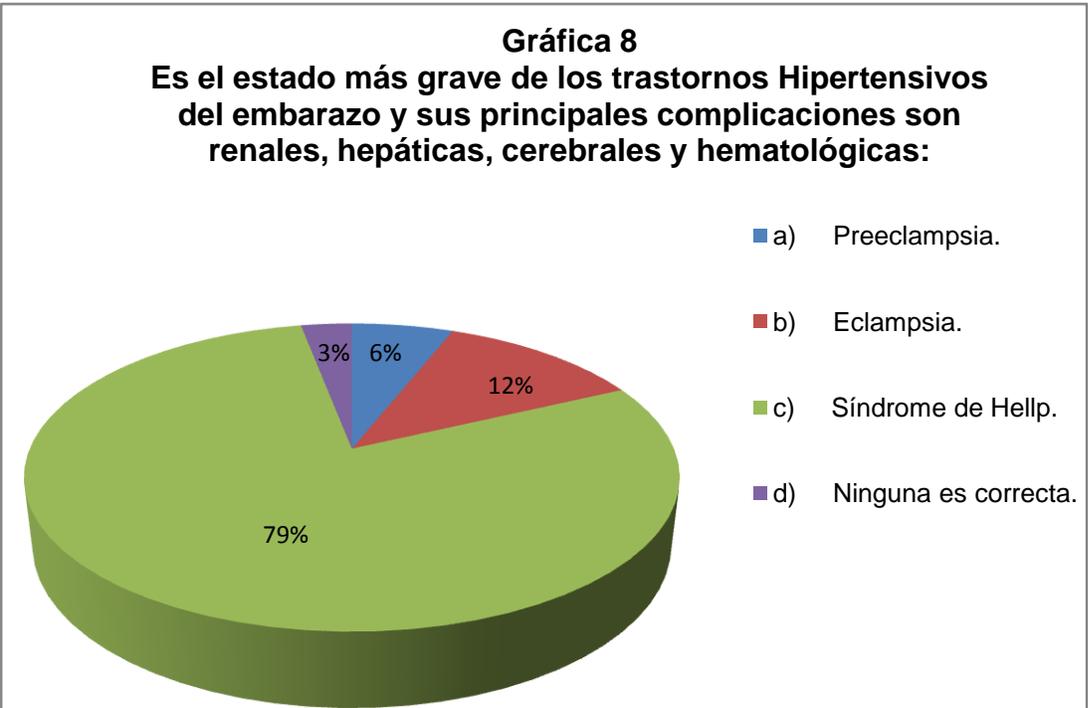


FUENTE: Cuestionario a personal auxiliar de Enfermería de los servicios del ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango, Abril 2018.

El 91% del personal Auxiliar de Enfermería tiene conocimiento alto de las complicaciones causadas por la hipertensión en el embarazo, lo cual constituye una fortaleza, ya que mediante la detección oportuna de las mismas se disminuye el riesgo de muertes maternas y neonatales.

El 9% de personal Auxiliar de Enfermería refleja conocimiento bajo sobre las complicaciones causadas por la hipertensión, las cuales ponen en riesgo la vida de la embarazada y el feto.

Las afecciones hipertensivas incluyen diversas perturbaciones vasculares que existen desde antes del embarazo o se producen como complicación durante la gestación o en el puerperio temprano, dos de las categorías de hipertensión inducida por el embarazo son preeclampsia y eclampsia.



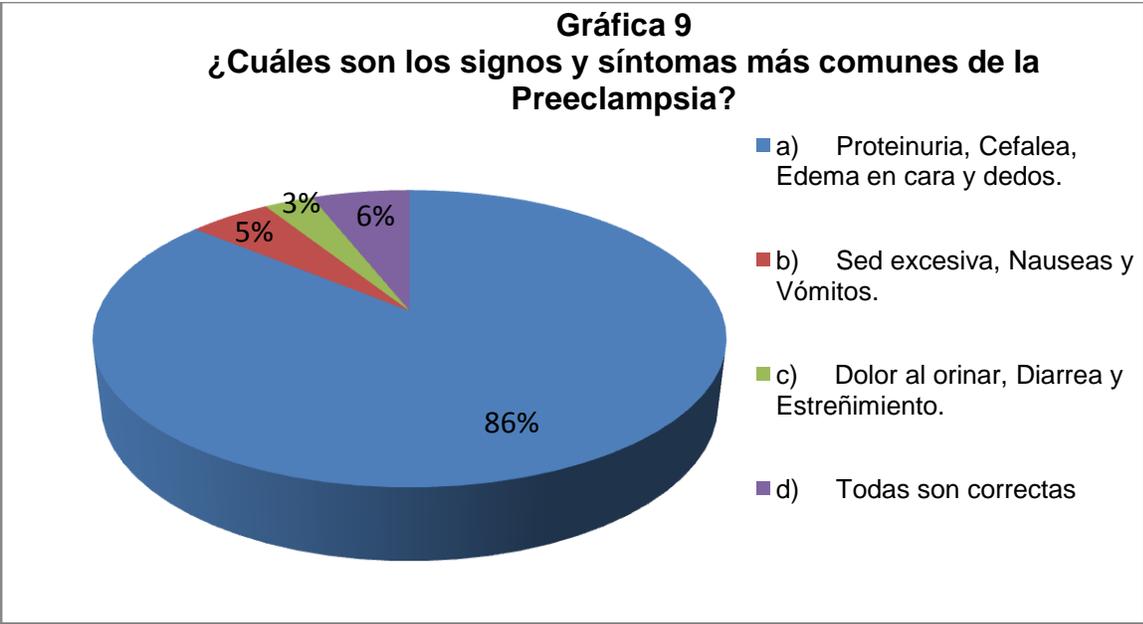
FUENTE: Cuestionario a personal auxiliar de Enfermería de los servicios del ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango, Abril 2018.

El 79 % del personal Auxiliar de Enfermería identifico el síndrome de Hellp como el estado más grave de los trastornos hipertensivos del embarazo, es una fortaleza que el personal tenga conocimiento sobre esta complicación debido a que es una de las principales causas de traslado a hospitales del tercer nivel de atención.

“El síndrome Hellp se caracteriza por la presencia del trastorno hipertensivo más una triada que involucra: hemolisis microangiopática, elevación de enzimas hepáticas y disminución del conteo de plaquetas” (Cunningham, Leveno, Hauth, Spong, 2011).

Las pacientes con síndrome Hellp se asocian a complicaciones de mayor riesgo materno como lo son: Hemorragia cerebral, desprendimiento de retina, hematoma/ruptura hepática, insuficiencia renal aguda, coagulación intravascular diseminada, desprendimiento de placenta y por lo tanto a muerte materna.

El 21% del personal Auxiliar de Enfermería tiene déficit de conocimiento sobre el síndrome de Hellp, lo que no beneficia la atención y traslado inmediato a servicios de mayor complejidad de las pacientes que presentan esta complicación materna.



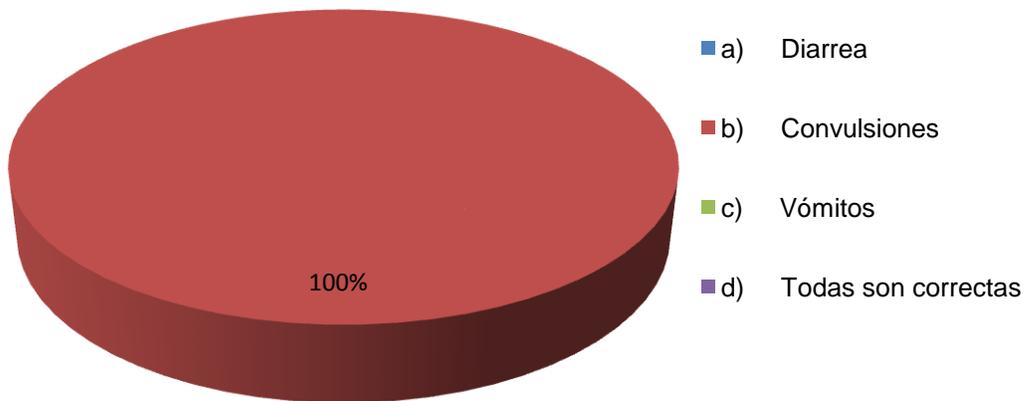
FUENTE: Cuestionario a personal auxiliar de Enfermería de los servicios del ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango, Abril 2018.

El 86% del personal Auxiliar de Enfermería tiene el conocimiento de los signos y síntomas más comunes de la preeclampsia son proteinuria, cefalea, edema en cara y dedos, lo cual favorece la pronta atención que se presta al momento de atender una complicación de ese tipo.

La Preeclampsia se caracteriza por elevación arterial, proteinuria o edema después de la semana 20 del embarazo en grávidas que fueron normales en tiempo anterior, el segundo síntoma más constante de preeclampsia es el aumento excesivo de peso de manera repentina que se debe en gran parte a acumulación de agua en los tejidos, lo cual representa edema visible de cara y dedos.

El 14% del personal Auxiliar de Enfermería refleja un déficit de conocimiento en cuanto a los signos y síntomas de preeclampsia, situación que limita la detección la atención inmediata a las mujeres embarazadas, lo que tiene como consecuencia el aumento de complicaciones materno neonatales.

Gráfica 10
¿Cuál es el signo característico de la Eclampsia?



FUENTE: Cuestionario a personal auxiliar de Enfermería de los servicios del ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango, Abril 2018.

El 100% del personal Auxiliar de Enfermería identificó las convulsiones como el signo característico de la Eclampsia, dicho conocimiento es muy importante para brindar atención inmediata y tratamiento oportuno a las pacientes que ingresan al Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango y esto contribuye a la disminución de mortalidad materna.

Eclampsia es una enfermedad que afecta a la mujer en el embarazo o puerperio, que se caracteriza por convulsiones seguidas de un estado de coma, suele ir precedida de otras afecciones como hipertensión arterial, edemas o presencia de proteínas en la orina.



FUENTE: Cuestionario a personal auxiliar de Enfermería de los servicios del ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango, Abril 2018.

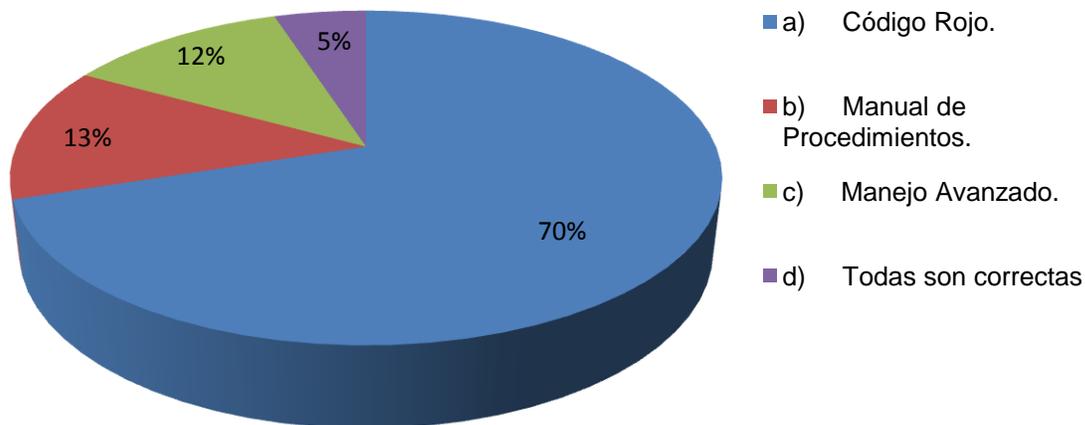
El 100% del personal Auxiliar de Enfermería tiene conocimiento alto sobre la definición de diabetes gestacional, esto es significativo porque el personal podrá brindar un tratamiento oportuno y adecuado a las pacientes que presenten un alza en los niveles de glucosa en la sangre, también proporcionar educación con el objetivo de conseguir el autocuidado de esta patología y evitar la aparición de futuras complicaciones maternas.

La diabetes gestacional es una forma de diabetes inducida por el embarazo, la cual es un alza en los niveles de glucosa en la sangre durante el embarazo.

“Diabetes Gestacional es un alza en los niveles de glucosa en la sangre durante el embarazo. Esta se define como intolerancia a carbohidratos de gravedad variable, con inicio o primera identificación durante el embarazo. Esta definición se aplica sea que se use insulina o no para el tratamiento” (Cunningham, Leveno, Hauth, Spong, 2011).

Gráfica 12

Es un manual de manejo que permite la aplicación de las mejores evidencias científicas disponibles, reduce las variaciones de la práctica, promueve la toma de decisiones clínicas, mejora la eficiencia y los resultados de las pacientes que presentan hemorragia vaginal.

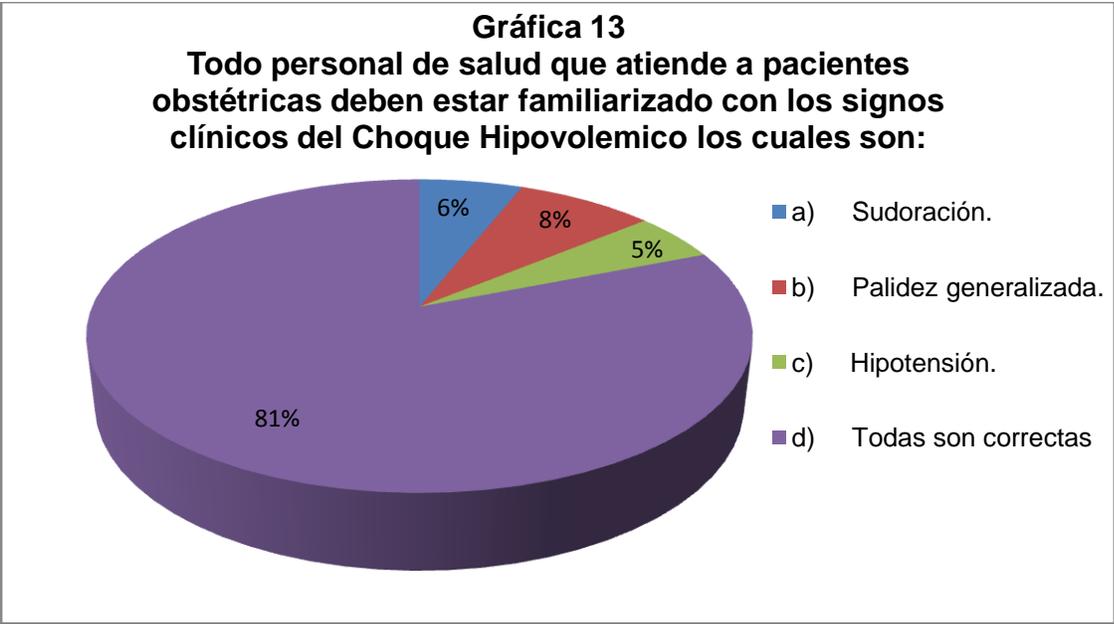


FUENTE: Cuestionario a personal auxiliar de Enfermería de los servicios del ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango, Abril 2018.

El 70% del personal Auxiliar de Enfermería identificó el Código Rojo como un manual de manejo dirigido a las pacientes con hemorragia vaginal, ya que la hemorragia es una causa de urgencia y su atención debe ser inmediata para evitar muertes maternas.

“El Código Rojo permite la aplicación de las mejores evidencias científicas disponibles, reduce las variaciones de la práctica, promueve la toma de mejores decisiones clínicas, mejora la eficiencia y los resultados de las pacientes que presentan complicaciones” (MSPAS, 2013). Permite el manejo óptimo del tiempo, reposición adecuada del volumen sanguíneo, trabajo en equipo y el tratamiento multimodal.

Sin embargo un 30% del personal Auxiliar de Enfermería presenta déficit de conocimiento, lo que representa un riesgo al no aplicarlo.

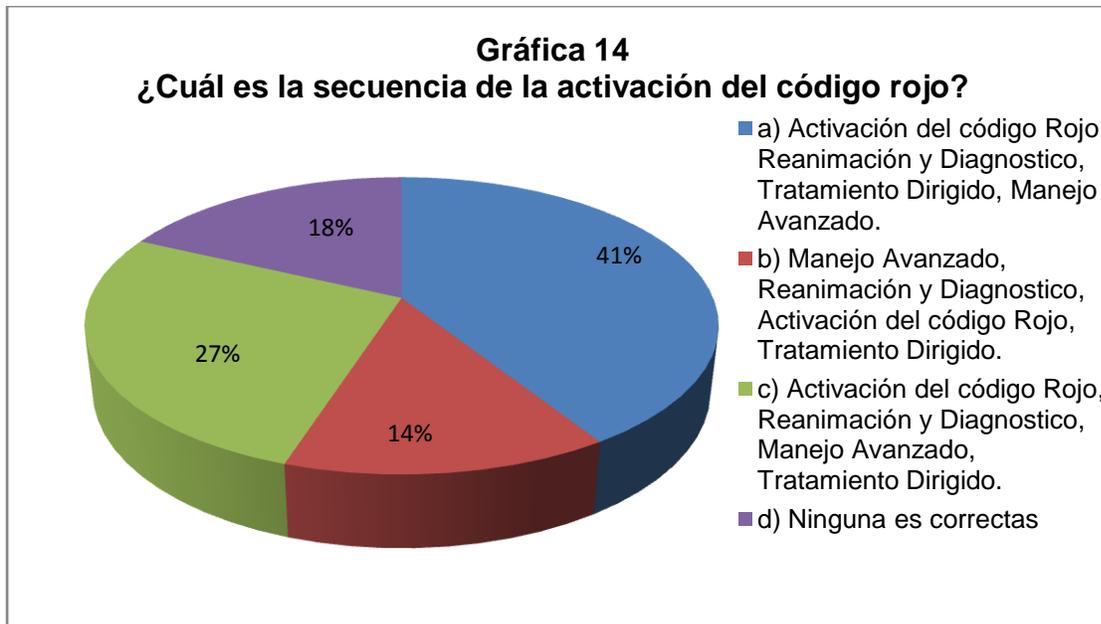


FUENTE: Cuestionario a personal auxiliar de Enfermería de los servicios del ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango, Abril 2018.

El 81% del personal Auxiliar de Enfermería identificó los signos clínicos del choque hipovolémico los cuales son sudoración, palidez generalizada e hipotensión, lo que contribuye con la pronta atención que se brinda al atender una complicación de tal magnitud y dar el tratamiento oportuno para evitar muertes maternas.

Todas las mujeres gestantes o en el puerperio que presentan choque hipovolémico de origen obstétrico o una pérdida calculada mayor de 1000 ml muestran signo de palidez generalizada, sudoración, hipotensión y frialdad. El diagnóstico oportuno y manejo adecuado del choque hipovolémico por el personal de salud calificado, hace la diferencia entre la vida y la muerte, y cuando se realiza de forma adecuada se obtiene como resultado una vida salvada.

El 19% del personal Auxiliar de Enfermería desconocen los signos clínicos más importantes del choque hipovolémico, lo cual afecta la atención oportuna y eficaz en las pacientes que presentan hemorragia vaginal en el embarazo.



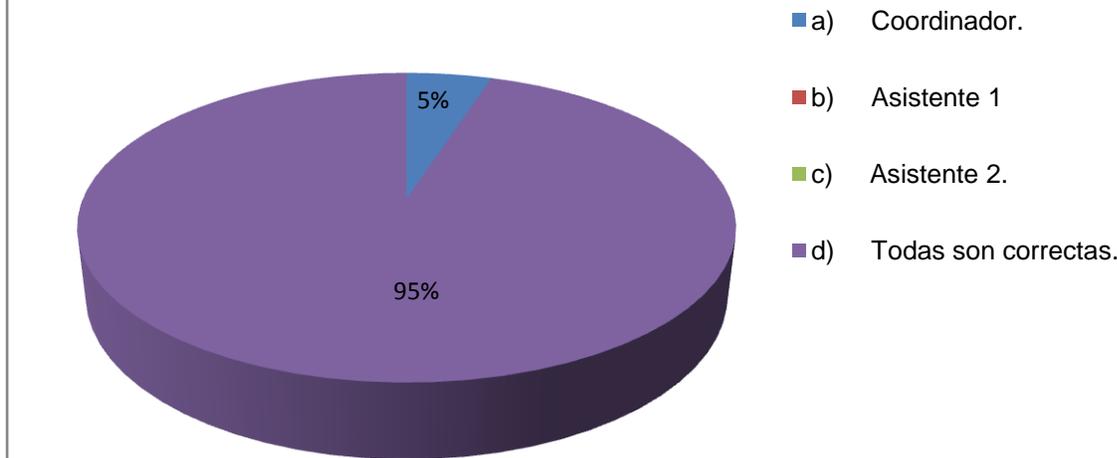
FUENTE: Cuestionario a personal auxiliar de Enfermería de los servicios del ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango, Abril 2018.

El 41% del personal Auxiliar de Enfermería conoce la secuencia que debe llevar la activación del código rojo, lo cual favorece la atención y el manejo oportuno de las pacientes que presentan hemorragia vaginal

Todo el personal de salud que atiende a pacientes obstétricas debe estar familiarizado con la secuencia del Código Rojo, la cual es: Activación del código Rojo. (Minuto 0), Reanimación y Diagnostico (1 a 0 minutos), Tratamiento dirigido (20 a 60 minutos) y Manejo avanzado (Mayor de 60 minutos)

Sin embargo se observa conocimiento bajo del 59% de personal Auxiliar de Enfermería bastante significativo y preocupante ya que al desconocer la secuencia no se brinda el tratamiento oportuno.

Gráfica 15
La secuencia del Código Rojo se basa en eslabones y el equipo de respuesta ante la activación, ¿Cuántas personas la constituyen?



FUENTE: Cuestionario a personal auxiliar de Enfermería de los servicios del ala Materno Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango, Abril 2018.

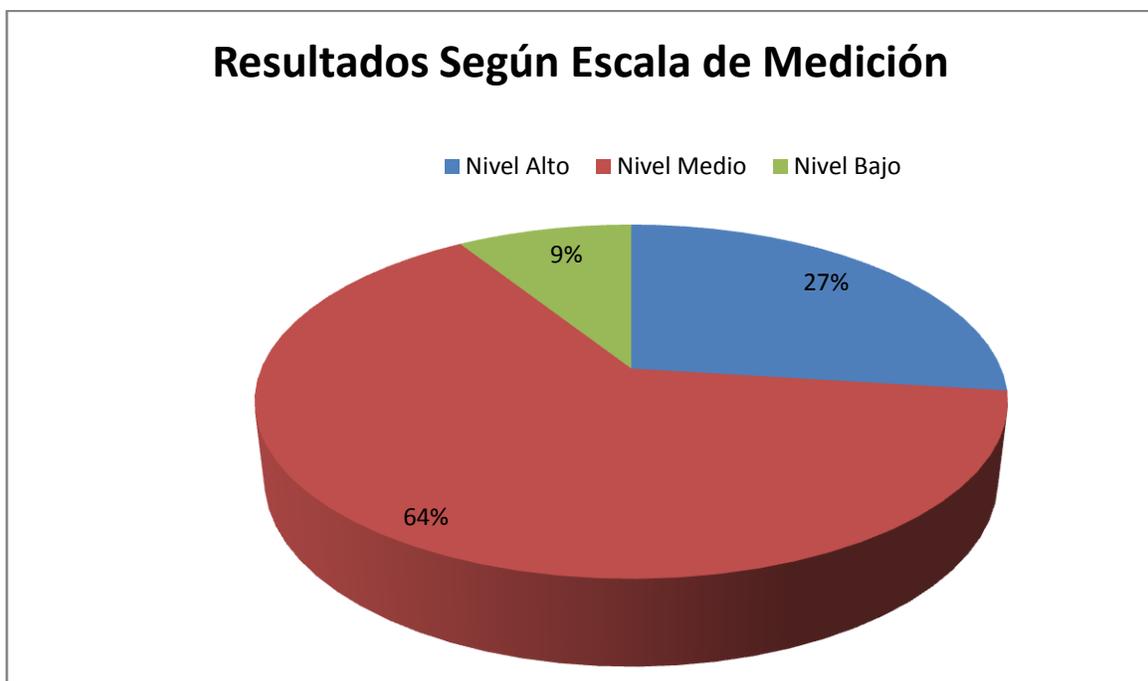
El 95% del personal Auxiliar de Enfermería identificaron la organización de las personas que constituyen la activación del Código Rojo, la cual es una fortaleza al reconocerlo, al prestar una atención adecuada y oportuna a las pacientes con hemorragia obstétrica.

La secuencia del código rojo se basa en 4 eslabones y el equipo de respuesta ante la activación del Código es de tres personas Coordinador, Asistente 1 y Asistente 2. La activación la realizara la primera persona de salud que tiene contacto con la paciente que sangra y evalúa los parámetros y determina en su orden: estado de conciencia, perfusión, pulso y por último la presión arterial sistólica.

El 5% del personal Auxiliar de Enfermería refleja conocimiento bajo, lo que afecta en la organización del equipo de trabajo, en la asistencia de una situación crítica como la de una hemorragia obstétrica y esto puede causar desorganización.

Análisis de Escala de Medición			
Nivel	Baja	Media	Alta
Numero de Respuestas Correctas	0-8	9-12	13-15
Personal Auxiliar de Enfermería	7	50	21
Porcentaje de Resultados	9 %	64 %	27 %

Gráfica 16



CAPITULO IV

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

- 4.1 Socializar el estudio con las autoridades del Hospital Nacional de Chimaltenango dando a conocer los resultados obtenidos según la escala de medición utilizada en el análisis estadístico y sugerir el uso de formatos específicos para la evaluación de la calidad de atención prestada a la mujer embarazada por el personal auxiliar de enfermería que labora en el Ala Materna Neonatal.
- 4.2 Mantener actualizados los conocimientos del personal Auxiliar de Enfermería que presta servicios en el Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango para el manejo adecuado de las complicaciones del tercer trimestre del embarazo a través de capacitaciones mensuales, utilizando como herramienta el manual del código rojo, guía de atención integral materno y neonatal y el plan de emergencia.
- 4.3 Que los programas de educación permanente dirigidos al personal Auxiliar de Enfermería del Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango sean enfocados a los resultados obtenidos en el presente estudios tomando como prioridad los temas de hemorragia vaginal, preeclampsia, eclampsia y diabetes gestacional.

CONCLUSIONES

Según el análisis de resultados obtenidos y en base al objetivo del presente estudio se llevo a las siguientes conclusiones.

1. El 27% del personal auxiliar de enfermería del Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango tiene Conocimiento Alto sobre las complicaciones en el tercer trimestre del embarazo por lo tanto el manejo en las mujeres embarazadas, será oportuno y eficaz en el momento que este porcentaje de personal auxiliar de enfermería preste la atención disminuyendo la probabilidad de complicaciones y muertes maternas.
2. Un 64% del personal auxiliar de enfermería cuenta con Conocimiento Medio sobre las complicaciones en el tercer trimestre del embarazo, según reflejó la escala de medición, lo cual representa un riesgo en la atención en mujeres embarazadas que consultan, debido a que el manejo no será el adecuado en este tipo de complicaciones.
3. Según los resultados de los datos estadísticos el 9% del personal auxiliar de enfermería tiene Conocimiento Bajo sobre las complicaciones en el tercer trimestre del embarazo, lo cual afecta en gran magnitud la atención inmediata y oportuna que se les brinda a las mujeres embarazadas que son atendidas en el Ala Materna Neonatal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Banco Interamericano de Desarrollo (2015). <https://www.iadb.org/es/iniciativa-salud-mesoamerica/la-iniciativa/videos,3658.html?videoID=9957>
2. Burroughs A, (1999), *Enfermería Maternal*, (7a Edición) México, Interamericana McGraw Hill.
3. Conocimiento (2012): <http://conceptodefinicion.de/conocimiento/>
4. Cunningham, Leveno, Bloom Hauth, Rouse Spong, (2011) *Williams Obstetricia*, Mexico, Editorial Interamericana.
5. Derecho a la salud (2013). <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
6. Diccionario de la Lengua Española (2007): <http://dle.rae.es/?id=Fy2OT7bOMS>
7. Dickason E, Lang B, Kaplan J. (1999) *Enfermería Materno Infantil*, Madrid, Harcourt Brace.
8. Ladewing P. W. London M. L. Moberly S. Olds S. (2006) *Enfermería Maternal y del Recién Nacido*, McGraw Hill, Editorial Interamericana,
9. Los cuidados de enfermería en el puerperio inmediato: <http://maternidadfacil.com/los-cuidados-de-enfermeria-en-el-puerperio-inmediato/>
10. Marriner Tomey A. y Raile Alligood M. (1999) *Modelos y Teorías en Enfermería*, (4ta. Edición), Madrid España [s.n.].
11. Menéndez, G. G. E., Navas, C. I., Hidalgo, R. Y., & Espert, C. J. *El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente*, Revista Cubana de Obstetricia: https://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_humano
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva, (2013) *Manual “Código Rojo” Para el Manejo de la Hemorragia Obstétrica*, (Primera Edición) Guatemala, [s.n.]
13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, (2010) *Vigilancia de la embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil para la identificación de las muertes maternas*, Guatemala, [s.n.]
14. Molero Rodríguez, Francisca (2006). «*La sexualidad en el embarazo y el puerperio*». El Farmacéutico (Extra Embarazo), [s.n.]
15. Organización Mundial de la Salud. Enfermería: www.who.int/topics/nursing/es

16. Organización Panamericana de la Salud. (1998) *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*, (10ª revisión). Washington, [s.n.]
17. POLIT D, Bernadette P. Hugler. (2000) *Investigación científica en ciencias de la Salud*, (6ª- edición) México, Mc Graw-Hill Interamericana.
18. Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. (2014) *Diccionario de la lengua española. «mujer»*. (23.ª edición) Madrid: Espasa.
<https://es.wikipedia.org/wiki/Mujer>
19. REEDER, Martin, Koniak, (1995) *Enfermería Materno Infantil*, México, Editorial Interamericana.
20. Tipos de Conocimiento, (2010): <https://derecho2008.wordpress.com>

ANEXO

Chimaltenango, Guatemala 07 de febrero de 2018.

Dra. Vilma Judith Chávez de Pop
Decana
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Galileo

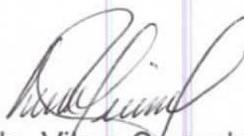


Dra. Vilma Chávez de Pop
Decana
FACISA

La saludamos muy cordialmente, deseando que tenga éxitos en sus labores diarias.

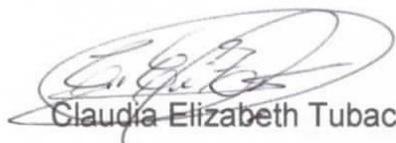
Nos dirigimos a usted muy respetuosamente, con la finalidad de solicitar su autorización para la aprobación del tema de Tesis el cual es **“Conocimientos del personal auxiliar de enfermería sobre el manejo adecuado en las mujeres embarazadas que presentan complicaciones en el tercer trimestre del embarazo que ingresan al Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango”** la cual ha sido aprobado por nuestra asesora Licenciada Vilma Leticia Curruchich Cojón. La tesis será realizada en grupo, estableciendo como integrantes del mismo a Gladis Marilú Pérez Marroquin, quien se identifica con el número de carnet 13004885 y Claudia Elizabeth Tubac Equité, quien se identifica con el número de carnet 13004887, ya que finalizamos y aprobamos todos los cursos requeridos para el cierre de pensum de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Galileo, por lo que iniciaremos el proceso de tesis y evaluación final.

Desde ya agradecidas por su comprensión nos despedimos muy atentamente.

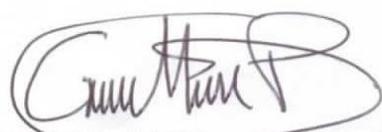


VoBo. Licda. Vilma Curruchich Cojón.
Colegiado: L-870

Vilma Leticia Curruchich
LICENCIADA EN ENFERMERIA
Colegiado EL-870



Claudia Elizabeth Tubac Equité



Gladis Marilú Pérez Marroquin

Guatemala, 04 de abril de 2018



Galileo
UNIVERSIDAD

La Revolución en la Educación

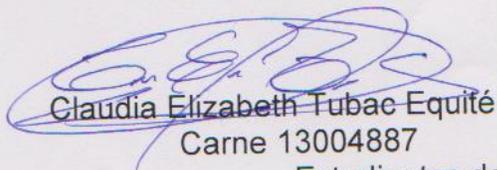
Magister en Enfermería
Clara Luz Marroquín Marroquín
Subdirectora de Enfermería
Hospital Nacional de Chimaltenango

Por este medio es de mucho agrado para nosotras dirigirnos a usted, para saludarla y desearle éxitos en sus labores diarias.

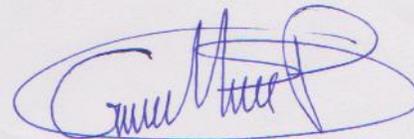
El motivo de la presente es para solicitar su autorización para realizar el estudio de campo con el personal Auxiliar de Enfermería de los servicios de Consulta Externa, Emergencia de Maternidad, Labor y Partos, Post-Parto y Recién Nacidos, el cual consiste en el llenado de un cuestionario que tiene por objeto recolectar información que permita describir los **“Conocimientos del Personal Auxiliar de Enfermería sobre el manejo adecuado en las Mujeres Embarazadas que presentan Complicaciones en el Tercer Trimestre del Embarazo que Ingresan al Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango”**.

La evaluación se realizará al personal de los servicios ya mencionados según las fechas de capacitación que tienen establecidas en su cronograma de actividades, por lo que solicitamos a usted pueda brindarnos un espacio para llevarla a cabo.

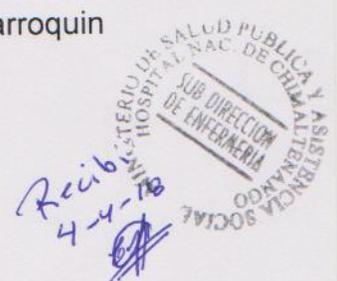
Agradeciendo de antemano la atención brindada a la presente, nos suscribimos de usted atentamente.


Claudia Elizabeth Tubac Equité
Carne 13004887

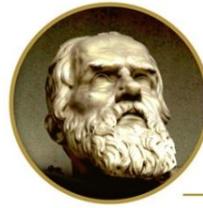
Estudiantes de Licenciatura en Enfermería
Universidad Galileo



Gladis Marilú Pérez Marroquin
Carne 13004885



UNIVERSIDAD GALILEO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Galileo
UNIVERSIDAD
La Revolución en La Educación

INVESTIGADORAS: E.P. CLAUDIA ELIZABETH TUBAC EQUITE
E.P. GLADIS MARILÚ PÉREZ MARROQUIN

CÓDIGO _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la firma de este documento doy mi consentimiento para formar parte de la investigación titulada “Conocimientos del personal auxiliar de enfermería sobre el manejo adecuado en las mujeres embarazadas que presentan complicaciones en el tercer trimestre del embarazo que ingresan al Ala Materna Neonatal del Hospital Nacional de Chimaltenango”. El cual será desarrollado por las Enfermeras Gladis Marilú Pérez Marroquín y Claudia Elizabeth Tubac Equite, estudiantes de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Galileo.

Es de mi conocimiento que el cuestionario que responderé forma parte del trabajo de campo, necesario en toda investigación, que la información recolectada será utilizada únicamente en esta investigación y será estrictamente confidencial.

Además se me ha informado con claridad los objetivos de la investigación, y que puedo retirarme de la misma en el momento que lo desee, sin afectar mi relación laboral.

Chimaltenango, _____ de _____ de 2018

Firma Participante

Firma Investigadoras

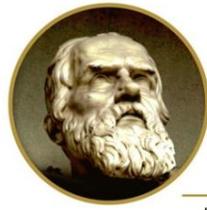
UNIVERSIDAD GALILEO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

INVESTIGADORAS: E.P. CLAUDIA ELIZABETH TUBAC EQUITE

E.P. GLADIS MARILÚ PÉREZ MARROQUIN

CÓDIGO_____



Galileo
UNIVERSIDAD
La Revolución en la Educación

CUESTIONARIO

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de preguntas, las cuales se le solicita que lea detenidamente y conteste según lo que usted conoce, por favor subraye la respuesta que considere correcta.

1. Las Complicaciones Maternas que inician a partir de las 27 semanas de embarazo son clasificadas como:

- a) Complicaciones del primer trimestre.
- b) Complicaciones del segundo trimestre.
- c) Complicaciones del tercer trimestre.
- d) Todas son correcta.

2. Las principales Complicaciones en el tercer trimestre del embarazo son:

- a) Hemorragia vaginal.
- b) Preeclampsia.
- c) Eclampsia.
- d) Todas son correctas.

3. Las causas más frecuentes de Hemorragia Vaginal durante el tercer trimestre del embarazo son:

- a) Hipertensión y Diabetes Gestacional.
- b) Placenta Previa y Desprendimiento Prematuro de Placenta.
- c) Infecciones Urinarias y Cefalea
- d) Todas son correctas

4. El Choque Hipovolémico se define como:

- a) Una condición producida por la pérdida de azúcar en la sangre.
- b) Una condición producida por la pérdida de calcio.
- c) Una condición producida por la pérdida significativa de sangre.
- d) Ninguna es correcta

5. Es la formación del tejido Placentario o Placenta en el Útero, en un lugar fuera de lo normal esto es definición de:

- a) Desprendimiento de Placenta
- b) Placenta Previa
- c) Embarazo Ectópico
- d) Todas son correctas

6. Es un volumen deficiente de líquido amniótico y la forma de diagnóstico es mediante la medición ecográfica:

- a) Polihidramnios
- b) Oligohidramnios
- c) Anhidramnios
- d) Todas son correctas

7. Son complicaciones causadas por la Hipertensión en el embarazo:

- a) Hemorragia Vaginal y Desprendimiento de Placenta.
- b) Preeclampsia y Eclampsia.
- c) Diabetes Mellitus y Cefalea
- d) Todas son correctas

8. Es el estado más grave de los trastornos Hipertensivos del embarazo y sus principales complicaciones son renales, hepáticas, cerebrales y hematológicas:

- a) Preeclampsia.
- b) Eclampsia.
- c) Síndrome de Hellp.
- d) Ninguna es correcta.

9. ¿Cuáles son los signos y síntomas más comunes de la Preeclampsia?

- a) Proteinuria, Cefalea, Edema en cara y dedos.
- b) Sed excesiva, Nauseas y Vómitos.
- c) Dolor al orinar, Diarrea y Estreñimiento.
- d) Todas son correctas

10. ¿Cuál es el signo característico de la Eclampsia?

- a) Diarrea
- b) Convulsiones
- c) Vómitos
- d) Todas son correctas

11. Es el alza en los niveles de Glucosa en la sangre durante el embarazo.

- a) Embarazo prolongado.
- b) Eclampsia.
- c) Diabetes Gestacional.
- d) Todas son correctas.

12. Es un manual de manejo que permite la aplicación de las mejores evidencias científicas disponibles, reduce las variaciones de la práctica, promueve la toma de decisiones clínicas, mejora la eficiencia y los resultados de las pacientes que presentan hemorragia vaginal:

- a) Código Rojo.
- b) Manual de Procedimientos.
- c) Manejo avanzado.
- d) Todas son correctas

13. Todo personal de salud que atiende a pacientes obstétricas deben estar familiarizado con los signos clínicos del Choque Hipovolémico los cuales son:

- a) Sudoración.
- b) Palidez generalizada.
- c) Hipotensión.
- d) Todas son correctas.

14. ¿Cuál es la secuencia de la activación del código rojo?

- a) Activación del código Rojo, Reanimación y Diagnostico, Tratamiento Dirigido, Manejo Avanzado.
- b). Manejo Avanzado, Reanimación y Diagnostico, Activación del código Rojo, Tratamiento Dirigido.
- c) Activación del código Rojo, Reanimación y Diagnostico, Manejo Avanzado, Tratamiento Dirigido.
- d) Ninguna es correctas.

15. La secuencia del Código Rojo se basa en eslabones y el equipo de respuesta ante la activación, ¿Cuántas personas la constituyen?

- a) Coordinador.
- b) Asistente 1
- c) Asistente 2.
- d) Todas son correctas.

GRACIAS POR SU COLABORACION

8	Recopilación de la Información Servicio de Post-Parto								
9	Recopilación de la Información Servicio de Labor y Parto								
10	Recopilación de la Información Servicio de Emergencia								
11	Recopilación de la Información Servicio de Consulta Externa								
12	Clasificación de la Información								
13	Tabulación de la Información								
14	Análisis de la Información								
15	Redacción del informe final								
16	Presentación del informe final a Asesora								
17	Corrección del informe final por Asesora								
18	Autorización del informe final por Asesora								

19	Entrega del informe final de tesis a Revisor Galileo Central								
20	Autorización del informe final por Revisor								