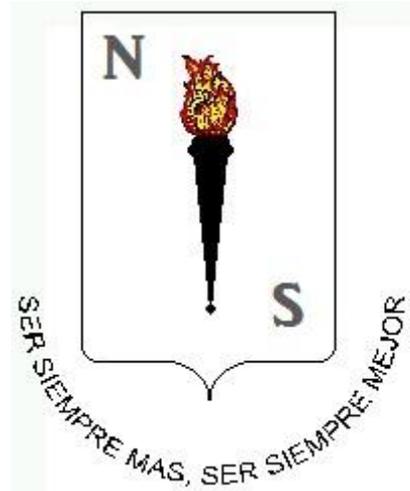


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA OXITOCINA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

CLAUDIA TENORIO GORDILLO

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación está dedicado primeramente a mis padres y a mis hermanos quienes me han brindado su amor, apoyo incondicional y acompañamiento durante cada etapa de mi vida que ha transcurrido hasta el día de hoy, siempre estaré infinitamente agradecida con ellos por siempre confiar en mí y motivarme para seguir adelante durante el transcurso de esta formación académica.

El recorrido dentro de mi preparación académica ha implicado momentos agradables y otros un poco más complicados de superar. En este momento concluye una etapa, pero aumenta el compromiso con mi preparación y crecimiento tanto personal como profesional.

AGRADECIMIENTO

A mi Abuelita, mi hermoso ángel que se encuentra descansando en cielo, gracias a ella descubrí esta linda vocación de estar al servicio de quienes requiere atención en el área de la salud. Gracias a ella surgió en mí la gran humildad para ayudar a quienes más lo necesitan.

Papá y Mamá. Mis dos grandes amores, quienes siempre han dado todo por sus hijos, dándonos como herencia el mejor de los tesoros que es la educación. Agradezco su esfuerzo infinitamente por tantos días de desvelo, paciencia, días trabajados y sobre todo muchas gracias por ser mis primeros maestros quienes me enseñaron todo lo que soy gracias a sus valores, consejos y todo su apoyo para hoy culminar mi Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Son mi mayor ejemplo de seguir adelante, a pesar de las adversidades y obstáculos con la ayuda de Dios hemos sabido ser una familia unida.

Gracias a mis padres y a mis hermanos, por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio; gracias a mi padre por siempre desear y anhelar lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida.

También quiero agradecer y dedicar esta investigación a los directivos, docentes y personal en general y de igual manera al personal de salud de la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud, quienes participaron de manera directa en mi preparación académica y profesional.

Gracias a Dios por darme la dicha de tener plena salud para seguir luchando día a día por conseguir mis sueños, de mantener esta posibilidad de seguir adelante y disfrutar de mi familia personas que amo con todo mi corazón.

Gracias a la vida por una victoria más, en este momento se cumple un objetivo en mi educación, la cual seguiré fortaleciendo con más conocimiento. En este instante comienza una de las metas más importantes que es la de aportar mis conocimientos a nivel profesional y sobresalir por una excelente labor social y humana.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
OBJETIVOS.....	10
Objetivo general.....	10
Objetivo específico	10
HIPÓTESIS	10
JUSTIFICACIÓN	11
METODOLOGÍA.....	12
Unidades de análisis	12
Criterios de inclusión.....	12
Criterios de exclusión.....	12
Criterios de eliminación	12
Límites.....	13
CAPITULO I INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.....	16
1.1 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	16
1.1.1 Bases del proceso de enfermería.....	16
1.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	17
1.3 PERFIL DE LA ENFERMERA OBSTÉTRICA	19
1.3.1 Modelo conceptual de Virginia Henderson	19
1.3.1.1 Rol profesional de la enfermera	19
1.3.1.2 Rol autónomo.....	20
1.3.1.3 Rol de cooperación	20
1.4 MARCO DISCIPLINAR EN ENFERMERÍA.....	22
1.4.1 Enfoque de riesgo.....	22
1.5 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO. ..	23
1.5.1 Protocolos de atención para el trabajo de parto.....	23
1.5.1.1 Atención activa del trabajo de parto.....	23
1.5.1.2 Protocolo de atención del trabajo de parto del Parkland hospital.....	24
1.6 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	25
1.6.1 Administración de fármacos.....	25

1.7 VIGILANCIA DEL BIENESTAR FETAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.....	26
1.8 VARIACIONES COMUNES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO ACTIVO	27
1.8.1 Variaciones de la frecuencia cardiaca fetal.....	27
1.8.2 Vigilancia por parte de la enfermera	27
1.9 MONITORIZAJE FETAL	28
1.9.1 Bases del monitorizaje.....	29
1.9.1.1 Respuesta fetal.....	29
1.9.1.2 Plan de cuidados e implementación	29
1.9.1.3 Estándares de monitorización fetal.....	29
1.10 VIGILANCIA DE LA ACTIVIDAD UTERINA DURANTE EL PARTO	31
1.10.1 Contracciones uterinas	31
1.10.2 Signos vitales maternos.....	32
1.11 COMPETENCIA DE LA TERCULTURALIDAD.....	32
CAPITULO II MANEJO DE LA OXITOCINA.....	36
2.1 INFLUENCIAS HORMONALES DURANTE EL EMBARAZO.....	36
2.1.1 Oxitocina	36
2.2 INDUCCIÓN Y ACELERACIÓN DEL PARTO	37
2.2.1 Indicaciones del parto inducido	38
2.2.2 Contraindicaciones del parto inducido.....	39
2.3 VALORACION DE ESTADO ADECUADO PARA LA INDUCCIÓN.....	39
2.3.1 Maduración del cuello uterino antes de la inducción	39
2.4 MÉTODOS DE INDUCCIÓN DEL PARTO.....	41
2.4.1 Administración intravenosa de oxitocina	42
2.4.1.1 Efectos cardiovasculares	42
2.4.2 Indicaciones de la administración de oxitocina	44
2.4.3 Contraindicaciones de la administración de oxitocina	44
2.5 DOSIS DE OXITOCINA	44
2.5.1 Intervalo entre los incrementos de dosis	46
2.5.2 Dosis máxima.....	47
2.6 RIESGO EN COMPARACIÓN CON BENEFICIOS	47
2.7 INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO CON OXITOCINA.....	48

2.8 OXITOCINA, PRUEBA DE CARGA DE (PRUEBA DE ESTIMULACIÓN DE LAS CONTRACCIONES)	49
2.8.1 Indicaciones.....	49
2.8.2 Método	50
2.8.3 Resultados.....	50
2.9 OXITÓCICOS EMPLEADOS PARA CONTROLAR LA ATONÍA Y LA HERMORRAGIA POSTPARTO.	51
2.9.1 Implicaciones de enfermería	51
CAPITULO III	52
INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA	52
CAPITULO IV ÉTICA DEL ESTUDIO.....	73
CAPITULO IV ÉTICA DEL ESTUDIO.....	74
CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERÍA	74
DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA.....	78
LEY GENERAL DE SALUD	79
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	81
CONCLUSIONES:.....	82
ANEXOS	85
Anexo 1 Guion metodológico.....	85
Anexo 2 Cuestionario.....	86
GLOSARIO.....	92
BIBLIOGRAFÍA.....	94

INTRODUCCIÓN

Esta investigación tiene como propósito presentar el tema de Intervenciones de enfermería en el manejo de la oxitocina en la inducción del trabajo de parto, en el cual se hace un análisis sobre la situación que se genera en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en el servicio de la Unidad Tocoquirúrgica y Obstetricia General con respecto al uso de este fármaco.

Más adelante se encuentra la información más relevante sobre el tema, para posteriormente fusionarlo con las aportaciones de quienes participan directamente en esta investigación, con la finalidad de que se identifiquen las actividades que realiza enfermería dentro de esta área. Se formuló una hipótesis dentro de la cual se mencionan las intervenciones por parte de este personal de salud desde el momento del ingreso de toda mujer para la atención obstétrica, dentro de la cuales primeramente deberá abrirse el expediente clínico y posteriormente, realizar una valoración del inicio del trabajo de parto, interrogar a la paciente sobre la percepción de contracciones uterinas, su intensidad y frecuencia. Con respecto a la inducción y conducción del trabajo de parto, se deberá realizar según el criterio médico, basado en evidencia, con atención personalizada y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado. Las indicaciones, prescripciones y procedimientos deben ser registrados en el expediente clínico

A través de esta investigación se logró identificar cuáles son las intervenciones que el personal de enfermería realiza dentro de estas áreas, mediante un cuestionario que se presenta en los anexos correspondientes, con las conclusiones que se formularon con los resultados obtenidos. Para ello se obtuvo en primer lugar el consentimiento informado por escrito por parte del personal de dicha institución que participara de manera directa en este proyecto, con esto se pretende dejar en claro que toda la información que se obtenida por medio del instrumento será considerada confidencial y será utilizada con fines de lograr los objetivos planteados en esta investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La inducción del trabajo de parto es un procedimiento común durante la atención obstétrica, esta se lleva a cabo por medios artificiales como lo es la utilización de fármacos.

La oxitocina es el fármaco más prescrito en la práctica Obstétrica para la inducción o conducción del trabajo de parto y para controlar la hemorragia postparto. Debido a su decisivo papel en este proceso y a todos sus efectos en el cuerpo, la oxitocina debe de ser ampliamente conocida por todo el personal de salud, debido a que sus efectos se relacionan con la dosis y la velocidad de infusión.

En la actualidad no se conocen con exactitud las dosis mínimas y máximas en que debe administrarse, puesto que la prescripción de la oxitocina es problemática, debido a que se siguen diversos estándares para ministrarla y controlar la respuesta individual del paciente.

El efecto de las dosis máximas de oxitocina son diversos que van desde la presencia de signos que indican alteración en el estado general del paciente e incluso el riesgo de ruptura uterina en pacientes atendidas por parto vaginal o cesárea.

La mayoría de los daños obstétricos y riesgos para la salud del binomio materno fetal pueden ser prevenidos, detectados y tratados mediante la aplicación de procedimientos en los que se eliminen las prácticas que se ejecutan de forma rutinaria y sin indicaciones, es decir es indispensable tanto la prescripción médica sobre la dosis, velocidad de infusión y la vía de administración de este fármaco, como las intervenciones realizadas por parte del personal de enfermería.

Por lo anterior se genera la siguiente pregunta.

¿Cuáles son las Intervenciones de la enfermera en el manejo de la oxitocina?

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir las intervenciones de la enfermera en el manejo de la oxitocina en la inducto conducción del trabajo de parto.

Objetivo específico

Verificar que el personal de enfermería realice las intervenciones adecuadas en el manejo de la oxitocina.

HIPÓTESIS

Las intervenciones por parte del personal de enfermería en el manejo de la oxitocina son primeramente la identificación del paciente, verificar el fármaco, la dosis, la vía administración y velocidad de infusión de acuerdo a las indicaciones médicas, sin embargo es necesario tener la capacidad de discernir si la dosis es adecuada para el paciente de acuerdo a su edad, padecimiento actual y procedimiento a realizar. Por ello es necesario conocer las dosis máximas y mínimas, así como los efectos de la oxitocina para dar un buen manejo de esta.

JUSTIFICACIÓN

Esta investigación nace del interés por describir y verificar las intervenciones del personal de enfermería en el manejo de la oxitocina con la finalidad de mantener un mayor control sobre el uso de este fármaco en sus dosis máximas y mínimas, usándolo siempre a favor de los pacientes y buscando que se presenten en la menor posible los efectos adversos y complicaciones, haciendo un enfoque en el principio de no maleficencia, evitando que se vean violentados los derechos de los pacientes.

Con esta investigación se asegurará una mejor atención de calidad y oportuna al binomio madre e hijo. Esto se logrará fomentando la participación del personal de enfermería de manera activa y profesional, es decir que desarrollen y pongan en práctica su capacidad de discernir si la dosis es adecuada para el paciente de acuerdo a su edad, padecimiento actual y procedimiento a realizar, para ello es necesario conocer las dosis y efectos de la oxitocina, y sobre todo mantener una monitorización clínica sobre el estado de la paciente y del feto.

METODOLOGÍA

Esta investigación es cuali- cuantitativa, aplicada de tipo descriptiva, su tiempo de estudio es transversal y el área de conocimiento es social, con fuentes de información bibliográfica y documental.

Unidades de análisis

Variable independiente: Intervenciones de enfermería

Variable dependiente: Manejo de oxitocina

Criterios de inclusión

El personal del Hospital de Nuestra Señora de Salud que participara directamente en esta investigación es el siguiente:

- Enfermeras Tituladas
- Pasantes de Enfermería
- Estudiantes de Enfermería
- Ginecólogos.

Criterios de exclusión

El personal del Hospital de Nuestra Señora de Salud que no participara directamente en esta investigación es el siguiente:

- Medico (Residentes y Generales)
- Químicos Farmacobiólogos
- Intendencia, lavandería y mantenimiento
- Familiares de los pacientes
- Pacientes

Criterios de eliminación

- Personas que no deseen participar en esta investigación.
- Preguntas no contestadas (en un 80%).

- Personas que den más de una respuesta.
- Respuestas que se dupliquen.

Limites

Esta investigación se llevar a cabo en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de Morelia, Michoacán, específicamente en los servicios de Obstetricia General y la Unidad Tocoquirúrgica, dentro de los cuales el personal de enfermería maneja con frecuencia la oxitocina. Esta se realizara en un periodo de tiempo comprendido entre el 25 de Julio del 2016 al 31 de Mayo del 2017.

CAPITULO I

INTERVECCIONES

DE

ENFERMERÍA



CAPITULO I INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1.1 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Los objetivos y características de la atención de enfermería son muy diversos y variados, tanto como lo son las personas, familias o comunidades destinatarias de la misma, sus necesidades específicas y los eventuales problemas de salud que presenten. Desde una perspectiva holística, que toma en consideración todas las dimensiones del individuo y su entorno, se deben tener en cuenta, pues, las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales del ser humano. Cualquier factor que impida o dificulte la satisfacción de tales necesidades, puede requerir una actuación de enfermería destinada al restablecimiento de la salud en su sentido más amplio.

La atención de enfermería tiene entre sus objetivos primarios la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tanto desde una perspectiva asistencial como desde una vertiente pedagógica, detectando los posibles factores de riesgo y brindando la información más oportuna para evitar los peligros que pueden amenazar la salud de un individuo.

1.1.1 Bases del proceso de enfermería

Se trata de un proceso continuo pero integrado por diferentes etapas o fases, ordenadas lógicamente, que tienen como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente. A fines didácticos, pueden distinguirse cinco fases, cada una de las cuales debe ser adecuadamente cumplimentada para el logro satisfactorio de los objetivos: valoración, diagnóstico, planificación de cuidados, ejecución y evaluación.

La *fase de valoración* es la etapa inicial del proceso de enfermería y requiere la máxima exactitud posible tanto en los datos obtenidos del paciente como en los resultados de los análisis y demás estudios que se efectúen para evaluar su estado de salud y sus necesidades.

La *exploración física*, en la cual se combinan los procedimientos básicos de inspección, auscultación, palpación y percusión, es un paso crucial para determinar las constantes vitales del paciente y establecer la situación actual de su estado de salud.

El diagnóstico de enfermería consiste en un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad, basado en la recogida de datos realizada en la etapa de valoración y su posterior análisis, que permite establecer las actuaciones comprometidas dentro de su ámbito de responsabilidad.

La *fase de planificación de cuidados* es una etapa fundamental del proceso de enfermería en la cual se establecen las estrategias para reducir o solucionar los problemas identificados y se determinan los pasos básicos para alcanzar los objetivos propuestos y los medios necesarios para llevar a cabo las actuaciones concretas que posibiliten su consecución.

La *fase de ejecución* corresponde a la puesta en práctica del plan de actuaciones elaborado previamente y cuya meta es la de conducir el paciente, al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades.

La fase de evaluación, que constituye la última etapa del proceso de enfermería, corresponde a una actividad constante. (MANUAL DE ENFERMERIA , 1976 - 1987)

1.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

En la Nursing Intervention Classification (NIC) una intervención enfermera es: “Todo tratamiento basado en el conocimiento y el juicio clínico que realiza el profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado en el paciente”.

Intervenciones indirectas como “Evaluación de productos” o “Supervisión del personal”. Aunque forman parte del ámbito de responsabilidad enfermera, su inclusión no es acorde a la definición propuesta porque no representan “tratamientos basados en el conocimiento y el juicio. Incluye así mismo intervenciones que describen procedimientos de administración de medicamentos. Estas intervenciones pueden tener utilidad a efectos de explotación de datos, pero para la entrada de datos en los sistemas de información son prescindibles, puesto que el registro de la administración de un medicamento debe hacerse confirmando su ejecución junto al detalle de su prescripción, según la legislación de cada país.

La intervención enfermera se conceptualiza como la prescripción de una prestación enfermera que deriva del diagnóstico y refleja el abordaje para su prevención, resolución o paliación, total o parcial.

Las intervenciones pueden acompañarse de actividades. Las actividades son especificaciones que permiten un registro de los elementos esenciales que caracterizan la intervención, que informan sobre un aspecto a destacar y que deben detallarse para garantizar la seguridad, la calidad, la continuidad de los cuidados o bien por motivos normativos, ético-legales y de coste-eficiencia.

Las intervenciones no son descripciones detalladas de un procedimiento. Son etiquetas que engloban conceptos de actuaciones y acciones cuidadoras. Las prescripciones pueden ser indicadas por una enfermera y/o por un médico. Su ejecución puede ser llevada a cabo por el paciente y/o sus cuidadores, la propia enfermera, la enfermera y el médico, o bien ser delegada al personal auxiliar.

Las agrupaciones o meta-intervenciones no se consideran en el mismo nivel de organización jerárquica que las intervenciones. Las agrupaciones de intervenciones se conceptualizan como pautas de cuidados vinculadas a una situación del paciente, al tratamiento o al procedimiento clínico. (Nursing, 2012)

1.3 PERFIL DE LA ENFERMERA OBSTÉTRICA

La enfermera obstetra es el profesional de enfermería que tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo y ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista técnico, de relación interpersonal y de respeto a la interculturalidad de tal forma que se asegure el nacimiento del nuevo integrante de la familia en las mejores condiciones posibles.

Para cumplir efectivamente con su misión la enfermera obstetra cuenta con conocimientos y aptitudes que se traducen en competencias y acciones derivadas de ellas.

Estas competencias se dividen en específicas y generales; las primeras están dirigidas a la atención prenatal, del trabajo de parto y parto, del puerperio y del recién nacido; así mismo, se incluyen las competencias para la atención de urgencias obstétricas y neonatales. Dentro de las competencias generales se encuentran las de comunicación, interculturalidad y administrativa.

1.3.1 Modelo conceptual de Virginia Henderson

1.3.1.1 Rol profesional de la enfermera

A partir de las definiciones del ejercicio exclusivo, podemos observar que el rol profesional de la enfermera y los elementos que lo componen en sus diferentes dimensiones pueden articularse, según L. Riopelle y M. Teixidor (2002), en dos categorías: rol autónomo y rol de cooperación.

En la actualidad, el rol profesional de la enfermera engloba dos dimensiones, el rol autónomo y el rol de cooperación. La enfermera ejecuta ambos roles junto a las personas y sus familias, ayudándoles a vivir situaciones de salud, de perturbación de la salud o de final de vida.

1.3.1.2 Rol autónomo

Se entiende por *rol autónomo* el que integra el conjunto de competencias y actuaciones, es decir, conocimientos, destrezas, actitudes y valores asociados al servicio específico que ofrecen los profesionales de la enfermería en la práctica profesional de los cuidados. Este rol se basa en la toma de decisiones que dependen exclusivamente de la iniciativa de la enfermera y se guía por los valores humanistas y éticos del cuidar. Está dirigido a conseguir la autonomía y la calidad de vida de las personas y sus familias en relación con el entorno. Incluye las intervenciones autónomas en los cuidados de enfermería, desarrollo, apoyo, enseñanza o *counselling* (asesoramiento), acompañamiento, suplencia y vigilancia del estado de salud, intervenciones que contribuyen a la satisfacción de las necesidades, a la actualización de la persona, a su desarrollo, bienestar, recuperación de la salud, readaptación, y a la calidad y continuidad de la vida. En el desempeño de su rol autónomo, la enfermera se abre a la vivencia de salud del otro, y sus intervenciones tienen por objetivo identificar las necesidades de ayuda con y para la persona.

1.3.1.3 Rol de cooperación

Otra dimensión del rol enfermero es la cooperación, que integra las intervenciones que la enfermera desarrolla en complementariedad con el resto de los miembros del equipo multidisciplinar.

Se trata de compartir saberes, de buscar el acuerdo en un objetivo común y de tener una visión compartida. La cooperación implica no solo a los miembros de un equipo interdisciplinar, sino también a la persona que necesita las intervenciones de los profesionales y a aquellas otras que constituyen su referencia.

En cuanto a enfermería, esta dimensión del rol incluye los cuidados de vigilancia de la persona en situación de enfermedad y la aplicación de las órdenes médicas, como las medicaciones y los tratamientos. Otra función es la aplicación de técnicas específicas decididas por la enfermera; son técnicas de cuidados de enfermería en las cuales la enfermera también desarrolla su función autónoma.

ROL PROFESIONAL DE LA ENFERMERA			
Dar apoyo a la persona que vive una experiencia de salud y que puede la intervención de la enfermera	Vigilancia del estado de la salud de la persona	Aplicación de técnicas especiales de cuidados enfermeros	Aplicación de órdenes médicas.
ROL AUTÓNOMO		ROL DE COOPERACIÓN	
Actuación completamente autónoma que depende de las decisiones de la enfermera en relación con la elección (con la persona) de los cuidados de enfermería.		Decisión conjunta y complementaria de la enfermera y de otros profesionales de la salud en relación con los cuidados que se deben prodigar.	
AUTONOMIA COMPLETA de la enfermera en la administración de las intervenciones y en la aplicación de técnicas de vigilancia como consecuencia de su juicio crítico.			
ACERCAMIENTO HUMANISTICO ENFERMERO			

Manual de Enfermería, BAILY, ELLENE, 1987, BARCELONA, ESPAÑA.

El rol profesional de la enfermera abarca el rol autónomo y el rol de cooperación. Los profesionales de la enfermería ejecutan ambos roles junto a las personas enfermas y sus familiares. (ENFERMERIA, 1987)

1.4 MARCO DISCIPLINAR EN ENFERMERÍA.

A la enfermera desde su origen se le ha atribuido el cuidado y la atención de niños, mujeres embarazadas y ancianos, por lo que conforme la profesión ha avanzado en los niveles educativos ha logrado que el cuidado que otorga sea especializado de acuerdo con cada etapa de la vida.

A partir de la creación de la figura de la enfermera partera y la incorporación de los conocimientos científicos, técnicos, y los valores éticos derivados de la filosofía de la enfermería, su práctica se constituye en un ejercicio profesional independiente y responsable, que contribuye a garantizar una atención perinatal de calidad, proporcionando los cuidados personalizados e integrales a través de instrumentar las etapas del “Proceso de Atención de Enfermería” (valoración, planeación, ejecución, y evaluación).

La enfermera obstetra cuenta con una formación profesional que le permite comprender los factores que condicionan la calidad de vida, analizar la realidad nacional y los problemas de salud reproductiva para definir su participación en el desarrollo de estrategias y acciones que requieren estos problemas de salud. Así mismo, está preparada para diseñar o implementar los métodos para lograr una comunicación efectiva, con los usuarios de sus servicios y con los grupos de trabajo multiprofesional e interprofesionales.

1.4.1 Enfoque de riesgo

El enfoque de riesgo reproductivo implica la aplicación de técnicas y procedimientos que permiten identificar las situaciones que pudieran significar una anomalía en el ciclo gestacional.

El riesgo, desde el punto de vista de la atención obstétrica, es la probabilidad de presentar complicaciones, tanto en la madre como en el producto. La calificación del riesgo, determinada con base en la suma de probabilidades de complicaciones.

En la atención obstétrica se ha hecho necesario un sistema de clasificación que permita distinguir a las mujeres con mayor o menor riesgo de presentar complicaciones que ocasionan tanto muertes maternas como fetales. Las enfermeras obstetras como parte del equipo del servicio de salud, conocen y aplican el sistema de evaluación de riesgo de un modo efectivo. Con los resultados que se obtienen de esta valoración, se establece un plan de cuidados ya sea para la vigilancia del estado de la salud y prevención de complicaciones o para la referencia a servicios especializados.

1.5 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO.

Proporciona atención continua a la embarazada durante el trabajo de parto y parto, atendiendo a las condiciones generales y obstétricas y previene la aparición de complicaciones que puedan afectar la seguridad de la madre y el feto, porque cuenta con los conocimientos y aptitudes.

1.5.1 Protocolos de atención para el trabajo de parto

Una medida ordenada y sistemática para la atención del trabajo de parto permite obtener evoluciones maternas y perinatales reproducibles. A continuación se presentan varios protocolos para la atención del trabajo de parto. (WILLIAMS, 2011)

1.5.1.1 Atención activa del trabajo de parto

Hace más de 30 años, O'Driscoll et al. (1984), en el *National Maternity Hospital* de Dublín, fueron pioneros al impulsar el concepto de que un protocolo de atención disciplinada y estandarizada del trabajo de parto reducía el número de nacimientos por cesárea secundaria a distocia.

La medida se conoce ahora como *atención activa del trabajo de parto*. Dos de sus componentes (la anatomía y la oxitocina) se ha utilizado en forma extensa. Con este protocolo, el trabajo de parto se diagnostica cuando las contracciones dolorosas van acompañadas de borramiento completo del cuello uterino, emisión de líquido sanguinolento o rotura de membranas.

Las mujeres con tales hallazgos se internan para tener el trabajo de parto en 12 h. se realiza una exploración ginecológica cada hora durante las siguientes 3 h y después a intervalos de 2 h. Cuando la dilatación no ha aumentado al menos 1 cm/h se indica la anatomía. Se revalora de nueva cuenta el avance a las 2 h y se inicia la administración de oxitocina a dosis elevada, a menos que se muestre una dilatación de 1 cm/h. las pacientes deben recibir atención constante de enfermeras obstétricas.

Si las membranas se rompen antes del ingreso hospitalario, se inicia con oxitocina cuando no hay avance en 1 h. No se utiliza equipo especial para administrar la oxitocina ni para vigilar sus efectos y tampoco la vigilancia electrónica de las contracciones uterinas. La oxitocina se administra por gravedad regulada por una enfermera general. La solución contiene 10 U de oxitocina en 1 L de solución glucosada en agua.

La dosis total no debe ser mayor de 10 U y el ritmo de infusión no mayor de 30 a 40 mU/min. En el protocolo de Dublín se aplica a la toma de muestra de sangre de la piel cabelluda del feto como prueba definitiva del sufrimiento fetal.

1.5.1.2 Protocolo de atención del trabajo de parto del Parkland hospital

Esta medida se aplica tanto en el embarazo complicado como para aquél con evolución normal.

Las mujeres ingresan cuando se diagnostica trabajo de parto activo, que se define como la dilatación del cuello uterino de 3 a 4 cm, en presencia de contracciones, o se confirma rotura de membranas.

Las pautas de atención indican exploración pélvica cada 2 h aproximadamente. Se sospecha trabajo de parto ineficaz cuando el cuello uterino no se dilata en las 2 h que siguen al ingreso. Se practica entonces la amniotomía y se determina el avance del trabajo de parto en la siguientes 2 h. En aquellas mujeres cuyo trabajo de parto no avanza, se coloca un catéter de presión intrauterina para valorar la función del órgano.

Las contracciones hipotónicas y la ausencia de dilatación del cuello uterino después de 2 a 3 h adicionales dan lugar a la conducción del trabajo de parto con un esquema de dosis alta de oxitocina. El objetivo es lograr actividad uterina de 200 a 250 U Montevideo durante 2 a 4 h antes de diagnosticar la distocia.

Las velocidades de dilatación de 1 a 2 cm/h se aceptan como prueba de avance después de que se ha establecido una actividad uterina satisfactoria con oxitocina. El tiempo acumulado requerido para este método de atención gradual permite a muchas mujeres establecer un trabajo de parto eficaz. (WILLIAMS, 2011)

1.6 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

1.6.1 Administración de fármacos

La administración de medicamentos y la vigilancia de sus efectos durante el trabajo de parto son responsabilidades del personal de enfermería, que debe conocer bien el estado de la mujer y del producto y de las bases del empleo seguro de cada fármaco durante la asistencia del trabajo de parto.

Las siguientes implicaciones de enfermería se relacionan con la administración de cualquiera de estas medicaciones a la mujer durante el trabajo de parto:

- La administración de medicamentos durante el trabajo de parto suele efectuarse por vía intramuscular o intravenosa. La dosis se conserva al nivel mínimo eficaz, de modo que se pueda predecir mejor la duración del efecto y se reduzcan los efectos dañinos.

- La administración intravenosa debe efectuarse con lentitud a velocidad de 1 ml/min o menos para evitar una reacción fisiológica demasiado rápida al fármaco. La medicación intravenosa puede darse al principio de una contracción para disminuir la cantidad de fármaco que se transfiere al feto, puesto que durante las contracciones uterinas se reduce de manera notable la circulación placentaria.
- Antes de la administración es necesario vigilar y anotar signos vitales maternos, frecuencia cardíaca fetal y condiciones del cuello uterino. Se verificarán estos aspectos de nuevo 10 a 15 minutos después de la administración intramuscular y tres a cinco minutos después de la administración intravenosa para valorar los posibles efectos.
- Los efectos de cualquier agente administrado por vía parenteral se intensifican y pueden ser más peligrosos en el feto o el neonato prematuros o enfermos.
- Deben tomarse una serie de precauciones necesarias al administrar los medicamentos, entre ellas: verificar el fármaco y la posología, comprobar los posibles antecedentes de alergias maternas, elevar los barandales de la cama y vigilar estrechamente el estado de la paciente. (ENFERMERIA, 1987)

1.7 VIGILANCIA DEL BIENESTAR FETAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

American Academy of Pediatrics y el American College Of Obstetricians and Gynecologists (2007) recomienda que durante el primer periodo del trabajo de parto y en ausencia de anomalías, se revise la frecuencia cardíaca fetal inmediatamente después de una contracción al menos cada 30 min y después cada 15 min en el segundo periodo del trabajo de parto.

Si se utiliza la vigilancia electrónica continua, se valora el trazo al menos cada 30 min durante el primero y cada 15 min durante el segundo periodos del trabajo de parto. Para las mujeres con embarazo de riesgo, la auscultación del corazón fetal se lleva a cabo por lo menos cada 15 min durante la primera fase del trabajo de parto cada 5 min durante la segunda fase. Se puede usar la vigilancia electrónica continua con valoración del trazo cada 15 min durante el primer periodo del trabajo de parto y cada 5 min durante el segundo. (WILLIAMS, 2011)

1.8 VARIACIONES COMUNES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO ACTIVO

1.8.1 Variaciones de la frecuencia cardiaca fetal

Independientemente de que se valoren los ruidos cardiacos fetales con un fetoscopio o con un equipo de vigilancia electrónica, la enfermera puede identificar, durante el trabajo de parto, activo aquellos patrones de frecuencia cardiaca fetal que sugieren la necesidad de una valoración más precisa del estado del producto.

1.8.2 Vigilancia por parte de la enfermera

Valoración del patrón de la frecuencia cardiaca fetal

Se necesitará una valoración más precisa ante los siguientes patrones de la frecuencia cardiaca fetal:

Frecuencia cardiaca fetal de referencia:

- Taquicardia: frecuencia de 160 latidos por minuto o más durante 10 minutos.
- Bradicardia: frecuencia de 80 a 120 latidos por minuto durante más de 10 minutos.

Cambios periódicos:

- Aceleración: incremento transitorio de 15 latidos por minuto o más por encima de las cifras de referencia. La aceleración no implica sufrimiento fetal, pero cuando es sostenida y uniforme durante las contracciones uterinas puede ser una advertencia de alteraciones más graves.

- Desaceleración: disminución transitoria de 15 latidos por minuto o más por debajo de las cifras de referencia. La desaceleración que se produce al inicio de las contracciones, en la cual la frecuencia cardiaca fetal vuelve a los niveles de referencia al final de la contracción uterina (desaceleración temprana), carece de importancia clínica. Todos los otros patrones de desaceleración requieren valoración más profunda.

Si se identifican variaciones de la frecuencia cardiaca fetal:

- Iniciar monitorización externa continua de la frecuencia cardiaca fetal. Colocar a la madre en decúbito lateral para eliminar la posibilidad de hipotensión supina materna o de compresión del cordón a causa de la posición.
- Advertir al médico o a la enfermera obstétrica la naturaleza de las variaciones de la frecuencia cardiaca fetal y la reacción del feto a los cambios de posición.
- Administrar oxígeno mediante mascarilla facial ajustada en dosis de 8 a 12 l/min, para reducir la posible hipoxia fetal.
- Explicar estas medidas a la mujer. Señalarle que quizá se requieran valoraciones más a fondo y, posiblemente, otras medidas terapéuticas.(ENFERMERIA, 1987)

1.9 MONITORIZAJE FETAL

La evaluación de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) sigue siendo una tarea compleja a causa de varios factores que debe considerarse y de las variaciones de la respuesta fetal “normal al parto”.

Un patrón preocupante de la FCF no necesariamente es una indicación de afección fetal, pero el hallazgo de un patrón de este tipo requiere que se instituyan las intervenciones apropiadas para valorar el bienestar del feto y, por tanto, para intentar devolver la confianza a la enfermera y t al médico sobre el bienestar fetal. Un patrón tranquilizador de FCF asegura virtualmente el nacimiento de un bebe sano y bien oxigenado (Afruat. 1996).

Así, debido a la baja capacidad predictiva positiva de los hallazgos del monitorizaje fetal y a la falta de consenso sobre la información objetiva para determinar su bienestar, debería evitarse el término “sufrimiento fetal” en las historias clínicas.

1.9.1 Bases del monitorizaje

1.9.1.1 Respuesta fetal

Debido a que el parto representa un periodo de estrés fisiológico para el feto, la vigilancia frecuente de su situación es parte integral del cuidado de enfermería que se da durante el parto.

La valoración del feto durante el periodo intraparto puede realizarse de forma intermitente o continua. Ambos métodos buscan valorar la respuesta del feto a la actividad uterina. Esto incluye mantener una oxigenación adecuada del feto durante el parto para prevenir su afección y asegurar la salud del recién nacido después del parto.

1.9.1.2 Plan de cuidados e implementación

Es responsabilidad de la enfermera que brinda cuidados a las mujeres de parto valorar los patrones de FCF, llevar a efecto las intervenciones de enfermería independientes, registrar las observaciones y acciones, conforme a los estándares de atención establecidos, y comunicar los patrones preocupantes al proveedor primario de salud.

1.9.1.3 Estándares de monitorización fetal

Las enfermeras que tiene a su cuidado a las mujeres durante el parto son legalmente responsables de la interpretación correcta de los patrones de FCF, la puesta en práctica de las intervenciones apropiadas de enfermería, basadas en ese patrón, y de registrar el resultado de las intervenciones. Las enfermeras perinatales son responsables de notificar de forma oportuna al médico o a la enfermera matrona en caso de que aparezcan patrones de la FCF preocupantes.

PROTOCOLO PARA EL MONITORIZAJE DE LA FCF

<p>Enseñanza a la paciente / familia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el propósito del monitorizaje • Explicar el procedimiento • Dar las razones para que la madre mantenga una posición diferente a la supina 	<p>Valoraciones para todas las pacientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valore la actividad uterina en busca de la frecuencia y la duración, la intensidad de las contracciones, y el tono de reposo uterino. • Valore la FCF inmediatamente después de la rotura de membranas, examen vaginal y todo procedimiento invasivo.
<p>Auscultación. Todas las pacientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuento de la FCF basal en el intervalo de las contracciones. • Valore la FCF durante la contracción y durante por lo menos 30 s después de ella. • Anote los aumentos o disminuciones de la FCF. • Valore la FCF antes de la deambulación. • Interprete de la información de la FCF, intervenciones de enfermería, y respuestas de la paciente. 	<p>Medias de urgencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambie de posición a la paciente al decúbito lateral para aumentar la perfusión uteroplacentaria o aliviar la compresión del cordón. • Administre oxígeno a 8 – 10 L/ min o según protocolo hospitalario a través de máscara facial. • Suspenda la oxitocina, si se está administrando. • Corrija la hipovolemia materna aumentando la velocidad de la IV según el protocolo o según se prescriba. • Valore la hemorragia u otra causa de cambios del patrón, como la hipotensión materna. • Anticipe la preparación de emergencia para la intervención quirúrgica si el patrón preocupante continúa a pesar de las intervenciones.
<p>Valoraciones materna / fetales</p>	<p>Cuidados</p>

- Obtenga una lectura de 20 minutos del MEF para todas las pacientes que ingresan en la unidad de dilatación.
- Ayudar a la mujer para que adopte una posición más cómoda diferente a la supina.
- Cambiar la posición de la madre por lo menos cada dos horas.

ENFERMERIA MATERNO INFANTIL, LOWDERMILK, OCEANO 2003.

1.10 VIGILANCIA DE LA ACTIVIDAD UTERINA DURANTE EL PARTO

Al análisis de la actividad uterina por medios electrónicos permite llegar a algunas generalizaciones en cuanto a la relación que guardan ciertos tipos de contracción y con el resultado del trabajo de parto. No obstante, hay una considerable variación normal, y debe tenerse precaución antes de juzgar la presencia o ausencia de trabajo de parto verdadero tan solo por el estudio de un trazo. La eficacia del musculo uterino para lograr el parto varía mucho. (WILLIAMS, 2011)

1.10.1 Contracciones uterinas

Aunque se valoran por lo general mediante vigilancia electrónica, las contracciones pueden valorarse de forma cuantitativa y cualitativa por medios manuales. Con la palma de la mano aplicada con suavidad sobre el útero puede precisarse el momento de inicio de una contracción. Su intensidad se determina a partir del grado de firmeza que el útero alcanza. En el punto máximo de las contracciones efectivas, el pulgar o los otros dedos no pueden penetrar con facilidad el tejido uterino si la contracción es “firme”. A continuación se determinan el momento en el que la contracción termina. Esta secuencia se repite para determinar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas.(WILLIAMS, 2011)

1.10.2 Signos vitales maternos

Se valoran cada 4 h la temperatura, el pulso y la presión arterial maternos. Si se han roto las membranas fetales durante muchas horas antes del inicio del trabajo de parto o si hay un aumento limítrofe de la temperatura, esta se determina de manera horaria. Aun mas, en presencia de rotura prolongada de membranas, definida como mayor de 18 h, se recomienda administrar antimicrobianos para la prevención de infecciones por estreptococos del grupo B. (WILLIAMS, 2011).

Procurar un estado de bienestar físico, mental, emocional y espiritual del binomio madre-hijo durante la fase de trabajo de parto y controlar la evolución a través de:

- Registrar y valorar los signos vitales por lo menos cada 4 hrs (T/A, FC, FR y Temperatura).
- Monitorizar y auscultar la frecuencia cardiaca fetal antes, durante y después de la contracción uterina.
- Realizar las maniobras de Leopold.
- Identificar la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones uterinas.
- Valorar y registrar las modificaciones cervicales (dilatación y borramiento).
- Valorar el descenso de la presentación (planos de Hodge).
- Mantener a la embarazada en un buen estado de hidratación.
- Propiciar el reposo de la embarazada en decúbito lateral izquierdo.
- Identificar signos y síntomas que indiquen el inicio del periodo expulsivo.

1.11 COMPETENCIA DE LA TERCULTURALIDAD.

Brinda atención obstétrica con una visión intercultural y ética ya que cuenta con los conocimientos y aptitudes como bases de la asistencia de calidad a través de:

Diseñar procedimientos que faciliten el trabajo con las comunidades atendiendo el principio de autonomía de las personas y la interculturalidad:

- Favorecer la relación enfermera (o) – usuaria, aplicando para ello las técnicas que propicien el acercamiento y una relación cálida.
- Proporcionar atención respetando las creencias y costumbres y ante posibles complicaciones informar suficientemente para la toma de decisiones informadas.

Desarrollar su trabajo dentro de las normas éticas de la enfermería, con apego al Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México lo que implica:

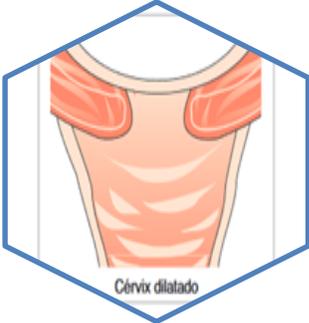
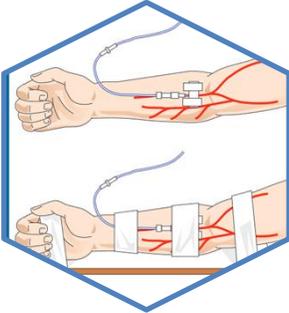
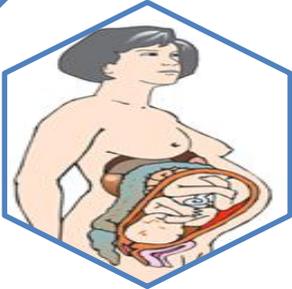
- Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
- Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
- Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
- Salvaguardar las condiciones de intimidad, confidencialidad y consentimiento informado basado en una información correcta. (Salud, 2005)

CAPITULO II

MANEJO DE LA

OXITOCINA

MANEJO DE LA OXITOCINA



CAPITULO II MANEJO DE LA OXITOCINA

2.1 INFLUENCIAS HORMONALES DURANTE EL EMBARAZO

2.1.1 Oxitocina

Según el Manual de enfermería (1976 – 1987), La oxitocina es una hormona neurohipofisiaria que se sintetiza en los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo; se procesa a partir de una molécula precursora más grande denominada neurofisisina que contiene una secuencia de más de 90 aminoácidos. La neurofisisina se almacena en forma de complejos diméricos como gránulos secretorios en las terminaciones nerviosas de la neurohipófisis. De ella se sintetiza la oxitocina, que es un octapéptido.

Conforme avanza la edad gestacional, el número de receptores miometriales y la afinidad por ella se incrementan, de manera que a menor edad, menor es la respuesta a su administración exógena.

La oxitocina se encuentra en concentraciones crecientes en la circulación fetal y en líquido amniótico durante las últimas semanas del embarazo y en el trabajo de parto. (CLINICA, 2009).

LUGAR DE PRODUCCION:

Del hipotálamo a la hipófisis para su descarga.

EFFECTOS:

- Estimula el descenso y expulsión de la leche.
- Estimula las contracciones uterinas (no induce el trabajo de parto, pero intensifica las contracciones).
- Reflejo de Ferguson: descarga de oxitocina por distensión cervical y vaginal durante el trabajo de parto.

IMPLICACIONES CLINICAS:

- Lactación.
- Involución uterina
- No se conoce su función en el inicio del trabajo de parto. (MANUAL DE ENFERMERIA , 1976 - 1987).

2.2 INDUCCIÓN Y ACELERACIÓN DEL PARTO

- La *inducción* del parto consiste en la estimulación deliberada de las contracciones uterinas antes de que estas inicien espontáneamente.
- La *aceleración* del parto consiste en la estimulación de contracciones uterinas eficaces cuando ya se ha desencadenado el trabajo de parto.

La inducción o la aceleración del parto, suelen emplearse cuando el estado materno o fetal puede mejorar con ello pero no hay necesidad de recurrir a la operación cesárea. La inducción sistemática para el parto es motivo de controversia, pero esta medida puede ser salvadora cuando existen indicaciones médicas. Además de resolver el estado médico por el cual está indicada, la inducción ofrece a la madre que está en peligro otras ventajas, tales como:

- Permitir la preparación física y emocional para el trabajo de parto y el parto.
- Disminuir el riesgo de la anestesia, ya que la paciente puede conservarse en ayuno y bien hidratada.
- Ajustar el tiempo para permitir una asistencia adecuada por el médico y por el personal de enfermería.

2.2.1 Indicaciones del parto inducido

- Hipertensión producida por el embarazo. Este trastorno puede empeorar progresivamente, a menos que se resuelva mediante el nacimiento.
- Diabetes materna. Podrían estar indicados la inducción y el nacimiento dos a tres semanas antes de la fecha probable fecha de parto para prevenir la muerte fetal por insuficiencia placentaria, en especial si la diabetes no está bien controlada durante el embarazo.
- Rotura prematura de membranas. Puede estar indicada la inducción para prevenir la infección uterina cuando las membranas han permanecido rotas durante 24 horas o más
- Isoinmunización Rh. La elevación del título de anticuerpos anti – Rh en la parte tardía del embarazo puede indicar la sensibilización materna, y necesidad de parto urgente para prevenir la eritroblastosis fetal.
- Posmadurez (más de 42 semanas de gestación). Pueden sobrevenir insuficiencia placentaria y alteraciones fetales por embarazo prolongado.
- Las pacientes con cesárea previa pueden considerarse candidatas para la inducción.

La inducción del parto tiene una indicación precisa cuando el embarazo prolonga de manera excesiva y el trabajo de parto no se inicia una vez superada la fecha prevista para su desencadenamiento espontáneo, temiéndose por la repercusiones de tal circunstancia sobre el estado fetal. Si se piensa en inducir el trabajo de parto, se recurre a la puntuación de Bishop, valorando cinco factores a los que se asigna una puntuación de 0 a 3:

- Dilatación cervical
- Borramiento cervical
- Estación fetal
- Consistencia cervical
- Posición cervical

Cuanto mayor es la calificación obtenida, más elevada es la probabilidad de inducción con buenos resultados. Si la puntuación es de 6 o más, en el 95% de los casos se obtiene una inducción satisfactoria.

2.2.2 Contraindicaciones del parto inducido

Maternas

- Anomalías de útero, vagina o pelvis.
- Anomalías placentarias (placenta previa o sospecha de desprendimiento prematuro).
- Infección genital por herpesvirus tipo II.
- Gran multiparidad.
- Sobre distensión del útero (por gestación múltiple o polihidramnios)

Fetales

- Situación fetal anormal (posición transversa).
- Peso bajo al nacimiento o producto pretérmino.
- Sufrimiento fetal puesto de manifiesto por la monitorización
- Prueba de contracción con estrés positiva (anormal).

2.3 VALORACION DE ESTADO ADECUADO PARA LA INDUCCIÓN

Para predecir el estado cervical favorable para la correcta inducción del trabajo de parto se emplea la puntuación de Bishop.

(MANUAL DE ENFERMERIA , 1976 - 1987)

2.3.1 Maduración del cuello uterino antes de la inducción

El estado del cuello uterino (es decir, si es “favorable” o no) es importante para obtener buenos resultados de la inducción del trabajo de parto.

Estado favorable del cuello uterino

Un método cuantificable que se aplica para predecir los resultados de la inducción del trabajo de parto es la calificación descrita por Bishop (1964), la cual se presenta en el *cuadro 22 – 1*.

Una puntuación de Bishop de 9 indica una alta probabilidad de inducción exitosa. Una puntuación de Bishop de cuatro o menos identifican un cuello desfavorable y pudiese ser indicación de un intento para madurarlo.

CUADRO 22- 1. Sistema de puntuación de Bishop usado para valorar la posibilidad de inducción

Factor					
Puntuación	Dilatación (cm)	Borramiento (%)	Altura de la presentación (-3 a +2)	Consistencia del cuello	Posición del cuello uterino
0	Cuello cerrado	0 – 30	-3	Firme	Posterior
1	1 -2	40 – 50	-2	Media	Intermedia
2	3-4	60 – 70	-1	Blanda	Anterior
3	_>5	_>80	+1 , +2	-	-

Las mujeres con frecuencia tienen indicación de inducción pero con un cuello uterino desfavorable del cuello. Conforme disminuye lo favorable del cuello o la puntuación de Bishop, hay una tasa cada mayor de inducción sin buenos resultados. Por ello, se ha dedicado investigación considerable a diversas técnicas para “madurar” el cuello antes de la estimulación de las contracciones uterinas.

En muchos casos, las técnicas usadas para mejorar el estado favorable del cuello uterino también estimulaban las contracciones.

Por consiguiente, estas son susceptibles de utilizarse para inducir el trabajo de parto. Los métodos de usados para la maduración del cuello uterino incluyen preparados farmacológicos y diversas modalidades de distensión. (WILLIAMS, 2011).

2.4 MÉTODOS DE INDUCCIÓN DEL PARTO

La inducción del parto puede lograrse mediante diferentes métodos:

- Aplicación de prostaglandinas en el cuello uterino.
- Amniotomía
- Administración de oxitocina por vía intravenosa.

(MANUAL DE ENFERMERIA , 1976 - 1987)

Soluciones intravenosas

Si bien en muchos hospitales se ha convertido en una práctica regular establecer un sistema de inyección de soluciones intravenosas de manera sistemática en etapas tempranas del trabajo de parto, rara vez responde a una necesidad real de la mujer embarazada normal, al menos hasta el momento que se administra la analgesia. Tiene ventajas un sistema de inyección intravenosa de soluciones durante el puerperio inmediato para administrar de modo profiláctico oxitocina y algunas veces de manera terapéutica, cuando persiste la atonía uterina.

Si está colocada una infusión intravenosa, la práctica estándar de los autores consiste en agregar 20 U (2 ml) de oxitocina por litro de solución. Esta solución se administra después del alumbramiento, a un ritmo de 10 ml / min (200 mU / min) durante algunos minutos, hasta que el útero permanece contraído con firmeza y se controla la hemorragia.

El ritmo de infusión se reduce entonces a 1 a 2 ml / min, hasta que la madre está lista para transferirse al área de recuperación en la unidad de puerperio. Por lo regular, la infusión se suspende entonces.

La vida media de la oxitocina administrada por vía intravenosa es de casi 3 min. Antes del nacimiento, el útero en trabajo de parto espontáneo muestra de manera característica una sensibilidad extraordinaria a la oxitocina, y su dosificación se ajusta de forma cuidadosa para alcanzar contracciones adecuadas. Sin embargo, después del nacimiento del feto estos riesgos ya no existen y puede recurrirse a una dosificación fija.

2.4.1 Administración intravenosa de oxitocina

El propósito de la inducción o la conducción es conseguir una actividad uterina suficiente para generar cambios del cuello uterino y el descenso fetal, en tanto se impide la aparición de un estado fetal desalentador.

La oxitocina debe discontinuarse si el número de contracciones persiste con una frecuencia mayor de cinco en un periodo de 10 min o siete en uno de 15 min así como en presencia de patrones desalentadores persistentes de la frecuencia cardíaca fetal. La discontinuación de la oxitocina casi siempre aminora la frecuencia de las contracciones con rapidez. Cuando se interrumpe la administración de oxitocina, su concentración en plasma decrece rápido porque su vida media es de casi 5 min.

Seitchik et al. (1984) encontraron que hay una respuesta uterina en 3 o 5 minutos después de iniciada la inyección de oxitocina en solución y que se alcanza un estado contante en plasma en 40 min. La respuesta depende de la actividad uterina previa, el estado del cuello uterino, la duración embarazo y las diferencias biológicas individuales.

Caldeyron – Barcia y Poseiro (1960) informaron que la respuesta uterina a la oxitocina aumenta de las 20 a 30 semanas y lo hace de manera rápida a término.

2.4.1.1 Efectos cardiovasculares

Secher et al. (1978) informaron que, incluso en la mujer sana, un bolo intravenoso de 10 U de oxitocina producía una reducción transitoria intensa de la presión arterial, con un aumento abrupto del gasto cardíaco.

Estos cambios hemodinámicos podrían ser riesgosos para mujeres con hipovolemia debida a hemorragia, o en aquellas con cardiopatía. *Por lo tanto, la oxitocina no debe administrarse por vía intravenosa como bolos de dosis elevada.* Más bien, debe suministrarse diluida en solución mediante infusión intravenosa continua. (WILLIAMS, 2011)

La oxitocina, administrada por vía intravenosa, es el medicamento más eficaz y el de mayor uso para inducir el trabajo de parto. Es un fármaco potente, por lo que la paciente debe ser valorada con cuidado en el transcurso de su administración o antes de ella. La administración de oxitocina requiere una dosificación muy precisa, por lo que suele efectuarse mediante una bomba de perfusión. (MANUAL DE ENFERMERIA , 1976 - 1987)

Cuando se administra por vía parenteral tiene una vida media entre 3 y 10 min, su depuración ocurre por hígado y riñón y con una concentración sanguínea de respuesta a los 40 minutos. Es metabolizada por la acción de la oxitocinasa, que es una glucoproteína aminopeptidasa en la placenta, la cual inactiva la oxitocina por desdoblamiento del enlace peptídico entre cisteína y tirosina.

La sustancia que se emplea en el procedimiento de inducción del trabajo de parto es un compuesto sintético químicamente identificado como polipéptido, de ocho aminoácidos; está disponible en forme de ampolletas con 2 y 5 IU de la sustancia activa, en volúmenes de 2 y 1 mL, respectivamente. (CLINICA, 2009).

2.4.2 Indicaciones de la administración de oxitocina

- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Diabetes materna, en especial si el trastorno no se controló bien durante el embarazo.
- Rotura prematura de membranas.
- Isoinmunización Rh.
- Posmadurez (gestación de más de 42 semanas): el embarazo prolongado puede producir insuficiencia placentaria y alteraciones fetales.
- Muerte fetal intrauterina.

2.4.3 Contraindicaciones de la administración de oxitocina

- Desproporción cefalopélvica.
- Presentación anormal del feto (transversa, pélvica).
- Anomalías placentarias (placenta previa, sospecha de desprendimiento prematuro).
- Sufrimiento fetal comprobado.
- Premadurez (a menos que el estado de la madre o del producto obliguen al parto).
- Predisposición a la rotura uterina (gestación múltiple y otros casos de sobredistensión uterina con polihidramnios, gran multiparidad, antecedentes de traumatismo uterino, infección). (MANUAL DE ENFERMERIA , 1976 - 1987)

2.5 DOSIS DE OXITOCINA

No se conocen efectos secundarios directos por su empleo, aun con dosis elevadas; su reacción secundaria de riesgo depende de la sobredosis, que suele ocasionar taquisistolia o hipertónia uterinas, con las consecuencias de sufrimiento fetal y riesgo de rotura uterina. Se han informado caso de hipotensión arterial, arritmias e hiponatremia.

La respuesta sobre la dinámica uterina varía según el caso. A veces, luego que se induce el trabajo de parto, la dilatación del cuello uterino estimula fisiológicamente por sí misma la producción y liberación endógena de oxitocina (reflejo de Ferguson 1), por lo que puede disminuir la necesidad de oxitocina endovenosa; por ello el clínico debe estar atento para mantener la dosis respuesta. Cuando se tiene acceso al equipo, se recomienda la administración de dosis regulada mediante bomba de infusión endovenosa continua. (CLINICA, 2009).

Una ampolleta de 1ml que contiene 10 unidades (U) suelen diluirse en 1 000 ml de solución cristalóide y se suministra mediante bomba de infusión. Una solución usual consta de 10 a 20 U de oxitocina, 10 000 a 20 000 mU, diluidas en 1 000 ml de solución de Ringer con lactado. Esta mezcla proporciona una concentración de 10 a 20 mU/ml, respectivamente. Para evitar la administración rápida debe colocarse el catéter con interruptor cerca del sitio de venopunción.

El *American College of Obstetricians and Gynecologists*, (1999^a) recomienda varios esquemas de oxitocina para la estimulación del trabajo de parto. Este esquema y otros se muestran en el cuadro 22-3.

En 1984, O'Driscoll et al. (1984), de Dublín, descubrieron un esquema para la atención activa del trabajo de parto que señalaba la utilización de oxitocina a una dosis de inicio de 6 mU/ min con incremento en la misma cantidad a intervalos regulares. (WILLIAMS, 2011)

CUADRO 22-3. Varios esquemas de oxitocina de dosis baja y alta para estimulación del trabajo de parto.

Esquema	Dosis de inicio (mU/min)	Dosis de aumento (mU/min)	Intervalo (min)
De dosis baja	0.5 – 1.5	1	15 - 40
	2	4, 8, 12, 16, 20 25, 30	15
De dosis alta	4	4	15
	4.5	4.5	15 – 30
	6	6 ^a	20 – 40 ^b

^aEn presencia de hiperestimulación y después de que se discontinúa la administración de oxitocina en solución, se reinicia a la mitad de la dosis previa y se aumenta a razón de 3 mU/min.

^bLa hiperestimulación es más frecuente con intervalos más breves.

Datos tomados de Merrill y Zlatnik (1999), Santi et al. (1992, 1994) y Xenakis et al. (1995).

2.5.1 Intervalo entre los incrementos de dosis

Los intervalos para aumentar la dosis de oxitocina varían de 15 a 40 min. Satín et al. (1994) abordaron este aspecto con un esquema de 6 mU/min e incrementos cada 20 a 40 min. Las mujeres asignadas al esquema con intervalo de 20 min para conducción del trabajo de parto manifestaron una disminución de importancia en la tasa de cesárea por distocia en comparación con el esquema de intervalo de 40 min. Como quizá pudiera esperarse, la hiperestimulación uterina fue mucho más frecuente con el esquema de 20 min.

Otros investigadores señalan incrementos e intervalos todavía más frecuentes:

- Frigoletto et al. (1995) y Xenakis et al. (1995) empezaron la administración de oxitocina a razón de 4 mU/min con aumentos según fuese necesario cada 15 min.
- Merrill y Zlatnik (1999) empezaron con 4.5 mU/min y efectuaron incrementos cada 30 min.
- López – Zeno et al. (1992) comenzaron con 6 mU/min y llevaron a cabo aumentos cada 15 min.

Así, hay varios esquemas aceptables de administración de oxitocina que parecen algo disímiles. Pero una comparación de esquemas en dos de las instituciones donde se desempeñan los autores no indica esto:

1. El esquema del *Parkland Hospital* recomienda una dosis inicial de oxitocina de 6 mU/ min con incrementos de la misma cantidad cada 40 min, pero se proporciona una dosificación flexible con base en la hiperestimulación.
2. El protocolo de la de la *University of Alabama* en Birmingham inicia con oxitocina a razón de 2 mU/min y se aumenta según sea necesario cada 15 min a 4, 8, 12, 16, 20, 25, 30 mU/min.

De esta manera, si bien estos dos esquemas parecen dispares al principio, de no existir actividad uterina con cualquiera de ambos se estarían administrando en infusión 12 mU/min a los 45 min.

2.5.2 Dosis máxima

La dosis máxima eficaz de oxitocina para alcanzar contracción adecuadas en todos los casos es distinta. De esta manera, si las contracciones no son adecuadas con menos de 200 U Montevideo, y si el estado fetal es alentador y el trabajo de parto se detuvo, la administración de una dosis de oxitocina en solución mayor de 48 mU/min no conlleva a riesgos evidentes.

2.6 RIESGO EN COMPARACIÓN CON BENEFICIOS

A menos que el útero tenga cicatrices, la rotura uterina vinculada con la administración de oxitocina es inusual, incluso en multíparas.

La estimulación del trabajo del parto con oxitocina se ha relacionado con frecuencia con rotura del útero, sobre todo en mujeres de paridad alta. (Fuchs et al., 1985; Rachagan et al., 1991). Otros compuestos uterotónicos también quedan comprendidos. Por estas razones, en mujeres con paridad alta todos los uterotónicos deben administrarse con gran precaución para inducir el trabajo de parto o estimularlo.

De modo similar, en mujeres con paridad alta, un intento de trabajo de parto con sospecha de desproporción cefalopélvica, presentación cefálica alta, o presentación anormal, como de frente, debe emprenderse con precaución.

La oxitocina tiene homología de aminoácidos con la argininasopresina y por ello no es de sorprender que se presente actividad antidiurética de importancia y cuando se administra a razón de 20 mU/min o más, la depuración renal de agua libre decrezca de manera notoria. Si se inyectan soluciones acuosas en cantidades apreciables junto con oxitocina, la intoxicación por agua puede originar crisis convulsivas, coma e incluso la muerte.

En general, si se ha de suministrar oxitocina en dosis altas durante un periodo considerable, debería aumentarse su concentración en lugar de la velocidad de administración de una solución más diluida. Asimismo, es indispensable considerar el uso de solución salina normal o de Ringer con lactato en esas circunstancias. (WILLIAMS, 2011)

2.7 INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO CON OXITOCINA

En la mayoría de los casos, la maduración del cuello uterino antes de la inducción y la inducción del trabajo de parto son simplemente un proceso continuo. De lo contrario, no obstante, se pueden continuar la inducción o la conducción con soluciones intravenosas diluidas de oxitocina aplicadas por bomba de infusión.

La oxitocina sintética es uno de los fármacos de utilización más frecuente en Estados Unidos. Fue la primera hormona polipeptídica sintetizada, logro por el cual se asignó el Premio Nóbel de Química en 1955 (du Vigneaud et al., 1953). En cuanto al trabajo de parto, puede usarse para su inducción o conducción.

Con el uso de oxitocina, el *American College of Obstetrcians and Gynecologists*, (1999^a) recomienda una vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal y las contracciones similar a la de cualquier embarazo de alto riesgo. Es posible vigilar las contracciones con palpación o por medios electrónicos de registro de la actividad uterina. Una desventaja de la palpación es que no permite cuantificar con exactitud la presión de las contracciones (Arrabal y Nagey, 1996). (WILLIAMS, 2011)

2.8 OXITOCINA, PRUEBA DE CARGA DE (PRUEBA DE ESTIMULACIÓN DE LAS CONTRACCIONES)

La prueba de carga de oxitocina, llamada también prueba de estimulación de las contracciones o prueba con estrés, permite evaluar respuesta de la frecuencia cardiaca fetal (al estrés provocado por las contracciones uterinas (ya sean espontaneas o inducidas con oxitocina). Esta prueba ha sido sustituida en gran medida por la prueba sin estrés, en la que no se emplean medicamentos para inducir las contracciones es igualmente fiable.

El procedimiento suele llevarse a cabo cuando no se obtienen resultados concluyentes mediante las prueba sin estrés

2.8.1 Indicaciones

- Hipertensión materna.
- Diabetes materna.
- Retraso del crecimiento intrauterino.
- Antecedentes de muerte fetal.
- Embarazo prolongado.
- Preeclampsia
- Cardiopatía materna.

2.8.2 Método

El procedimiento se efectúa mediante un control de la FCF con unos dispositivos de monitorización externa colocados en el abdomen de la paciente. En primer término se lleva a cabo un control basal, vigilando un trazado de referencia durante 30 minutos. Se observan contracciones durante este tiempo, se administra oxitocina por vía intravenosa para provocar las contracciones uterinas.

Las dosis a administrar y la velocidad de perfusión varían según los protocolos de cada centro, aunque habitualmente se administran dosis de 0.5 mU/min, que se incrementan en 0.5 mU/min cada 15 minutos hasta que aparecen las contracciones. La finalidad es que se produzcan tres contracciones de buena calidad (intensidad máxima de por lo menos 50mm Hg) en un periodo de 10 minutos.

2.8.3 Resultados

- *Prueba positiva* (indicativa de sufrimiento fetal): desaceleración tardía, sostenida y persistente de la frecuencia cardiaca fetal.
- *Prueba negativa*: un mínimo de tres contracciones en 10 minutos que duren 40 – 60 segundos y que no relacionen con desaceleraciones tardías de la FCF.
- *Prueba de sospecha*: desaceleración tardía inconstante que no persiste con las contracciones subsecuentes.
- *Hiperestimulación*: contracciones uterinas que ocurren a intervalos de menos de dos minutos y duran más de 90 segundos; sospecha de hipertonia uterina persistente y desaceleración tardía que no necesariamente indica enfermedad uteroplacentaria.
- *Prueba insatisfactoria*: menos de tres contracciones en un periodo de 10 minutos, o mal trazado de registro. (MANUAL DE ENFERMERIA , 1976 - 1987).

2.9 OXITÓCICOS EMPLEADOS PARA CONTROLAR LA ATONÍA Y LA HERMORRAGIA POSTPARTO.

Inyección de oxitocina

Aplicaciones: para inducir las contracciones uterinas, con objeto de reducir o prevenir la atonía y la hemorragia uterinas.

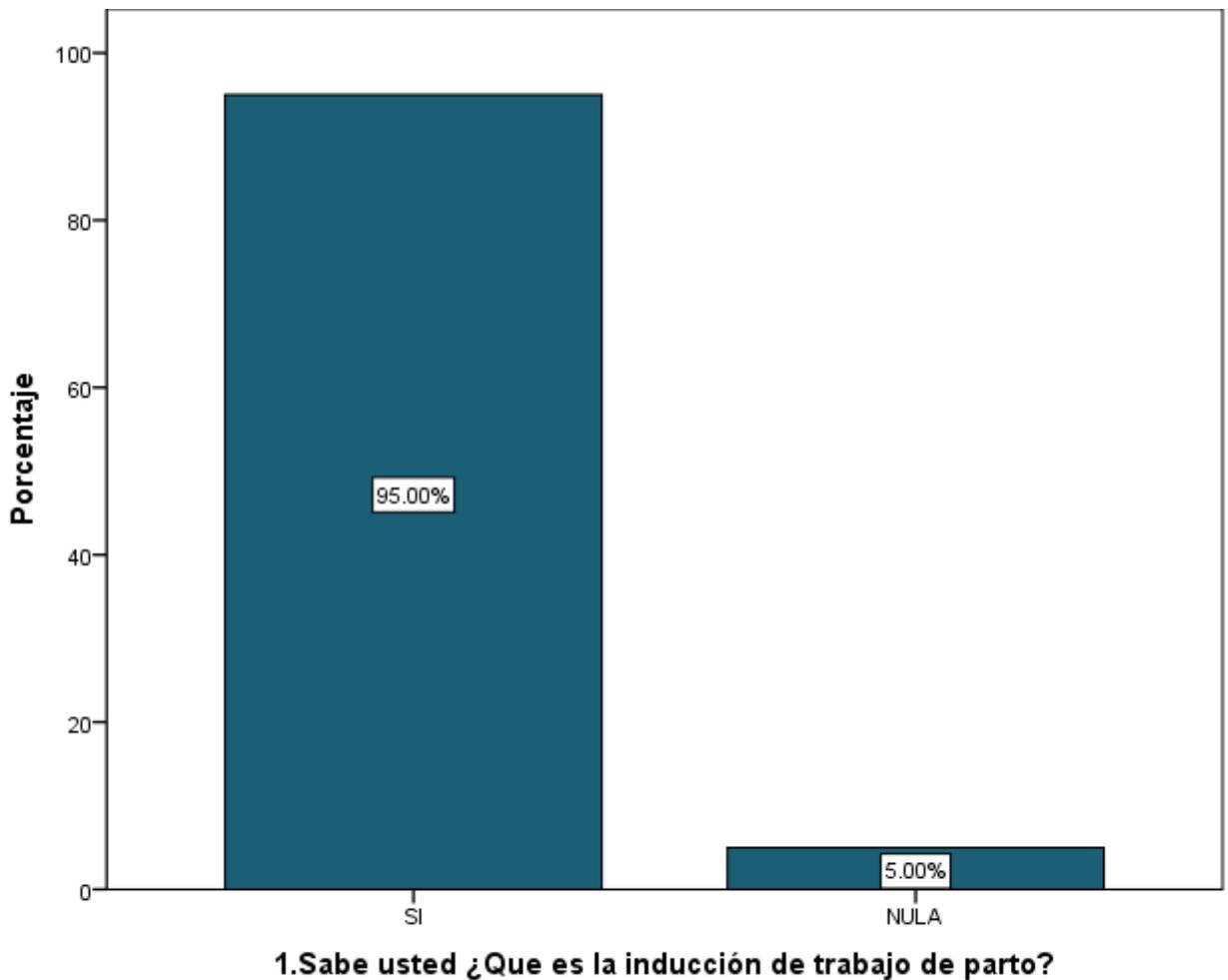
Posibles efectos secundarios y contraindicaciones: náuseas, vómitos, tetania uterina, hipersensibilidad, intoxicación hídrica, reacción anafiláctica. Son contraindicaciones: desproporción cefalopélvica, placenta previa, Premadurez, gran multiparidad, primigestas mayores de 35 años y cesárea previa.

2.9.1 Implicaciones de enfermería

Cuando se emplean oxitócicos debe poder contarse con un médico para que atienda de inmediato posibles complicaciones. Se examina el fondo uterino cada 10 o 15 minutos, para valorar la cantidad y calidad de las contracciones uterinas. Cuando se administra solución intravenosa, el útero que se conserva en contracción tetánica poderosa esta hipertónico, y la paciente se queja de dolor uterino intenso. Si ocurre esto, es que hay exceso en la dosis o velocidad de administración, las cuales deben, entonces, reducirse al mínimo. Llamar de inmediato al médico. Cuando el útero continúa atónico (no contraído), quizá la velocidad de administración o la dosis sean insuficientes para controlar eficazmente las contracciones uterinas. (MANUAL DE ENFERMERIA , 1976 - 1987).

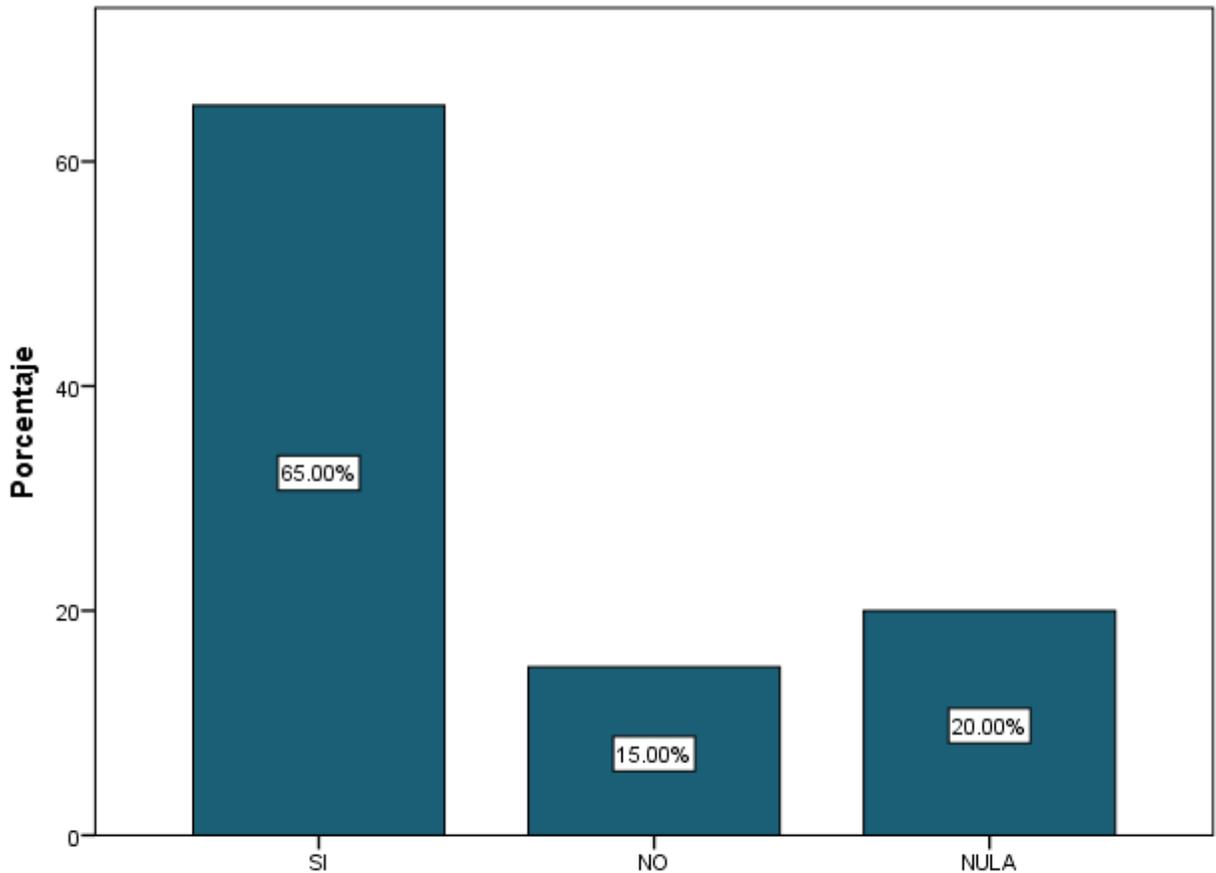
CAPITULO III

INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA



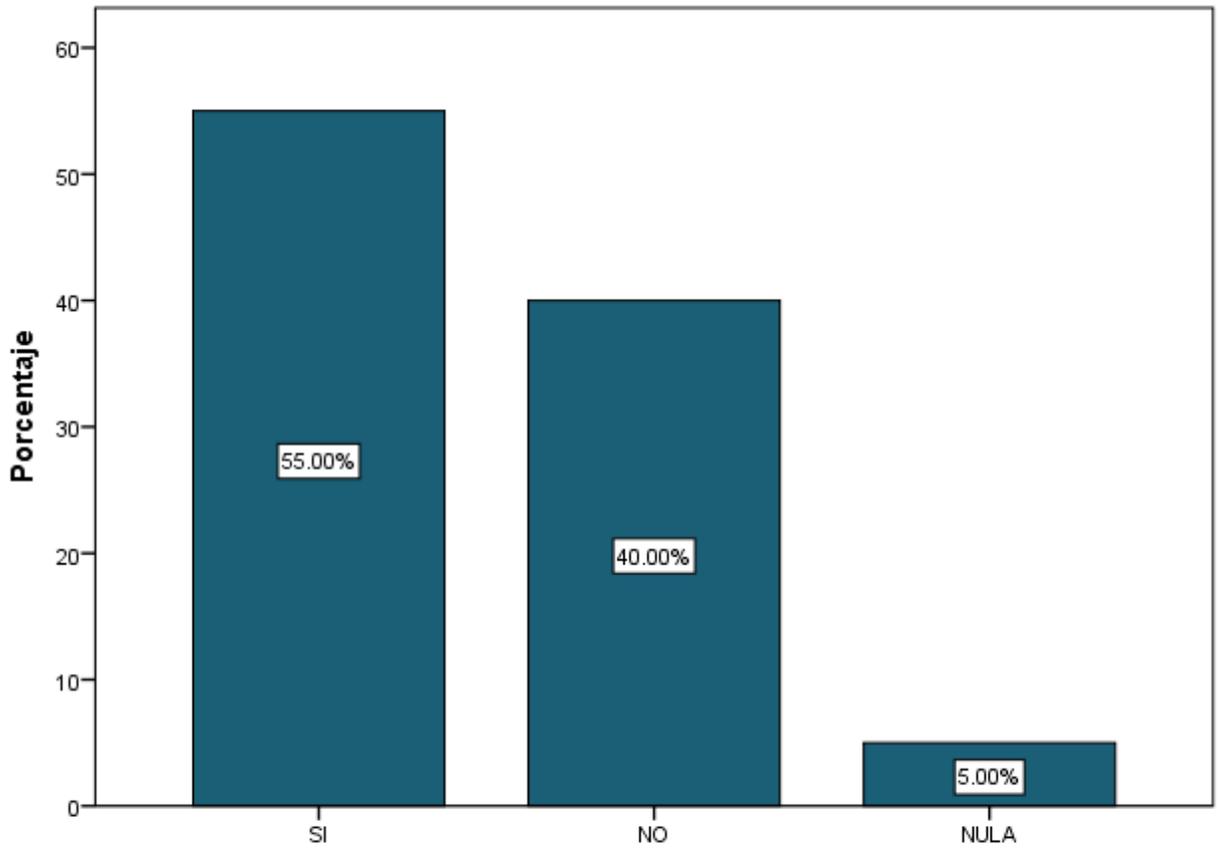
El 95% de los encuestados respondió que sabe en qué consiste la inducción del trabajo de parto, mencionando que se lleva a cabo mediante la aplicación de fármacos para iniciar o provocar las contracciones uterinas antes del inicio espontaneo del trabajo de parto previa valoración de Bishop, con el propósito de lograr el nacimiento.

El 5 % de los resultados fueron anulados porque no dieron una respuesta certera debido a que seleccionaron 2 posibles respuestas.



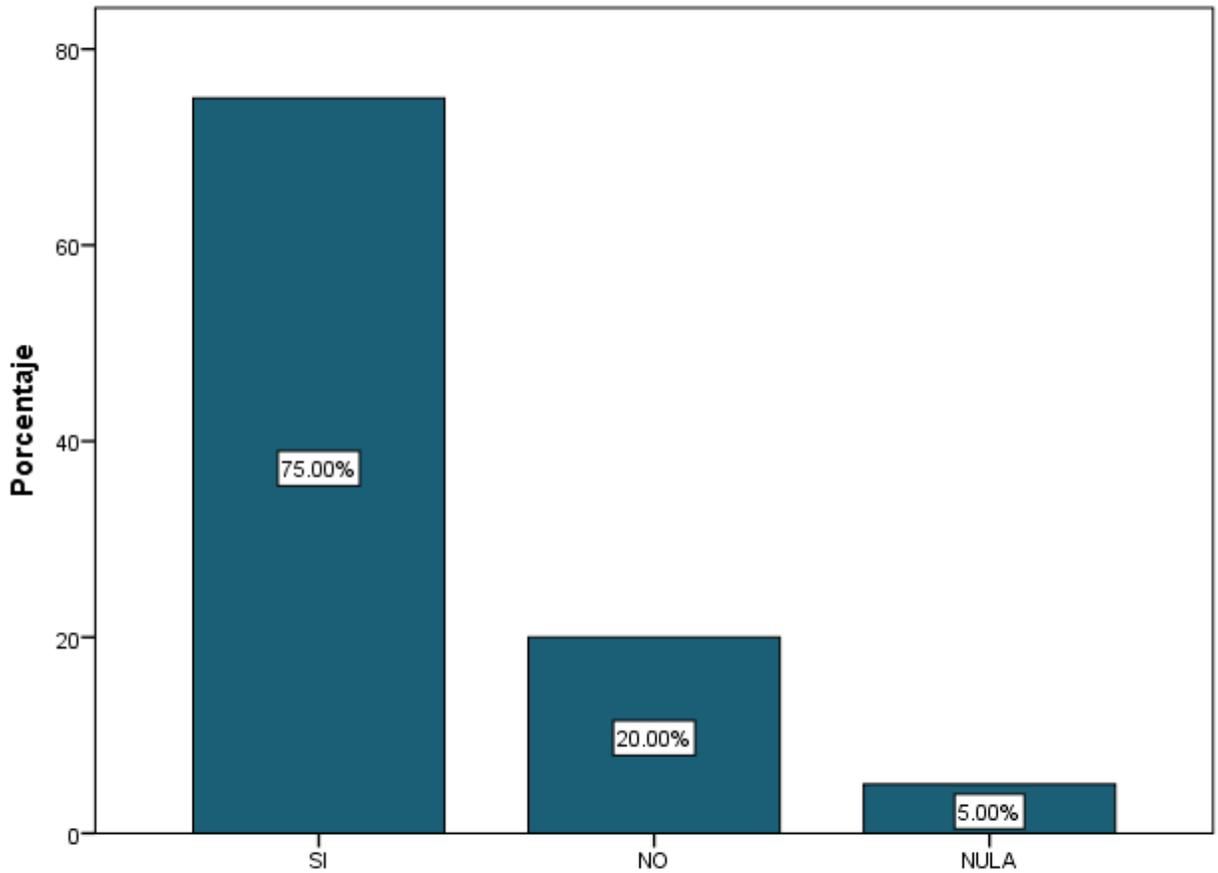
2. Conoce usted ¿En que consiste la conducción del trabajo de parto?

El 65% de los encuestados respondió que sabe en qué consiste la conducción del trabajo de parto, mencionando que se lleva a cabo mediante la aplicación de fármacos para lograr la estimulación de las contracciones espontaneas que se consideran inadecuadas para lograr el nacimiento. 16 % de los encuestados refirió no saber en qué consiste este procedimiento. El 20 % de los resultados fueron anulados porque no dieron una respuesta certera debido a que seleccionaron 2 posibles respuestas.



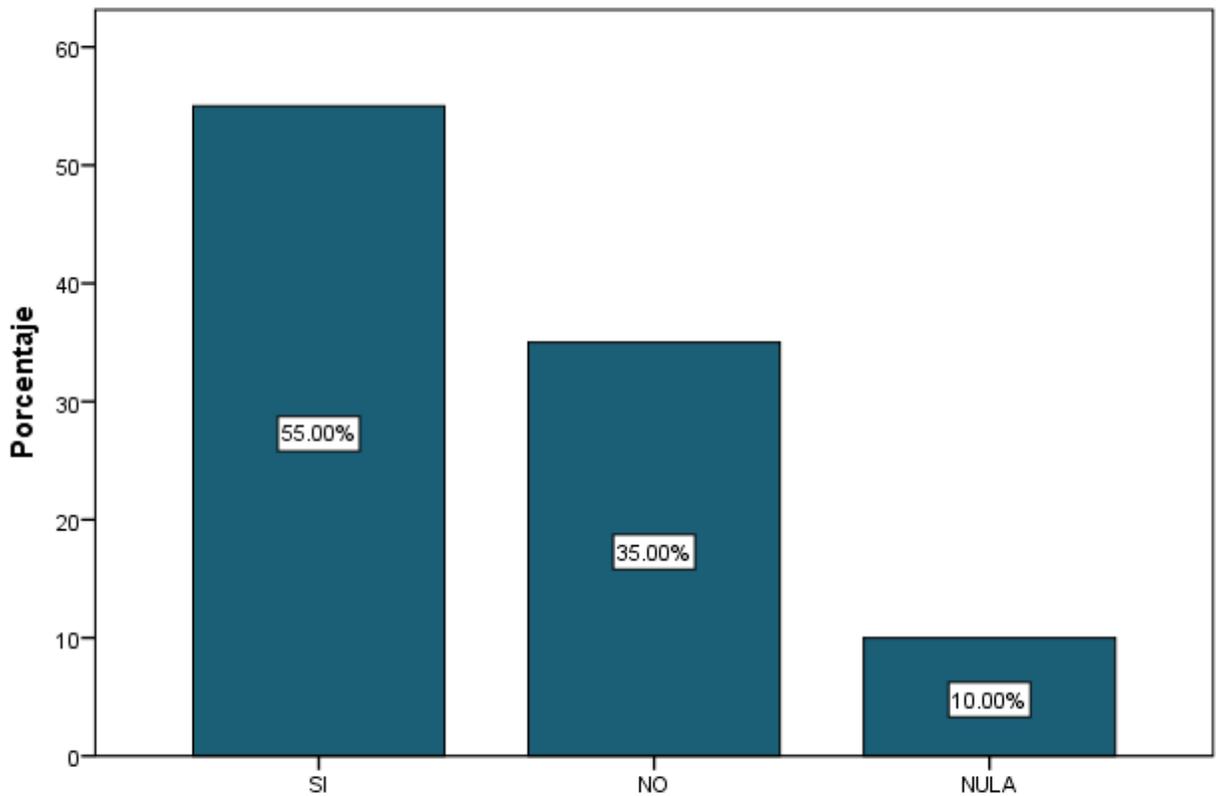
3.Sabe ¿Cuáles son las indicaciones para realizar la inducto - conducción del trabajo de parto?

El 55% de los encuestados coinciden en que las indicaciones para realizar la inducto – conducción del trabajo de parto son cuando se sospecha de macrosomía fetal, embarazo post - término, restricción del crecimiento intrauterino, ruptura prematura de membranas, así como muerte fetal en el útero. 40% desconoce cuales casos es utilizado este procedimiento. Un 5 % de los resultados fueron anulados porque no dieron una respuesta certera debido a que seleccionaron 2 posibles respuestas.



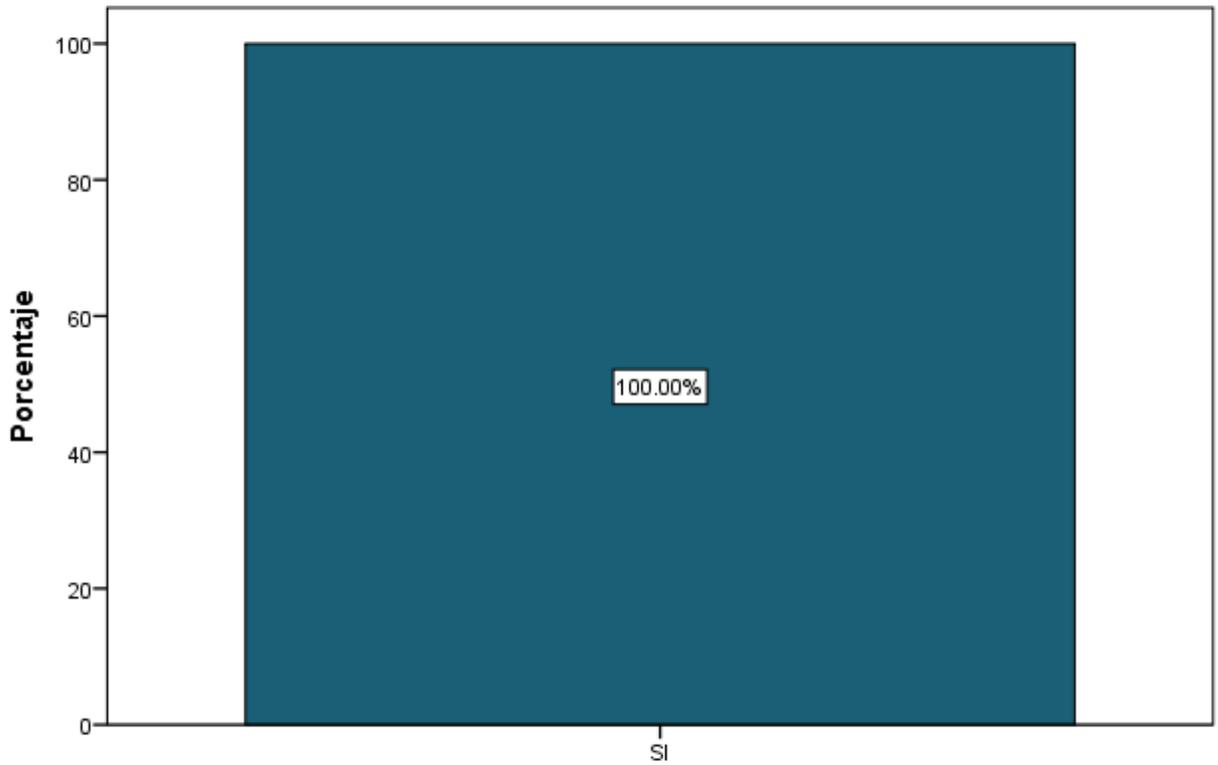
4. Conoce usted ¿la dosis mínima para inducir el trabajo de parto?

El 75% de los encuestados conocen la dosis mínima y coinciden en que es de 5 a 10 mU. Un 20% refiere desconocer dicha dosis. 5% de los resultados fueron anulados debido a que seleccionaron ninguna de las opciones.



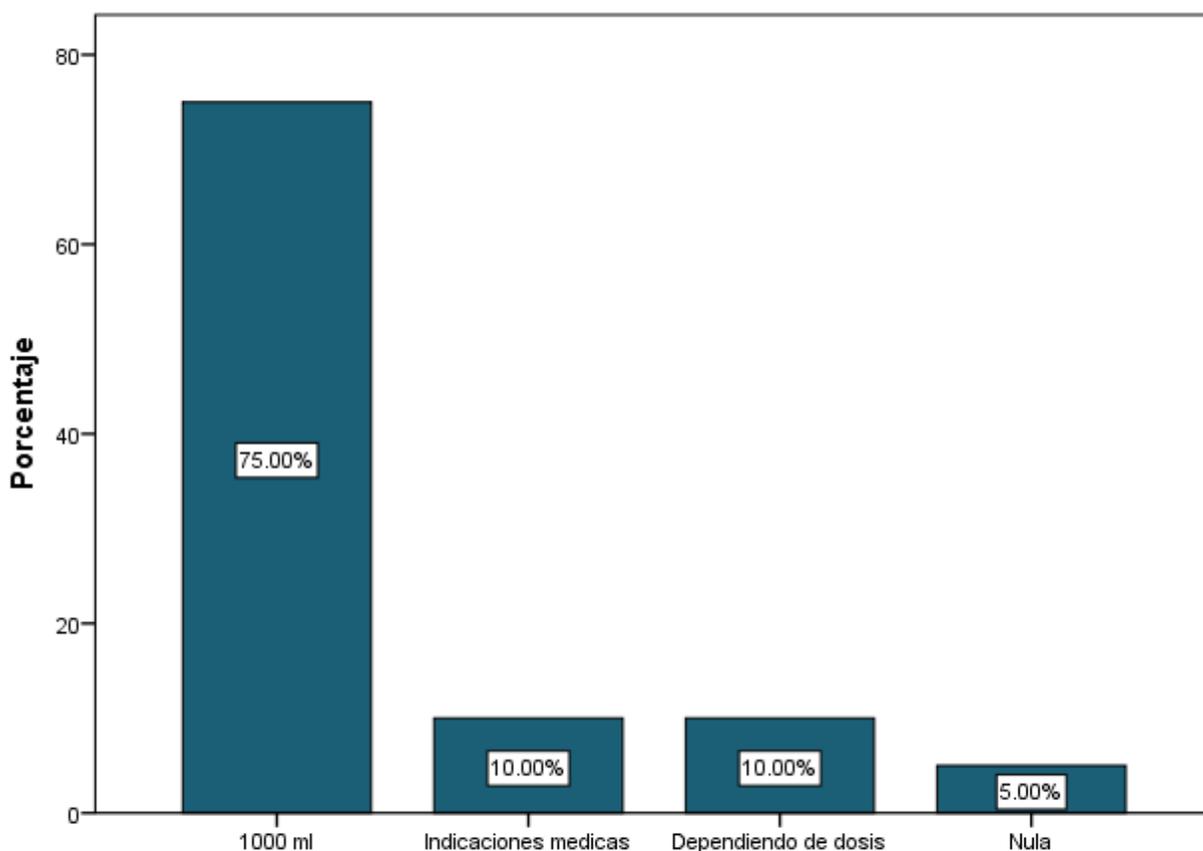
5. Según su experiencia ¿Conoce cual es la dosis máxima más segura de oxitocina para la inducto - conducción del trabajo de parto?

El 55% de los encuestados conocen la dosis mínima y coinciden en que es de 20 a 40 mU. Un 35% refiere desconocer dicha dosis. 10% de los resultados fueron anulados debido a que seleccionaron ninguna de las opciones.



6. Considera usted ¿Que la cantidad de diluyente es importante en la administración de oxitocina intravenosa?

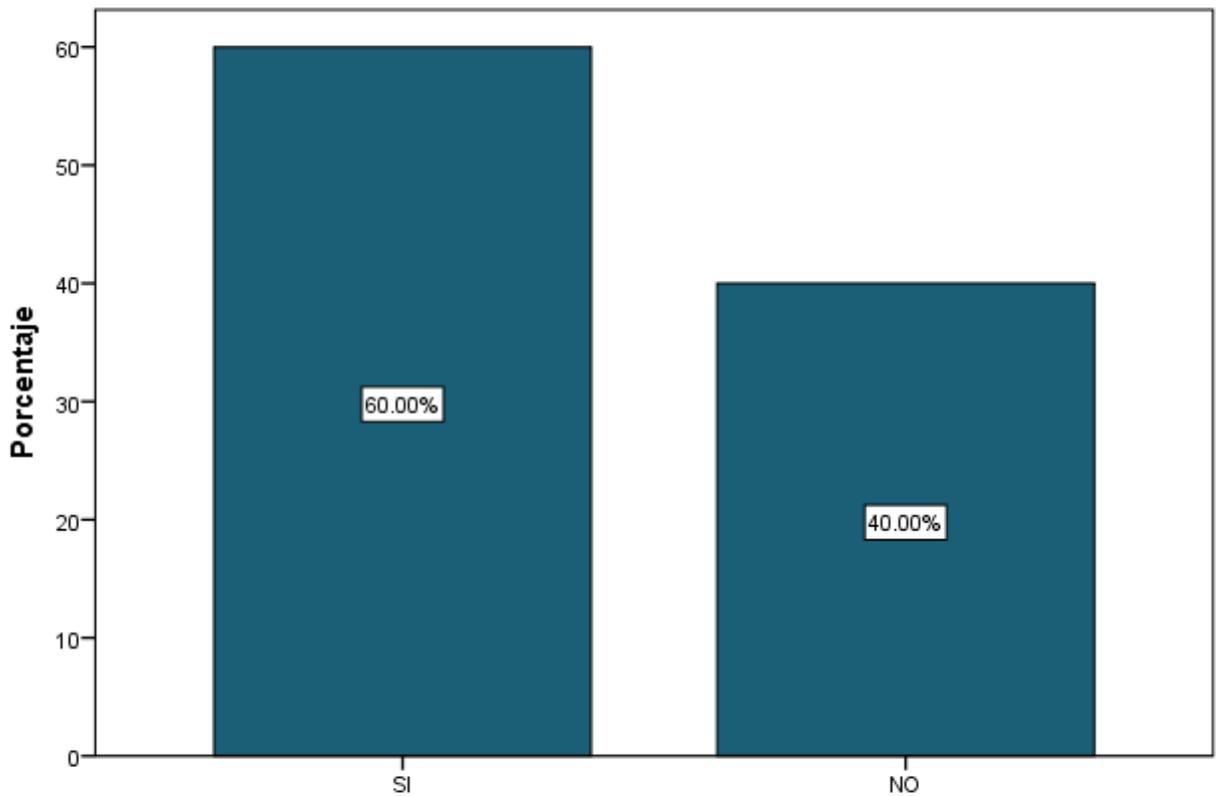
El 100% de los encuestados coinciden en que es importante, debido a que dependiendo de la cantidad de diluyente, se calcula la dosis de oxitocina a administrar.



7. Según su experiencia ¿Cuál sería la dilución recomendada para la administración intravenosa de oxitocina ?

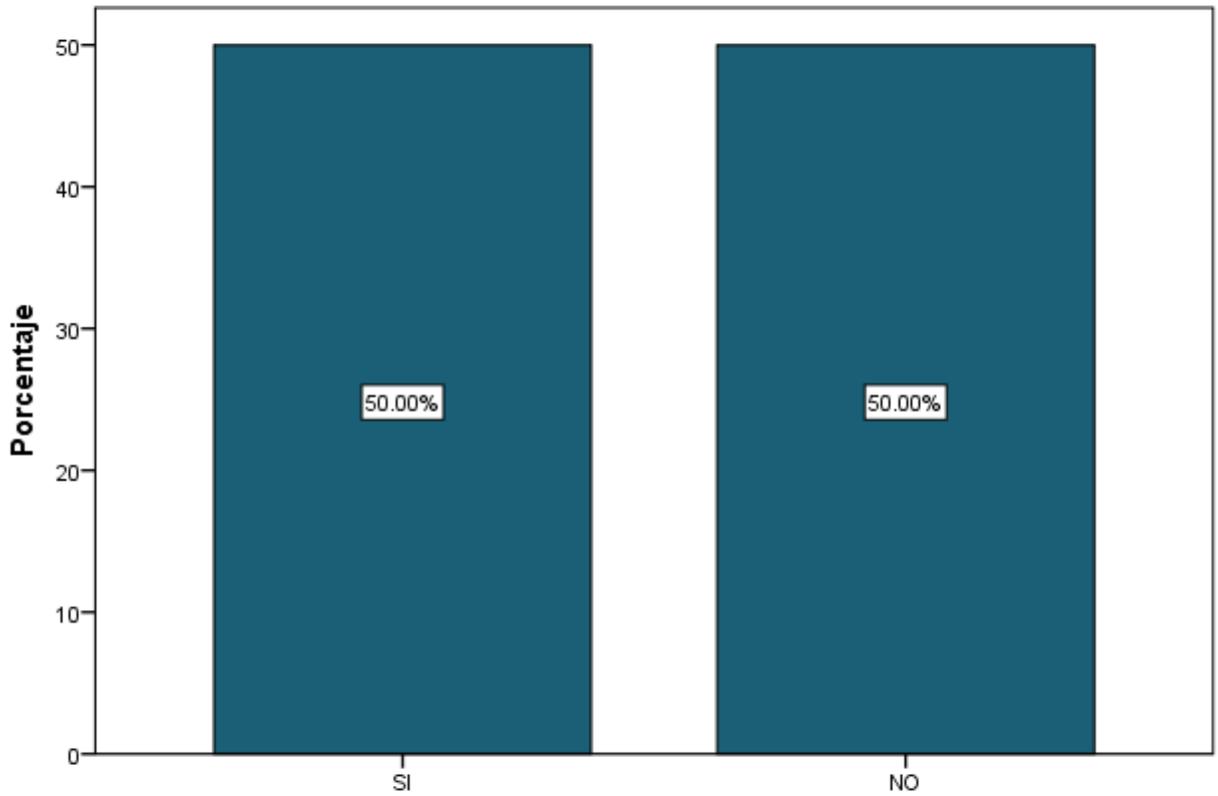
El 75% de los encuestados mencionaron que la dilución recomendada para la administración de oxitocina intravenosa es en una solución cristaloides de 1000 mililitros. 10% refiere que será de acuerdo a las indicaciones médicas y otro 10% menciona que la dilución se realizará dependiendo de la dosis a administrar.

El 5% de los resultados obtenidos fueron anulados debido a que seleccionaron ninguna de las opciones.



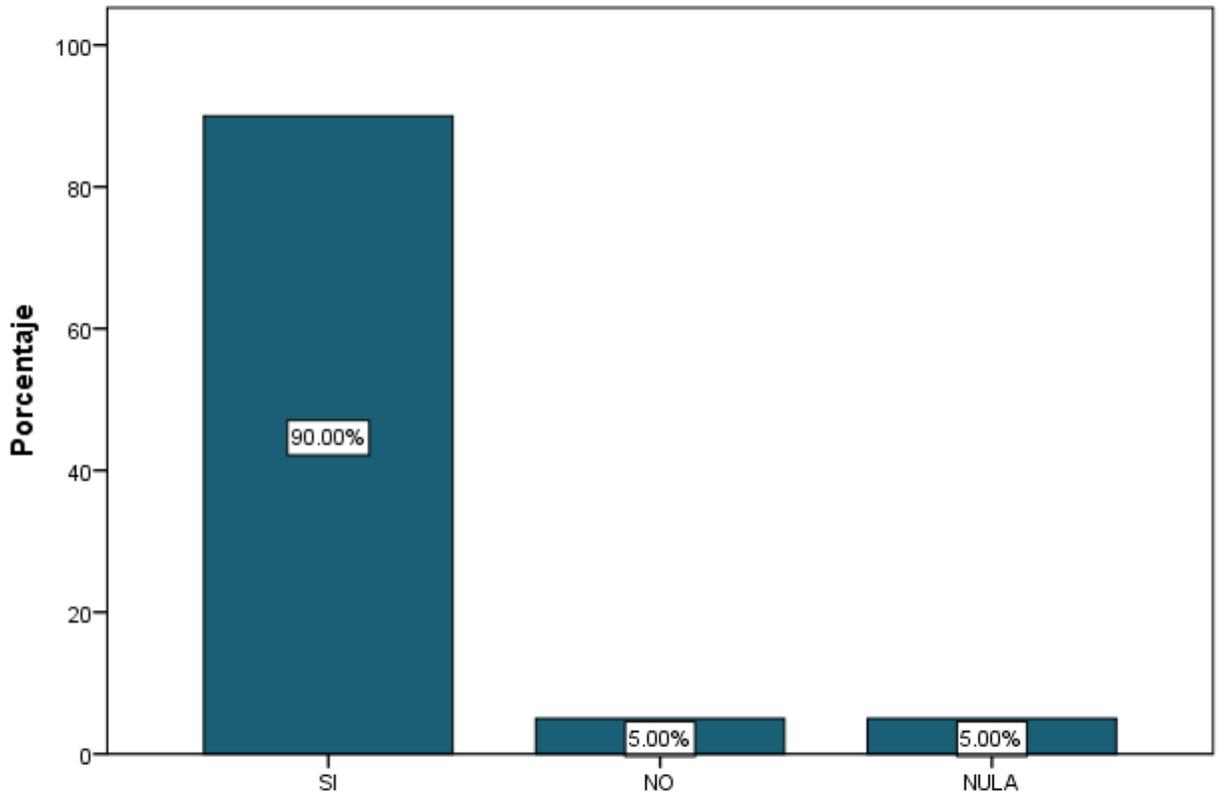
8. Conoce usted ¿La Norma Oficial Mexicana que señala las intervenciones del personal de salud en el trabajo de parto?

El 60% de los encuestados refiere conocer sobre la Norma Oficial Mexicana. Un 40% menciona no conocer que Norma hace referencia a dichas intervenciones del personal de salud.



9. Si la respuesta anterior es si, sea tan amable de mencionar en que consiste esta Norma Oficial Mexicana

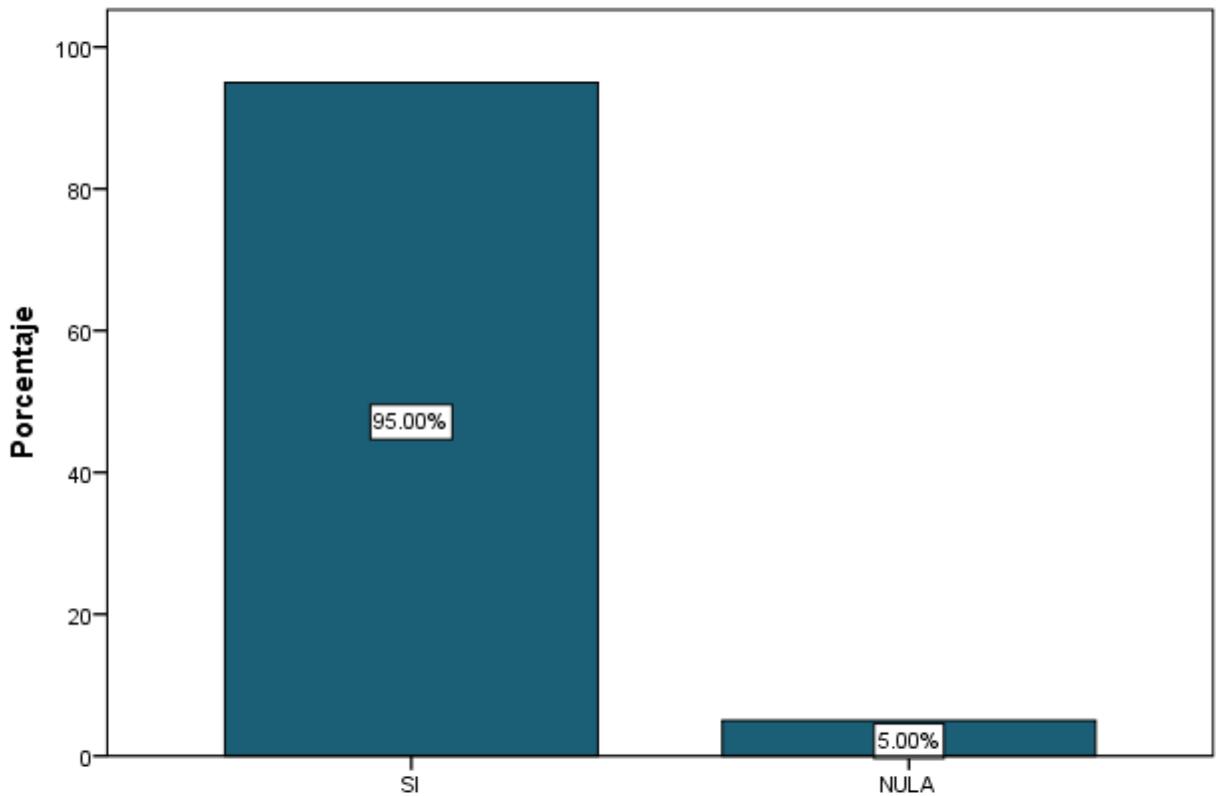
El 50% de los encuestados coinciden en que la Norma Oficial Mexicana 007 se enfoca en la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. Un 50% menciona desconocer en qué consiste dicha norma.



10. Según sus conocimientos sabe ¿Cuáles son las complicaciones que pueden generarse por grandes dosis de oxitocina?

El 90% de los encuestados coincide en que las posibles complicaciones por grandes dosis de oxitocina pueden ser la hiperestimulación, atonía y rotura uterina.

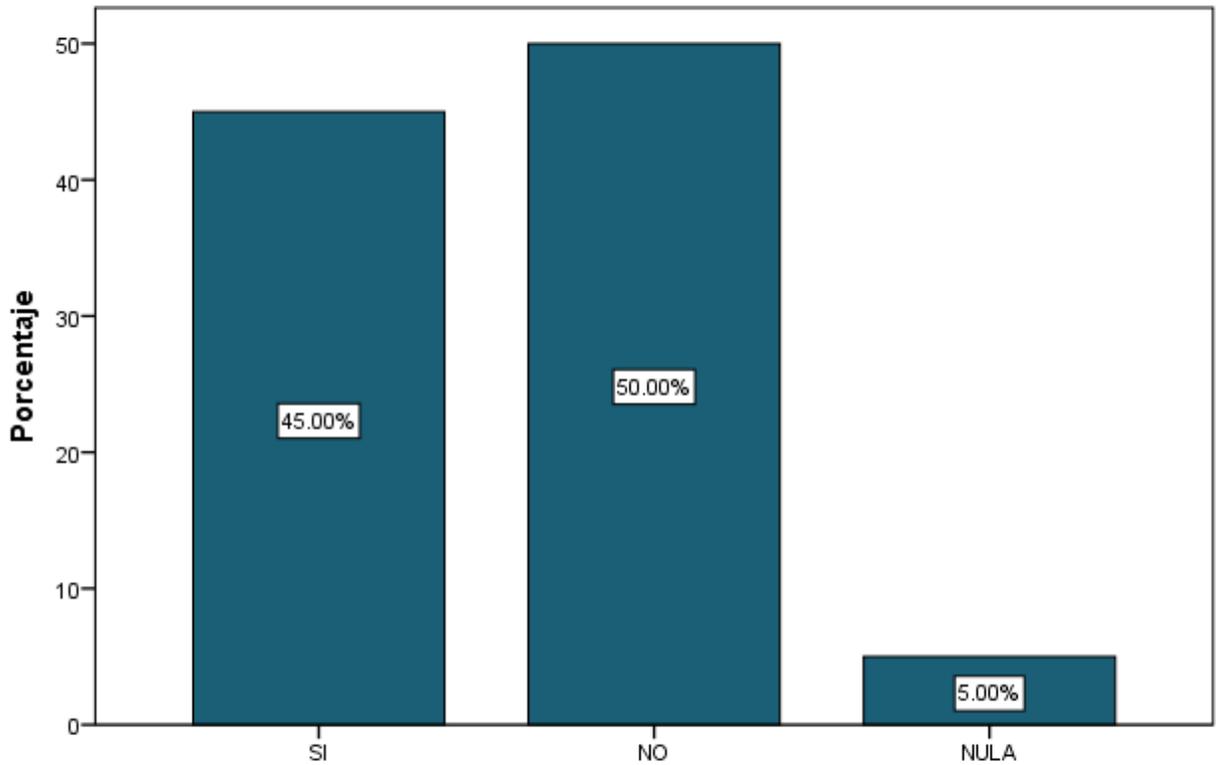
El 5% menciona que desconoce las posibles complicaciones que pudieran presentarse y otro 5% de los resultados obtenidos fueron anulados debido a que seleccionaron ninguna de las opciones.



11. Considera que ¿Es importante valorar la dinámica uterina mientras se administra oxitocina en el trabajo de parto?

El 95% de los encuestados coincidieron en que es importante valorar la dinámica uterina mientras se administra oxitocina en el trabajo de parto lo cual permitirá identificar riesgos y en su caso suspender algunas acciones que ponga en riesgo la Salud de la madre.

El 5% de los resultados obtenido fueron anulados debido a que seleccionaron ninguna de las opciones.

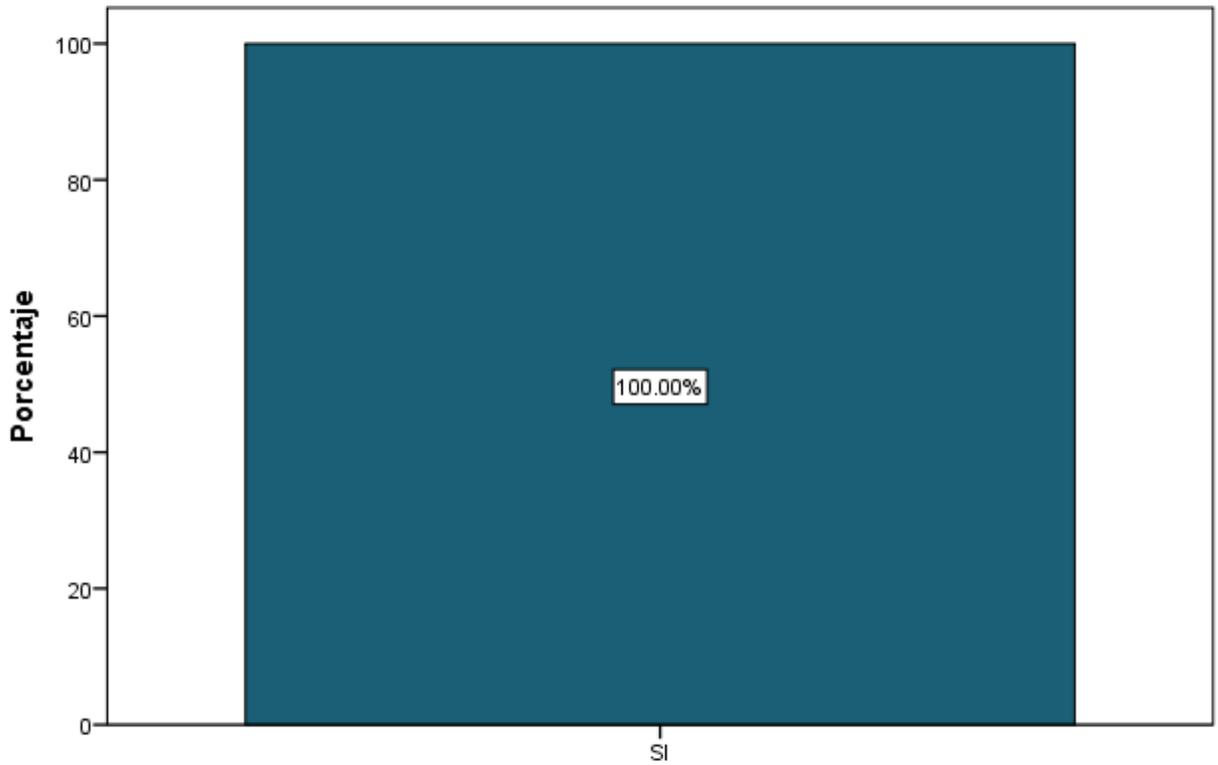


12. Conoce usted ¿La intervención de enfermería inmediata que debe realizarse cuando se presenta una hipotonía uterina a causa del uso excesivo de oxitocina?

El 45% de los encuestados coincidieron en que la intervención de enfermería inmediata que debe realizarse cuando se presenta hipotonía uterina a causa del uso excesivo de oxitocina es suspender la administración de oxitocina.

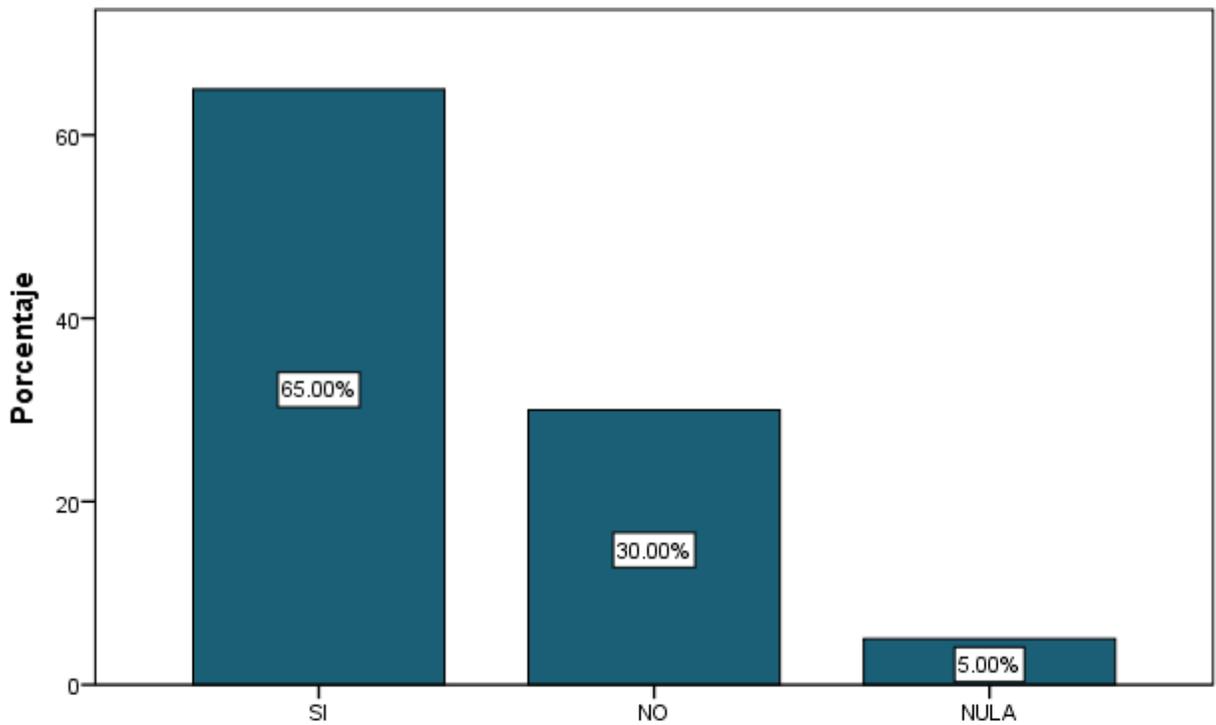
Un 50% de los participantes mencionaron que desconocen cuál sería dicha intervención.

El 5% de los resultados obtenidos fueron anulados debido a que seleccionaron ninguna de las opciones.



13.¿Considera usted importante valorar la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto?

El 100% de los encuestados mencionaron que es importante valorar la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto debido a que nos permite identificar alguna alteración y la causa para poder actuar de inmediato.

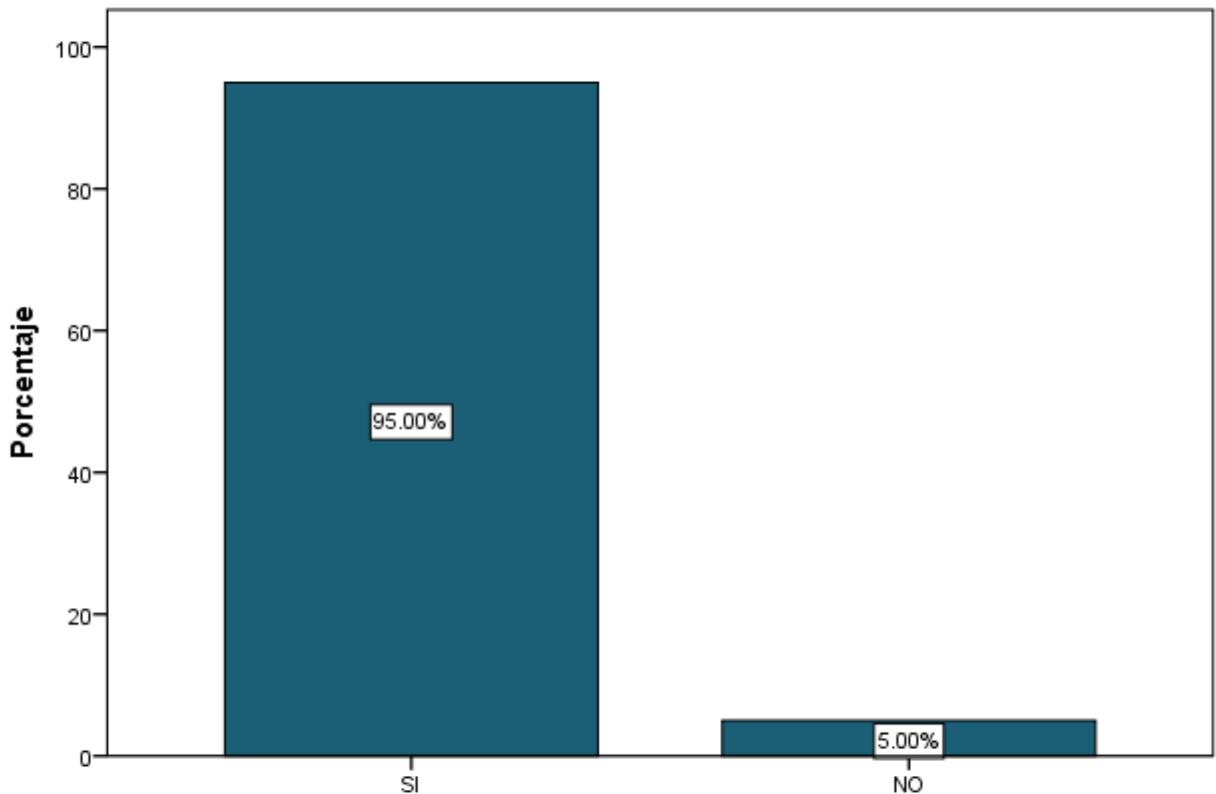


14. De acuerdo a su experiencia ¿Considera que la primera intervención de enfermería es discontinuar la administración de oxitocina cuando se presenta una alteración en la Frecuencia cardiaca fetal?

El 65% de los encuestados coinciden en que la primer intervencion de enfermeria es discontinuar la administracion de oxitocina cuando se presenta una alteración de la frecuencia cardiaca fetal.

Un 30% de los participantes menciona que no es necesario suspender la administracion de oxitocina, puesto que debe buscarse la causa de la alteración de la frecuencia cardiaca fetal y corregirla.

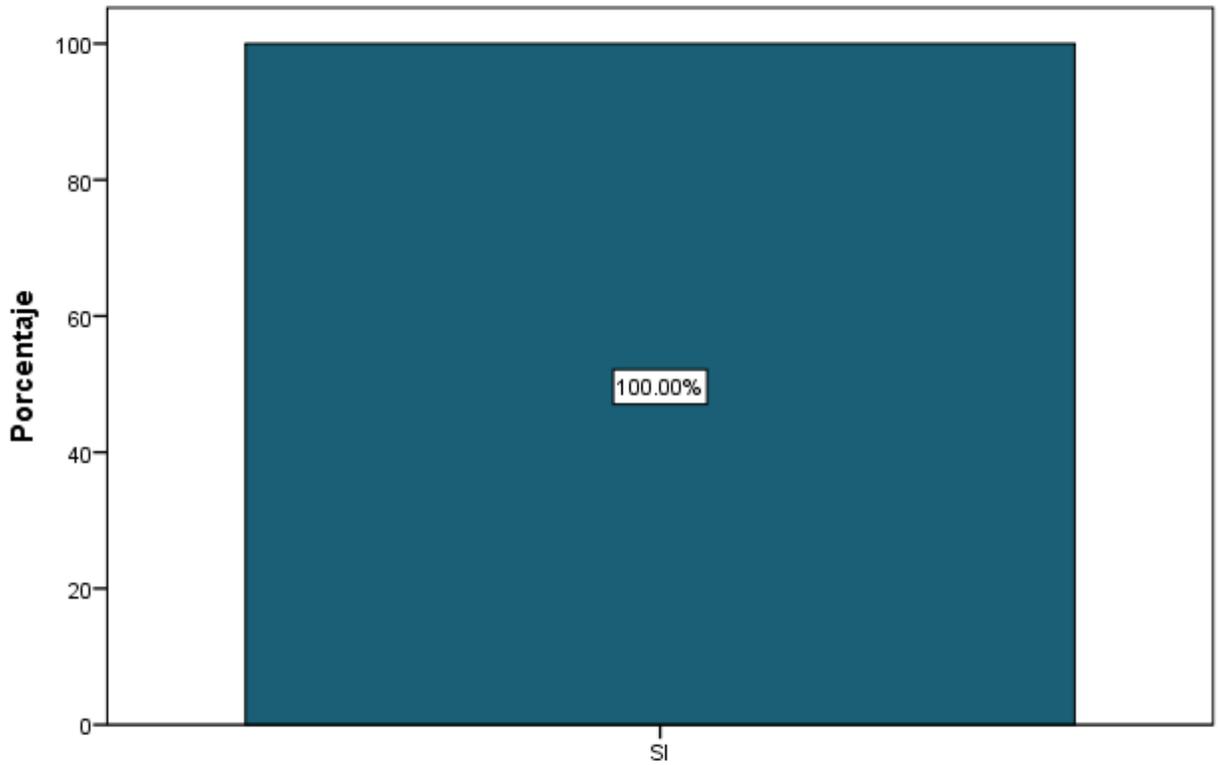
El 5% de los resultados obtenido fueron anulados debido a que seleccionaron ninguna de las opciones.



15. ¿Lleva usted a cabo la aplicación de los siete correctos en la administración de la oxitocina?

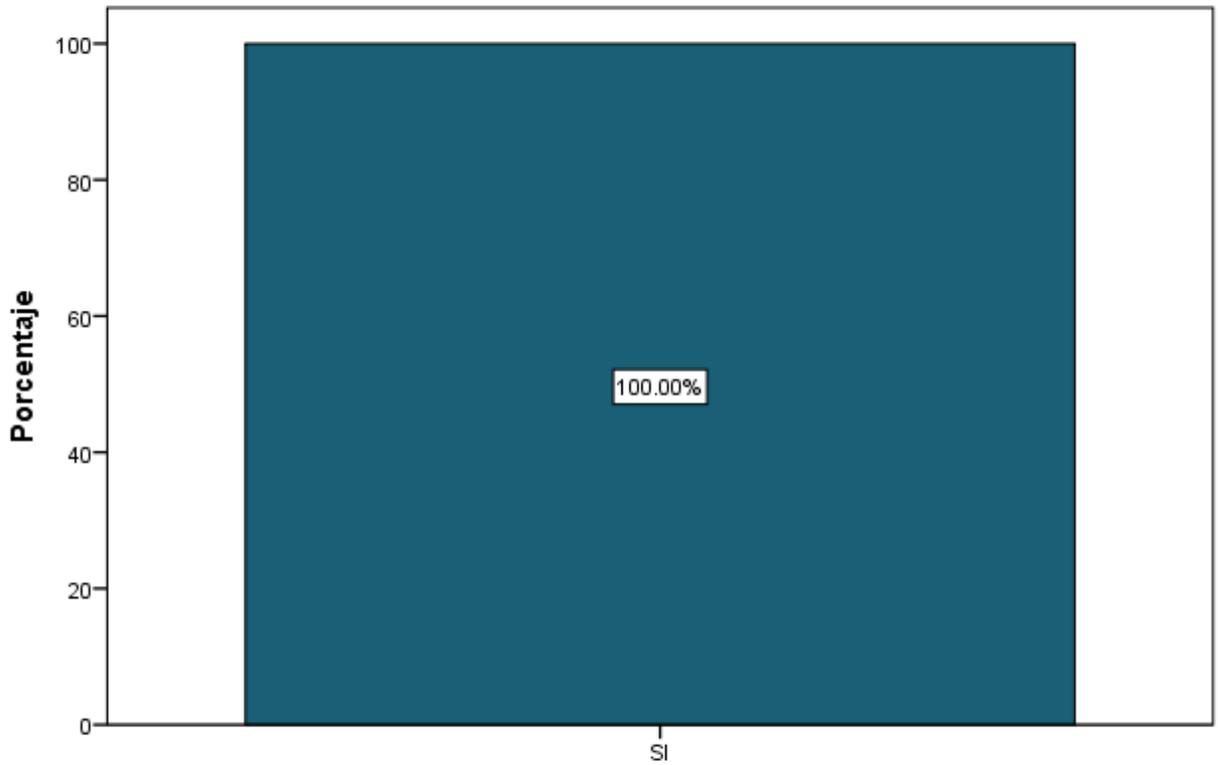
El 95% de los encuestados mencionaron que llevan a cabo la aplicación de los siete correctos en la administración de oxitocina tales como paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía de administración correcta, hora de administración correcta, fecha de caducidad correcta, velocidad de infusión correcta.

El 5% de los participantes mencionaron no llevar a cabo la aplicación de los siete correctos.



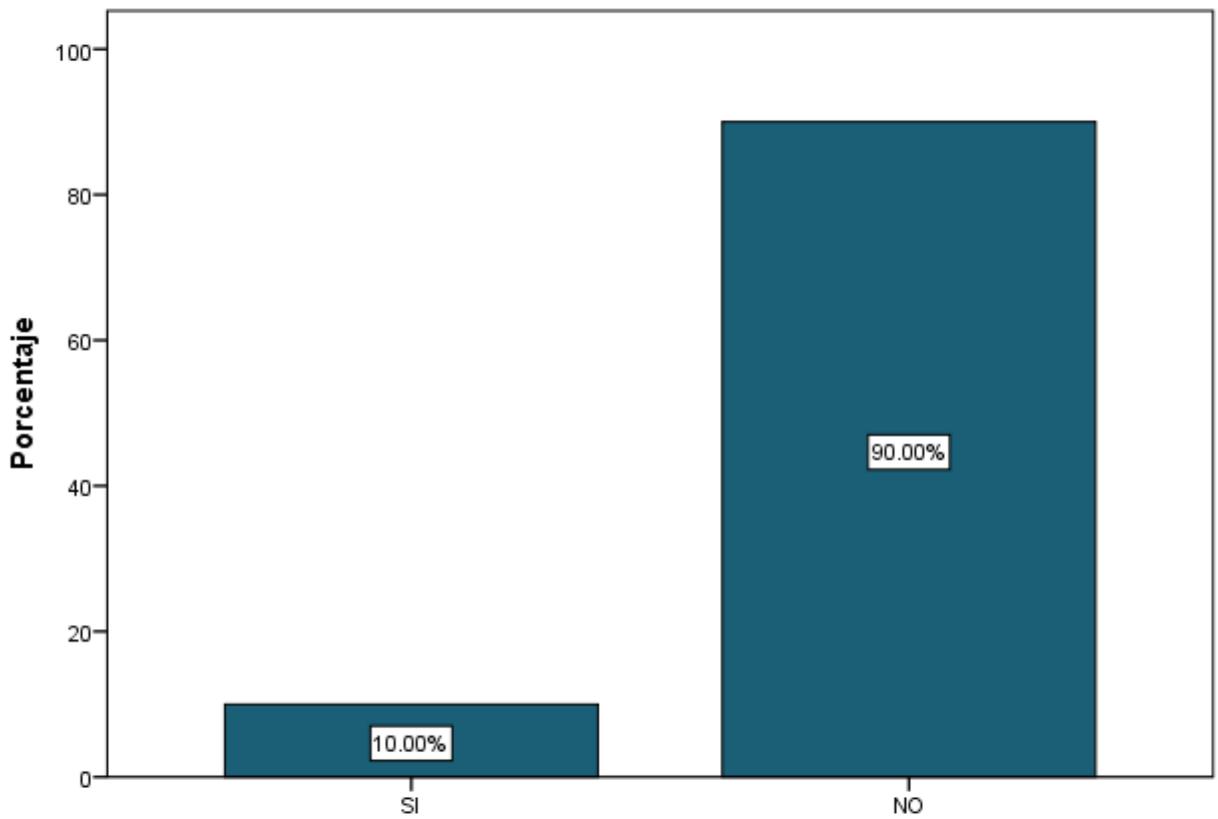
**16.¿Conoce la vía de administración correcta de la oxitocina en la inducto -
conducción del trabajo de parto?**

El 100% de los encuestados refirió que la vía de administración correcta de la oxitocina en la inducto –conducción del trabajo de parto es intravenosa mediante la cual se puede llevar a cabo un mejor control en la velocidad de infusión.



17. ¿Considera que es necesario mantener un adecuado control en la velocidad de infusión en la administración de la oxitocina?

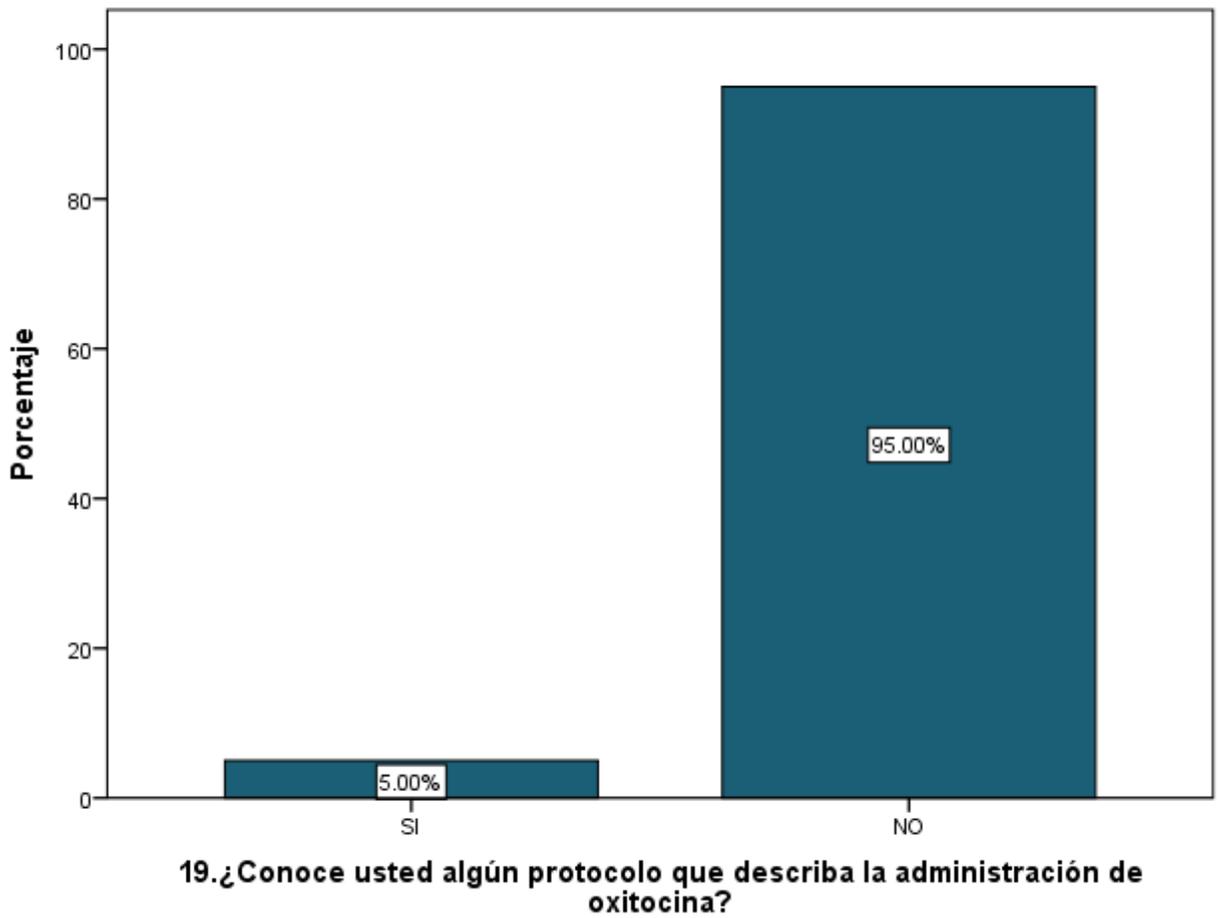
El 100% de los encuestados coincidieron en que es necesario mantener un adecuado control en la velocidad de infusión en la administración de oxitocina para evitar complicaciones en la dinámica uterina.



18. De acuerdo a su experiencia, ¿Considera que la dosis de oxitocina debe ser administrada de forma similar en todas las pacientes?

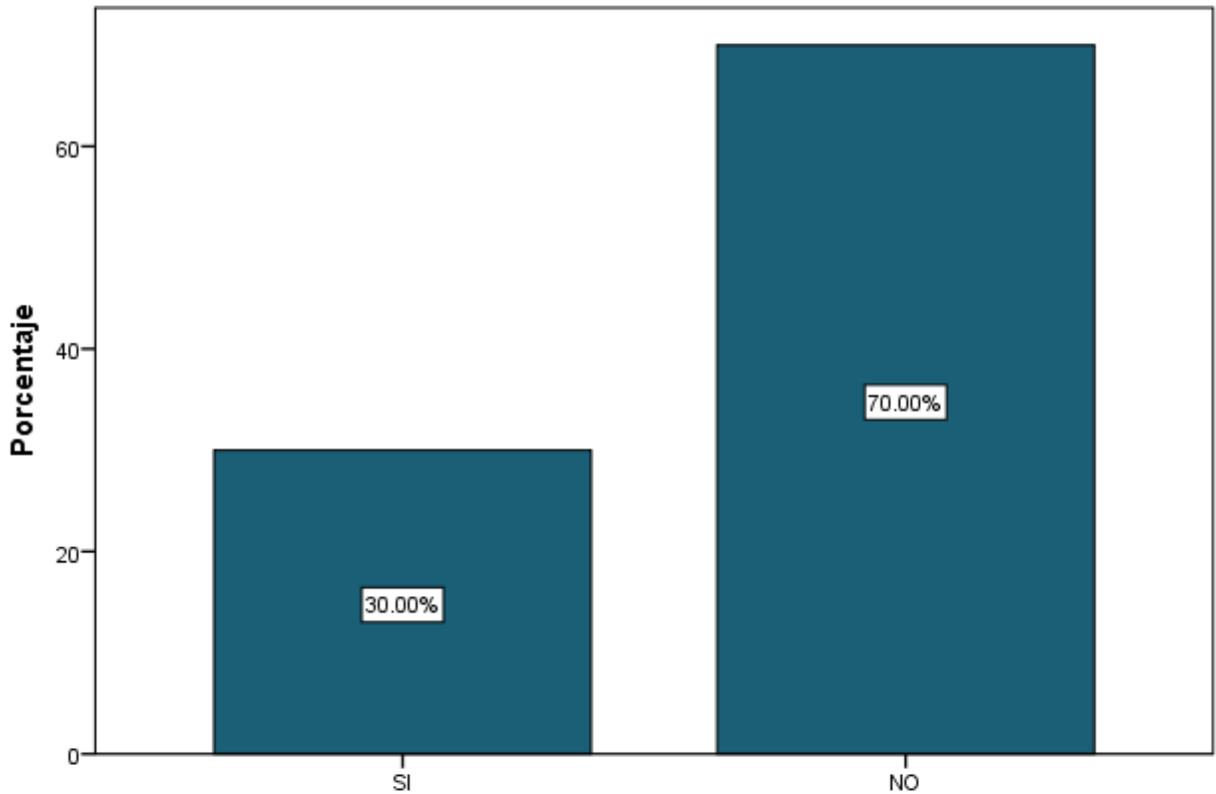
El 10% de los encuestados consideran que la dosis de oxitocina debe ser administrada de forma similar en todas las pacientes.

Un 90% de los participantes coincidieron en que la dosis de oxitocina debe ser, al igual que la atención a cada paciente personalizada y no estandarizada.



El 5% de los encuestados conoce un protocolo que describe la administración de oxitocina como lo es la guía de práctica clínica.

Un 95% de los participantes desconoce los protocolos que describen la administración de oxitocina.



20. En la institución donde labora ¿existe algún manual donde se encuentre establecido un protocolo para la administración de este fármaco?

El 30% de los encuestados refirieron que existe un manual para la administración de oxitocina en la institución donde laboran, sin embargo, no recuerdan cual.

Un 70% de los participantes menciona que no existe ningún manual que contenga un protocolo para la administración de este fármaco en el lugar donde laboran.

CAPITULO IV

ÉTICA DEL

ESTUDIO

CAPITULO IV ÉTICA DEL ESTUDIO

CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERÍA

CAPITULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

CAPITULO II.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

CAPITULO III.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

CAPITULO IV.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo.- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

CAPITULO V

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESION

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

CAPITULO VI

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA

PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MEXICO

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales¹.

LEY GENERAL DE SALUD

TITULO QUINTO

Investigación para la Salud

CAPITULO UNICO

ARTÍCULO 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I.- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;

II.- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;

III.- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;

IV.- Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;

V.- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y

VI.- A la producción nacional de insumos para la salud.

A QUIEN CORRESPONDA:

En virtud de que se están realizando trabajos de investigación en la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud se le solicita con toda atención el permiso para realizar la investigación “Intervenciones de enfermería en el manejo de la oxitocina” para lo cual se requiere la participación del personal de enfermería. Este estudio se llevará a cabo por la alumna: Tenorio Gordillo Claudia, del 8vo. Semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, asesorada por la M.P. Yanitzia Álvarez Reyes.

Sin otro particular por el momento, me es grato enviarle un cordial saludo.

Atentamente:

Lic. en Enfermería Martha Alcaraz Ortega

Directora Académica

Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
.
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO.	*	*	*							
ELABORACIÓN DEL MARCO TEÓRICO			*	*	*	*	*	*		
ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS						*	*			
PRUEBA DEL INSTRUMENTO							*			
RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN								*		
ANÁLISIS Y ORDENACIÓN DE DATOS.									*	
ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL									*	
EXPOSICIÓN DE LOS TRABAJOS Y DATOS.									*	

CONCLUSIONES:

Al inicio de esta investigación se dio a conocer la situación que se genera en torno al tema analizado, se planteó una interrogante para determinar cuáles son las intervenciones de la enfermera en el manejo de la oxitocina.

Para esta investigación se establecieron dos objetivos dentro de los cuales se encuentra en objetivo general, el cual señalaba que al término de esta investigación se lograría describir las intervenciones de la enfermera en el manejo de la oxitocina en la inducto conducción del trabajo de parto. Por otro lado el objetivo específico consistió en verificar que el personal de enfermería realizara las intervenciones adecuadas en el manejo de la oxitocina.

Posteriormente se formuló una hipótesis para dar respuesta a la pregunta de investigación en base a los criterios del investigador. Tal suposición describía que las intervenciones por parte del personal de enfermería en el manejo de la oxitocina son primeramente la identificación del paciente, verificar el fármaco, la dosis, la vía administración y velocidad de infusión de acuerdo a las indicaciones médicas, sin embargo también es necesario tener la capacidad de discernir si la dosis es adecuada para el paciente de acuerdo a su edad, padecimiento actual y procedimiento a realizar, para ello es necesario conocer las dosis máximas y mínimas, así como los efectos de la oxitocina para dar un buen manejo de esta.

Tal hipótesis es aceptada por tener relación con la información y lo que establecen los datos demográficos obtenidos mediante el instrumento que en este caso fue un cuestionario para realizar la recolección de datos.

Se llevó a cabo un cuestionario mediante el cual se obtuvo información que se procesó de manera confidencial.

Un alto porcentaje 95% de los encuestados respondió que sabe en qué consiste la inducción del trabajo de parto, mencionando que se lleva a cabo mediante la aplicación de fármacos para iniciar o provocar las contracciones uterinas antes del inicio espontáneo del trabajo de parto.

Conocen la dosis mínima y máxima de administración de oxitocina, la cual debe ser, al igual que la atención a cada paciente personalizada y no estandarizada. Coincide en las posibles complicaciones que pueden generarse por grandes dosis de oxitocina va desde una hiperestimulación, atonía hasta una ruptura uterina.

Además mencionaron que llevan a cabo la aplicación de los siete correctos en la administración de oxitocina tales como paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía de administración correcta, hora de administración correcta, fecha de caducidad correcta, velocidad de infusión correcta.

Refirieron que la vía de administración correcta de la oxitocina es intravenosa debido que permite llevar a cabo un mejor control en la velocidad de infusión para evitar complicaciones en la dinámica uterina.

La mayoría de los participantes mencionaron desconocer si en la institución de donde laboran cuenta con los protocolos que describa la administración de oxitocina.

Sin embargo, a pesar de que un alto porcentaje del personal de enfermería afirma tener conocimiento son las intervenciones que debe realizar en el manejo de este fármaco, hubo quienes no dieron una respuesta certera.

En base a lo antes mencionado se puede concluir que se logró cumplir con los objetivos de descripción y verificación de las intervenciones de enfermería en el manejo de la oxitocina.

Con los resultados obtenidos mediante esta investigación se busca implementar medidas de verificación y control, para fomentar una correcta prescripción médica

y que a las intervenciones que realiza el personal de enfermería sean con un enfoque profesional y de calidad.

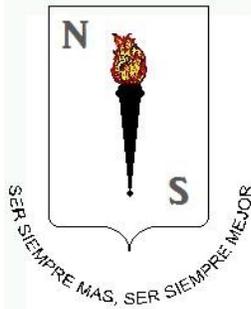
Como propuesta sugiero al Hospital de Nuestra Señora de la Salud que se implementen manuales que contengan los protocolos de la administración de oxitocina, brindando capacitación al personal mediante sesiones donde se dé a conocer el adecuado manejo de este fármaco.

ANEXOS

Anexo 1 Guion metodológico

TEMA:	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:	VARIABLES:	OBJETIVOS:	HIPOTESIS:
Intervenciones de enfermería en el manejo de la oxitocina	¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en el manejo de la oxitocina?	<p>INDEPENDIENTE</p> <p>Intervenciones de enfermería.</p> <p>Es todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.</p>	<p>GENERAL:</p> <p>Describir las intervenciones de la enfermera en el manejo de la oxitocina.</p>	<p>Las intervenciones por parte del personal de enfermería en el manejo de la oxitocina son primeramente la identificación del paciente, verificar que el fármaco, la dosis, la vía administración y velocidad de infusión de acuerdo a las indicaciones médicas, sin embargo es necesario tener la capacidad de discernir si la dosis es adecuada para el paciente de acuerdo a su edad, padecimiento actual y procedimiento a realizar. Por ello es necesario conocer las dosis y efectos de la oxitocina para dar un buen manejo de esta.</p>
		<p>DEPENDIENTE</p> <p>Manejo de oxitocina.</p> <p>Incluye un proceso para verificar que sea correcta su administración de acuerdo a la prescripción.</p>	<p>ESPECIFICO:</p> <p>Verificar que el personal de enfermería realice las intervenciones adecuadas en el manejo de la oxitocina.</p>	

Anexo 2 Cuestionario



Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TEMA: Intervenciones de Enfermería en el manejo de la oxitocina.

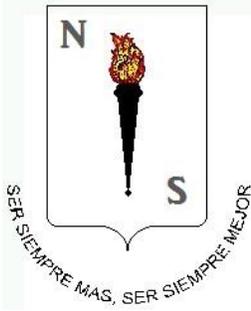
Responsable: E.L.E.O Claudia Tenorio Gordillo

Asesora: M.P. Yanitzia Álvarez Reyes

En la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud se está realizando un estudio sobre las Intervenciones de enfermería en el manejo de la oxitocina, cuyo objetivo es describir y verificar que las intervenciones de la enfermera sean adecuadas en el uso de este fármaco.

La información que usted proporcione será de mucha utilidad para la investigación, por lo cual se le invita a colaborar en este trabajo, sin embargo su participación es voluntaria, de manera que usted está en su derecho de no participar si así lo desea, en caso de que usted requiera alguna aclaración podrá solicitarla en el momento.

La información que usted aporte será confidencial y únicamente será utilizada para los resultados de la investigación, quedando en anonimato su nombre y datos personales.



TEMA: Intervenciones de Enfermería en el manejo de la oxitocina.

Lea detenidamente y sea tan amable de contestar lo siguiente:

1. ¿Sabe usted que es la inducción del trabajo de parto?

- Si
- No

Mencione en que consiste: _____

2. ¿Conoce usted en que consiste la conducción del trabajo de parto?

- Si
- No

Sea tan amable de mencionar en que consiste: _____

3. ¿Sabe cuáles son las indicaciones para realizar la inducto - conducción del trabajo de parto?

- Si
- No

Mencione algunas: _____

4. ¿Conoce usted la dosis mínima para inducir el trabajo de parto?

- Si
- No

Mencione la dosis: _____

5. ¿Según su experiencia conoce cuál es la dosis máxima más segura de oxitocina para la inducto – conducción del trabajo de parto?

- Si
- No

Mencione la dosis: _____

6. ¿Considera usted que la cantidad de diluyente es importante en la administración de oxitocina intravenosa?
- Si
 - No

Mencione por qué: _____

7. Según su experiencia ¿Cuál sería la dilución recomendada para la administración intravenosa de oxitocina?

8. ¿Conoce usted la Norma Oficial Mexicana que señala las intervenciones del personal de salud en el trabajo de parto?
- Si
 - No

Mencione el nombre de la Norma: _____

9. Si la respuesta anterior es si, sea tan amable de mencionar en que consiste esta Norma Oficial Mexicana.

10. ¿Según sus conocimientos sabe cuáles son las complicaciones que pueden generarse por grandes dosis de oxitocina?
- Si
 - No

Mencione algunas: _____

11. Considera que es importante valorar la dinámica uterina mientras se administra oxitocina en el trabajo de parto?
- Si
 - No

Porque: _____

12. ¿Conoce usted la intervención de enfermería inmediata que debe realizarse cuando se presenta una hipotonía uterina a causa del uso excesivo de oxitocina?
- Si
 - No

Mencione alguna: _____

13. ¿Considera usted importante valorar la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto?

- Si
- No

Porque: _____

14. De acuerdo a su experiencia considera que la primera intervención de enfermería es discontinuar la administración de oxitocina cuando se presenta una alteración en la Frecuencia Cardiaca Fetal?

- Si
- No

Porque: _____

15. ¿Lleva usted a cabo la aplicación de los siete correctos en la administración de oxitocina?

- Si
- No

Menciónelos: _____

16. ¿Conoce la vía de administración correcta de la oxitocina en la inducto – conducción del trabajo de parto?

- Si
- No

Mencione la vía de administración: _____

17. ¿Considera que es necesario mantener un adecuado control en la velocidad de infusión en la administración de la oxitocina?

- Si
- No

Mencione porque: _____

18. ¿De acuerdo a su experiencia, considera que la dosis de oxitocina debe ser administrada de forma similar en todas las pacientes?

- Si
- No

Porque: _____

19. ¿Conoce usted algún protocolo que describa la administración de oxitocina?

- Si
- No

Mencione alguno: _____

20. ¿En la institución donde labora existe algún manual donde se encuentre establecido un protocolo para la administración de este fármaco?

- Si
- No

Mencione el nombre del protocolo: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Habiendo contado con la información proporcionada sobre la investigación y habiendo tenido la oportunidad de hacer preguntas, de recibir respuestas que me dejen satisfecha y entendiéndolo que tengo derecho a no responder el cuestionario, sin que esto tenga consecuencias para mi trabajo, **ACEPTO** participar en la investigación.

Morelia, Michoacán 06 de Abril del 2017

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de la Responsable

Testigo

Testigo

GLOSARIO

- **Intervención enfermera:** todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.
- **Inducción del trabajo de parto:** consiste en desencadenar los fenómenos fisiológicos del mismo después de las 20 semanas de gestación, para producir más fielmente el parto normal y espontáneo, estimulando artificialmente las contracciones uterinas que conducen al borramiento y dilatación del cuello uterino, y al nacimiento.
- **Conducción del trabajo de parto:** estimulación del útero durante el trabajo de parto para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones hasta obtener un trabajo de parto adecuado.
- **Trabajo de parto:** proceso fisiológico mediante el cual el útero gestante expulsa los productos de la concepción, después de las 20 semanas de gestación.
- **Dilatación:** es un periodo que comprende desde el inicio de las contracciones uterinas hasta los 10 centímetros de dilatación.
- **Expulsión:** comprende desde la dilatación completa hasta la expulsión del feto, tiene una duración aproximada entre 1 y 2 horas.
- **Alumbramiento:** comprende desde la salida del feto hasta la salida de la placenta y debe durar máximo 30 minutos.
- **Dinámica uterina:** se refiere a la actividad uterina normal durante los diferentes periodos del trabajo de parto.
- **Hipovolemia:** Disminución del volumen total de sangre que circula por el cuerpo.
- **Hipotonía uterina:** es un mal funcionamiento del útero durante el trabajo de parto, que se caracteriza porque no se contrae adecuadamente lo cual no ayuda a dilatar el cérvix.
- **Borramiento:** es la reducción gradual de espesor del cérvix y se valora por medio del tacto vaginal de 0 a 100%.

- **Hormona:** sustancia química secretada por una glándula que se vierte al torrente sanguíneo y que actúa en un órgano a distancia.
- **Receptor hormonal:** es una proteína que tiene una configuración físico-química específica para recibir una hormona específica y que esta pueda ejercer su acción.
- **Monitoreo fetal:** serie de procedimientos que se realizan de manera sistemática en la mujer embarazada, para valorar la salud fetal.
- **Amniotomía:** es la ruptura artificial de las membranas para inducir o acelerar el trabajo de parto.
- **Ruptura prematura de membranas:** se denomina así cuando estas se rompen de manera espontánea después de las 20 semanas de gestación pero antes del trabajo de parto.
- **Cesárea:** se denomina así al parto abdominal en donde se extrae al feto mediante una histerotomía.
- **Sufrimiento fetal:** es un estado clínico que se presenta en el feto que indica una falta parcial o total de aporte de oxígeno, lo cual se traduce en un peligro inminente.
- **Embarazo:** es un estado fisiológico pasajero que se inicia con la unión del ovulo y el espermatozoide y termina con el nacimiento de un nuevo ser.
- **Atonía uterina:** consiste en que el útero se encuentra totalmente flácido.
- **Índice de Bishop:** valora las condiciones para emitir un pronóstico en cuanto a la probabilidad de un parto vaginal.

BIBLIOGRAFÍA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA, PLAN DE ESTUDIOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA, MÉXICO D. F. 2000.

ENFERMERIA MATERNO – INFANTIL TOMO 1, 2003 EDITORIAL OCEANO/HARCOURT. AUTORES: LOWDERMILK. ESPAÑA.

NURSING. 2012, AGOSTO-SEPTIEMBRE 65. VOLUMEN 30, NÚMERO 7. MARÍA EULÀLIA JUVÉ UDINA.

COCHRANE DE EMBARAZO Y PARTO (COCHRANE PREGNANCY AND CHILDBIRTH GROUP) (ENERO 2009).

CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO PRIMERA EDICIÓN: 2000.

MANUAL DE ENFERMERIA BARCELONA, ESPAÑA. EDITORIAL OCÉANO 1976 – 1987.

MANUAL DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.2004.DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA. UNIDAD DE CALIDAD.

MANUAL DE LA ENFERMERIA / NUEVA EDICION / 1987 EDITORIAL OCEANO / CENTRUM, BARCLONA ESPAÑA. AUTORES: ELLEN BAILY, MARY LLOYD ZUSY.

MODELO DE ATENCION DE ENFERMERIA OBSTETRICA, SECRETARIA DE SALUD. AÑO 2005.

SECRETARÍA DE SALUD. MANUAL DE ATENCIÓN DE EMBARAZO SALUDABLE, PARTO Y PUERPERIO SEGUROS RECIÉN NACIDO SANO, MÉXICO, D.F., 2001.

SECRETARÍA DE SALUD. MANUAL DE ATENCIÓN DE URGENCIAS OBSTÉTRICAS EN UNIDADES DE PRIMER NIVEL, MÉXICO, D.F., 2001.

SECRETARÍA DE SALUD. NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO, MÉXICO, D.F., 1993.

RL WESLEY (1997): "TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA". M HILL INTERAMERICANA, MÉXICO.

WILLIAMS OBSTETRICIA 23ª EDICION 2011. EDITORIAL MC. GRAW HILL. AUTORES: F. GARY, CUNNINGHAM KENNETH J. LEVENO. STEVEN I BLOOM. JOHN C. HAUTH DWIGHT J. ROUSE. CATHERINE Y. SPONG.

CORBETTA, P. (2003). METODOLOG(A Y TECNICAS DE INVESTIGADON SODAL. MADRID: MCGRAW-HILLINTERAMERICANA.

COSTA, A., HERNANDEZ SAMPIERI, R. Y FERNANDEZ COLLADO, C. (2002). LA MODA Y LA MUJER MEXICANA: UN ESTUDIO MIXTO (2001-2002J. MANUSCRITO PREPARADO PARA ELLIBRO: METODOLOG(A DE LA INVESTIGADON (3A. ED.)

R. HERNANDEZ SAMPIERI, C. FERNANDEZ COLLADO Y P. BAPTISTA (2003). MEXICO: MCGRAWHILL.

GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL. PLAN DE CALIDAD PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS DEL PAÍS VASCO (OSTEBA). AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS DE GALICIA (AVALIA-T). 2010. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS: OSTEBA Nº 2009/01