

304112

ESCUELA DE ENFERMERAS DE GUADALUPE, A. C.



LIC. ENFERMERIA Y OBSTETRICIA CVE. 12
ACUERDO 130/95 DE FECHA 28/03/1995
CLAVE DE INC. 3041

ESTUDIO DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA
ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN LA INDUCCION DEL
TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
BERENICE CISNEROS GONZALEZ



ASESORES: M.C. JOSE LUIS PIEDRA CRUZ CARRETO

MEXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



Escuela de Enfermeras de Guadalupe, A.C.

Lic. Enfermería y obstetricia cve. 12
Acuerdo 130/95 de fecha 28/03/1995
Clave de inc. 3041

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS

**C. DIRECTOR GENERAL DE INCORPORACIÓN Y
REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS
UNAM
PRESENTE**

Me permito informar a usted que la tesis titulada: ESTUDIO DE LOS
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ATENCION DE ENFERMERIA EN LA INDUCCION DEL
TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER

elaborada por:

1. CISNEROS GONZALEZ BERENICE 946706176
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) Núm. expediente

alumno(s) de la carrera de ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

reúne los requisitos académicos para su impresión.



20 de ENERO de 2004

M. C. JOSE LUIS PIEDRACRUZ CARRETO

Nombre y firma del
Asesor de la Tesis

INCORPORADA A LA UNAM
LIC. ENFERMERIA Y OBSTETRICIA CVE 12
ACUERDO 130 DE FECHA 28/03/1995
CLAVE INC. 3041

Sello de la
institución

MARIA ELENA FRANCO MORALES

Nombre y firma del
Director Técnico de la carrera

DEDICATORIA

DIOS:

Gracias te doy Señor por haber escuchado mis ruegos y peticiones, por brindarme la fuerza necesaria para salir adelante a pesar de las adversidades, por darme paciencia para mis semejantes, gracias por ayudarme a conocerte y a creer en ti y en el gran amor que me tienes, gracias por brindarme personas maravillosas a mi lado, y por dejarme amarlas. Mil gracias por vivir dentro de MI.

A ti por ser el amigo leal, en el cual se puede confiar en cualquier momento, no importando la distancia, ni el sentimiento, porque me has brindado el gran don de la VIDA, y las ganas de seguir adelante, a pesar de todos los tropiezos que he tenido en mi camino.

MIS PADRES:

MAGDALENA GONZALEZ MARTINEZ

ALBERTO AGUSTÍN CISNEROS ORTIZ

Por brindarme todos los medios necesarios para seguir adelante, no importándoles los sacrificios que han tenido que hacer para brindarme una carrera en la cual yo pueda superarme. Gracias por levantarme y dejarme llorar en sus brazos cuando mas sola me sentía. Gracias por brindarme la confianza y seguridad y sobre todo por permitirme ser una parte esencial en su vida.

Agradezco las llamadas de atención que me han hecho a lo largo de mi vida, por amarme y perdonar mis tropiezos. Mil gracias. Los ama SU HIJA.

MAGOS:

Por cuidarme y dedicarme el tiempo de tus hijos, por amarme sin medidas y por apoyarme en todo momento, Gracias te doy madre y quiero que sepas que te viviré eternamente agradecida por toda la vida.

CANELO:

A ti amigo, compañero, hermano, mil gracias por soportar mis enojos y malos ratos, por no permitirme desistir, te agradezco que me escucharas y me amaras hasta el último momento de tu vida... nunca te Olvidaré.

PROFESORES Y AMIGOS:

Que me han forjado día con día, para que pueda tener los conocimientos necesarios, para brindarle una buena atención a los que necesitan de mi ayuda, en especial a todos ellos que creyeron en mi, gracias por alentarme a seguir adelante, no importando lo oscuro que se viera el camino, ustedes me ayudaron a encontrar el camino correcto:

Biologa JUANA ROSA ROJAS VENEGAS

Dr. JESÚS GONZALEZ NARVÁEZ

L.E.O. VIANEY HERRERA LEAL

Prof: JULIO HERNÁNDEZ FALCON

L.E.O. TERESA CARRANCO MINOR

Dr. JORGE PADUA BARRIOS

L.E.O. NANCY PATIÑO

Dr. FERNANDO CÉSPEDES CABALA

Dra. SOCORRO LAGUNES

Dr. MACLOVIO JOSE PIÑA MONREAL

Dra. XOCHITL

Dra. LETICIA DE ANDA

Dr. JOSE LUIS PIEDRACRUZ

A MIS AMIGAS:

CLAUDIA NÚÑEZ MORO

FABIOLA MORENO HERNÁNDEZ

ALEJANDRA HERNÁNDEZ

Por soportar mis cambios de ánimo y permitirme sacar mis frustraciones con ustedes, por ayudarme a superar todos los malos momentos y alentarme a ser cada día mejor.

Gracias por brindarme su confianza y cariño, por ser leales y estar conmigo en todo momento, gracias por el simple hecho de compartir parte de mi vida con ustedes. Las Quiero Mucho. Gracias. AMIGAS...

SOR JOSEFINA:

Por ayudarme a superarme y porque tal vez en ocasiones resulta molesto que se nos discipline, pero al final de cuentas comprendí que era parte de mi formación y gracias a eso podré llegar a ser una excelente enfermera, con principios y con ética profesional.

Gracias por enseñarme a creer en Dios y recobrar las fuerzas necesarias para salir adelante a pesar de las adversidades.

" A TI, POR SER EL AMIGO LEAL, EN EL CUAL SE PUEDE CONFIAR EN CUALQUIER MOMENTO, NO IMPORTANDO LA DISTANCIA, NI EL SENTIMIENTO, PORQUE ME HAS BRINDADO EL GRAN DON DE LA VIDA, Y LAS GANAS DE SEGUIR ADELANTE, A PESAR DE TODOS LOS TROPIEZOS QUE HE TENIDO EN MI CAMINO".

L.E.O. BERENICE CISNEROS GONZALEZ

INDICE

	Págs.
RESUMEN	1
I. INTRODUCCIÓN	2
II. MARCO TEORICO	
2.1. Historia de la atención del parto en México	3
2.2. La Inducción del Trabajo de Parto	12
2.2.1. Concepto de la Inducción del Trabajo de Parto	12
2.2.2. Indicaciones de la Inducción del Trabajo de Parto	13
2.2.3. Procedimientos farmacológicos para la Inducción del Trabajo de Parto	17
2.2.4. Procedimientos quirúrgicos para la Inducción del Trabajo de Parto	30
2.3. Acciones de Enfermería en la Inducción	37
2.4. Complicaciones de la Inducción en la madre	41
2.5. Complicaciones en la Inducción en el producto	42
III. MATERIAL Y METODOS	
3.1. Justificación	44
3.2. Objetivos	45
3.3. Planteamiento del Problema	47
3.4. Hipótesis	48

	Págs.
3.5. Variable Estudio	48
3.6. Tipo de estudio	53
3.7. Universo de estudio	54
3.8. Unidades de observación	54
3.9. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	54
3.10. Universo de muestra	54
3.11. Instrumentos	55
3.12. Validez y confiabilidad	55
3.13. Procesamiento estadístico	55
IV. RESULTADOS	
4.1. Datos generales	57
4.2. Datos específicos	58
4.3. Discusión y análisis	63
4.4. Propuestas	64
4.5. Conclusiones	65
ANEXOS	66

CUADROS Y GRAFICAS	81
Cuadro #1 EDAD	82
Gráfica # 1 EDAD	83
Cuadro # 2 SEXO	84
Gráfica # 2 SEXO	85
Cuadro # 3 CATEGORIA	86
Gráfica # 3 CATEGORIA	87
Cuadro # 4 ESTADO CIVIL	88
Gráfica # 4 ESTADO CIVIL	89
Cuadro # 5 EDAD LABORAL	90
Gráfica # 5 EDAD LABORAL	91
Cuadro # 6 HORAS TRABAJO	92
Gráfica # 6 HORAS TRABAJO	93
Cuadro # 7 UN SOLO EMPLEO	94
Gráfica # 7 UN SOLO EMPLEO	95
Cuadro # 8 DIAS DESCANSO	96
Gráfica # 8 DIAS DESCANSO	97
Cuadro # 9 AÑOS LABORANDO	98
Gráfica # 9 AÑOS LABORANDO	99
Cuadro # 10 ASISTENCIA A CURSOS	100
Gráfica # 10 ASISTENCIA A CURSOS	101

	Págs.
Cuadro # 11 SATISFECHA PROFESIÓN	102
Gráfica # 11 SATISFECHA PROFESIÓN	103
Cuadro # 12 TURNO	104
Gráfica # 12 TURNO	105
Cuadro # 13 EXPLICAN A PACIENTE	106
Gráfica # 13 EXPLICAN A PACIENTE	107
Cuadro # 14 VALORAN CAMBIOS DE TDP	108
Gráfica # 14 VALORAN CAMBIOS DE TDP	109
Cuadro # 15 VIGILANCIA / OXITOCINA	110
Gráfica # 15 VIGILANCIA / OXITOCINA	111
Cuadro # 16 ATENCION INDIVIDUALIZADA	112
Gráfica # 16 ATENCION INDIVIDUALIZADA	113
Cuadro # 17 ASEPSIA Y ANTISEPSIA	114
Gráfica # 17 ASEPSIA Y ANTISEPSIA	115
Cuadro # 18 TECNICAS	116
Gráfica # 18 TECNICAS	117
Cuadro # 19 MIEDO EN PACIENTES	118
Gráfica # 19 MIEDO EN PACIENTES	119
Cuadro # 20 AYUDA A PRIMIGESTAS	120
Gráfica # 20 AYUDA A PRIMIGESTAS	121
Cuadro # 21 EXCESO DE TRABAJO	122

	Págs.
Gráfica # 21 EXCESO DE TRABAJO	123
Cuadro # 22 MALTRATO A PACIENTES	124
Gráfica # 22 MALTRATO A PACIENTES	125
Cuadro # 23 ACUDEN AL LLAMADO	126
Gráfica # 23 ACUDEN AL LLAMADO	127
Cuadro # 24 ACTITUD DESPOTA	128
Gráfica # 24 ACTITUD DESPOTA	129
BIBLIOGRAFÍAS	130
REFLEXIONA...	134

RESUMEN

Durante el año 2002 se realizó una Investigación a cerca de los factores que influyen en la atención de Enfermería en la inducción del trabajo de parto en el Hospital de la Mujer, siendo de tipo descriptivo, transversal y no experimental, por medio de encuesta y guía de observación, a todas las enfermeras que laboran en el Hospital durante el turno matutino.

Para la recolección de datos se diseñó una encuesta con 11 reactivos, mismos que se refieren a datos generales y específicos relacionados con la atención de enfermería en la inducción del trabajo de parto; y una guía de observación que consta de 15 aspectos a evaluar, durante la realización de las actividades de las enfermeras en la participación de la inducción del trabajo de parto.

Se encuestó a todo el personal de enfermería del Hospital de la Mujer, encontrando como resultados de suma importancia que el personal de enfermería no pone en práctica todos sus conocimientos adquiridos debido al exceso de trabajo y por tal motivo, sus actividades no suelen ser de calidad, para las mujeres que acuden al Hospital a recibir esta atención.

I. INTRODUCCIÓN

La inducción del trabajo de parto, se ha visto como un método rutinario en la mayoría de los hospitales, provocando con esto aceleración del mismo sin tener en cuenta las complicaciones que puede provocar tanto a la madre como al producto.

Es aquí donde la enfermera tiene la responsabilidad de vigilar a la paciente para valorar su estado de salud y por consiguiente verificar la problemática que puede traerle más adelante a la misma.

El presente trabajo está integrado por cuatro capítulos que contiene la Introducción, Marco teórico, donde se revisa la historia de la atención del parto, la inducción del trabajo de parto, indicaciones de la inducción y los diferentes procedimientos que se utilizan para este, así como las acciones de enfermería y las complicaciones posibles que puede tener la madre y el producto; Material y métodos donde se especifican los objetivos, hipótesis y variables que habrán de considerarse en el estudio y los Resultados que finalmente es una de las partes más importantes ya que conocemos y corroboramos las hipótesis propuestas, realizando algunas para mejorar las actividades y actitudes para las nuevas generaciones de profesionales en Enfermería.

II. MARCO TEORICO

2.1. HISTORIA DE LA ATENCIÓN DEL PARTO.

La obstetricia es la ciencia y el arte de la reproducción humanas. La palabra viene del latín *Obstetrix*, que significa comadrona.

En los primeros tiempos las parturientas sólo eran ayudadas por mujeres de la familia o amigas, eventualmente por una comadrona pagada. ¹

Las comadronas de antaño no formaban una clase erudita, pues era muy poco lo que se había escrito entonces sobre obstetricia. Se transmitía la información oral, adquirida por experiencias prácticas y muchas veces conservadas celosamente.

La medicina en general y la obstetricia anormal en particular estaban entremezcladas con los ritos de las divinidades míticas. ²

¹ Bookmiller, Mac M. *Enfermería Obstétrica*. Ed. Manual Moderno. 1968. Pp 14.

² Molina Teresa María. *Historia de la Enfermería*. Ed. Interamericana. 1973. Pp 2

La mortalidad de las madres en los hospitales para parturientas era mucho mayor que cuando se atendía el parto en casa, debido a la frecuencia de la infección puerperal que asolaba estas instituciones y que a veces mataba en el 20% de los casos o más.

Como en el caso de los hospitales generales, la mayor limpieza, la ventilación y la mayor aglomeración de pacientes, pueden haber disminuido en algo, pero no impedido completamente las frecuentes e inexplicables apariciones de la infección.³

El estado en que se encontraba la cirugía y los horrores de la mesa de operaciones; la aglomeración, la elevada mortalidad y el consiguiente temor generalizado de entrar en el hospital. Esto pues aun cuando un paciente fuera internado en una sala de medicina interna, era casi seguro que sería sometido a sangrías, vejigatorios, sudores o purgantes, y esto en grado exagerado, cual quisiera que fuera la enfermedad.

Las sangrías y las ventosas se empleaban en casi todos los casos, y no era raro que se usarán, en aquellos días en que no se conocía la anestesia, para producir tal grado de debilidad, que la reducción de una fractura o de una luxación fuera más soportables para el paciente y más fáciles para el cirujano.⁴

³ Hayward J.A. Historia de la Medicina. Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1980. Pp. 30

⁴ Hayward J.A. Historia de la Medicina. Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1980. Pp. 43

Las cataplasmas de linaza, muy usadas en el tratamiento médico y quirúrgico, se gastaban por tonelada.

En los hospitales que contaban con escuelas médicas, los estudiantes que también tenían que servir cierto tiempo como aprendices con un médico, “pasaban visita” en las salas y recibían instrucción junto a las camas de los enfermos, aparte de las conferencias dadas por los médicos y cirujanos y a las cuáles asistían.⁵

Toda revisión de los progresos de la medicina debe incluir referencia a la enfermería, una de las más importantes actividades en el tratamiento de las enfermedades y en el alivio del dolor y del sufrimiento.

Durante casi todos estos 1900 años, la enfermería había estado casi por completo relacionada con las órdenes religiosas y bajo su cuidado. El atender a los niños, a los enfermos y a los ancianos ha constituido siempre una de las más distintivas características de la práctica del cristianismo.

San Pablo hacía mención en sus propios hogares. A las diaconisas las sucedieron en el siglo VI las religiosas de diversas órdenes, que además de las visitas domiciliarias a los enfermos, constituían el personal de las enfermerías, hospicios y otras instituciones, generalmente bajo la férula de las abadías o de diversas fundaciones religiosas.

⁵Hayward J.A. Historia de la Medicina. Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1980. Pp. 44

Las ordenes seculares para mujeres se establecieron ya en el siglo XII.⁶

Una de las más importantes fue la orden de las Beguinas, de Bélgica que existe todavía y llevó a cabo una labor admirable durante la primera guerra mundial. Aunque en esa Orden no se hacen votos monásticos, el sistema adoptado es conventual y los monasterios de esta clase consisten en casas separadas, en torno de una capilla, hospedería y hospital.

En el siglo XVII tuvo lugar la gran labor de San Vicente de Paúl, quien instituyó en París la Orden de las Hermanas de la Caridad para llevar sus servicios y sus consuelos a las casas de los enfermos y a los hospitales. Al principio, ésta fue una hermandad seglar, pero después se acogió a la influencia eclesiástica y sus actividades ya no se limitaron únicamente a la práctica y a la enseñanza de la enfermería.

Las restricciones impuestas por la toma de velo, la prioridad concebida a los ejercicios devotos y la falta de preparación organizada, fueron serios obstáculos en la senda para alcanzar la eficacia en las actividades de enfermería. Pero la huella religiosa de aquellos siglos dio origen a una tradición de valor inapreciable, heredada por toda enfermera que se consagre a su trabajo por los mismos motivos de abnegación y caridad que inspiraron a sus predecesoras.

⁶ Hayward J.A. Historia de la Medicina. Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1980. Pp. 263.

Después de la disolución de los monasterios y conventos, la enfermería, a causa de la poca estimación de que llegó a gozar, pasó por épocas muy malas.

Gradualmente llegó a ser una actividad ejercida por mujeres de clase baja y sin educación ni preparación ninguna, que se dedicaban a comadronas o enfermeras a falta de otra cosa mejor.⁷

Aunque la ignorancia, el desaseo, la embriaguez y el peculado, eran sin duda alguna, características frecuentes de las personas de su profesión, deben haber existido entre ellas muchas de esas mujeres bondadosas, fieles y capaces, aunque sin ninguna preparación, que parecen haber nacido para cuidar a los enfermos y a los desvalidos; mujeres incansables que nunca pedían "Vacaciones", y que, a parte de dedicarse a otras actividades y llevar a cabo sus labores hogareñas, cumplían sus deberes de enfermera.

En la primera mitad del siglo XIX, las hermanas y enfermeras de los hospitales grandes eran elegidas entre estas valiosas mujeres sin diploma.⁸

Las principales causas de morbilidad y mortalidad de la mujer en edad fértil están íntimamente relacionadas con el proceso reproductivo. Durante éste,

⁷ Hayward J.A. Historia de la Medicina. Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1980. Pp. 264

⁸ Hayward J.A. Historia de la Medicina. Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1980. Pp. 265.

se pueden presentar una serie de condiciones que se suelen identificar como "factores de riesgo" y son los que aumentan la probabilidad de resultados de salud adversos para la madre, el niño o ambos.

De acuerdo con la definición de Last, se considera como "factor de riesgo a todo atributo o exposición asociado con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una enfermedad; este atributo no necesariamente constituye un factor causal directo y puede ser modificado por alguna forma de intervención".

Los riesgos durante el embarazo están condicionados tanto por los antecedentes biológicos, hereditarios y psicológicos, como por la situación socioeconómica y cultural de la gestante, e incluyen condiciones desfavorables orgánicas, emocionales, ambientales y de comportamiento, así como el acceso a los servicios de atención a la salud.

La detección y el manejo oportuno del riesgo reproductivo, con el fin de prevenir daños y complicaciones, son considerados por diversos autores como una de las estrategias para lograr una atención prenatal eficiente.

En el área rural mexicana confluyen dos circunstancias desfavorables: por una parte, la probabilidad de presentar riesgo para la salud reproductiva es elevada, debido a las precarias condiciones socioeconómicas que prevalecen; por

la otra, la atención institucional es de insuficiente cobertura, difícil acceso y dudosa calidad.

Esta atención deficiente es una de las razones que explican que alrededor del 50 % de la población mexicana emplee los recursos de la medicina tradicional para enfrentar diversos problemas de salud, si bien los motivos económicos y socioculturales son, seguramente, los más importantes.

En el ámbito particular de la salud reproductiva, las parteras desarrollan en el medio rural un papel significativo en la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Según la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de México, en comunidades menores de 2 500 habitantes, el 44.5 % de los partos son atendidos por parteras empíricas y, aún en comunidades más grandes (de 2 500 a 20 000 habitantes), la atención que ofrecen es considerable (23.7%).

La amplia cobertura que ofrece la medicina tradicional a las necesidades de salud reproductiva se puede atribuir a diversos factores.

Por una parte, las parteras tradicionales se ocupan de las necesidades de atención a la salud de una alta proporción de mujeres que no tiene acceso a los servicios institucionales; por otra, mantienen una sólida identificación cultural con las usuarias y una comunicación fluida basada en valores comunes.

Como bien señala Jean Pierre Peter, "la enfermedad no se reduce jamás al espacio netamente patológico que la medicina se empeña en describir y construir.

Bajo esta óptica, toda una parte de la realidad humana quedaría espontáneamente excluida de la reflexión médica; esa parte oscura, nocturna e irracional capaz de producir morbilidades que no se inscriben necesariamente en el espacio del cuerpo y del saber".⁹

En general, las parteras adquieren inicialmente el conocimiento por un proceso empírico; en una elevada proporción de casos, este conocimiento se amplía con información proveniente de la medicina académica, que obtienen posteriormente a partir de cursos de adiestramiento.

Sin embargo, la partera nunca deja de pertenecer a la población, ni de compartir el mismo sistema de códigos culturales, lo que le asegura la confianza de las embarazadas y repercute directamente en el estado emocional de la gestante.

La amplia cobertura que ofrecen las parteras tradicionales, el papel central que desempeñan ante la comunidad y la calidad "mixta" de su conocimiento (en el que se integran la medicina tradicional y algunos conceptos adquiridos de

la medicina académica), las convierten en personajes clave para mejorar la salud reproductiva de las mujeres en México.

Este estudio estuvo orientado a conocer y a describir la percepción que tienen las parteras de los factores de riesgo durante el embarazo reconocidos tanto por la medicina académica como por la tradicional, durante el embarazo, con la finalidad de aprovechar este conocimiento en el diseño de programas bajo un enfoque de riesgo que permita disminuir la morbilidad y mortalidad de las mujeres en áreas rurales. ¹⁰

⁹ <http://www.INSP.Mx/salud/3s/356-245..html>.

¹⁰ <http://www.INSP.Mx/salud/3s/356-245..html>.

2.2. LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

2.2.1. Concepto de Inducción del Trabajo de Parto.

Provocación artificial del parto, ya sea mediante procedimientos farmacológicos (administración de oxitocina, prostaglandinas) o quirúrgicos (amniorrexis artificial, etc.) ¹¹

Estimulación de las contracciones antes del comienzo espontáneo del trabajo de parto con membranas rotas o sin éstas.

Es la estimulación deliberada de las contracciones uterinas antes de que se inicien espontáneamente. Su aplicación sistemática para el parto es motivo de controversia, pero puede ser una medida salvadora cuando existen indicaciones médicas. Además de resolver el estado médico por el cuál está indicada la inducción, ofrece a la madre que está en peligro otras ventajas 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. ¹²

¹¹ Carrera Macía, José M. Protocolos de Obstetricia y Medicina perinatal del Instituto Dexeus. Ed. Salvat. 2° ed. 1998. Pp 280

2.2.2. Indicaciones de la Inducción del Trabajo de Parto

Las indicaciones médicas pueden ser de dos tipos:

a) Por embarazo de riesgo elevado:

1. Indicaciones maternas:

- + Preeclampsia – eclampsia
- + Desprendimientos prematuros de placenta con feto muerto
- + Enfermedad cardiovascular grave
- + Muerte intrauterina del feto, con riesgo de trastornos de coagulación

2. Indicación fetal:

- + Eritroblastosis fetal
- + Desprendimientos prematuros de placenta con feto vivo
- + Sufrimiento fetal crónico
- + Crecimiento intrauterino retardado
- + Embarazo gemelar hipermaduro
- + Embarazo prolongado
- + Diabetes mellitus

¹² Neeson D. Jean. Consultor de la Enfermería Obstétrica. Tomo I. Ed. Océano / Centrum. México. 5° ed. 1997. Pp. 268.

3. Indicación mixta:
 - + Ruptura prematura de membranas
 - + Preeclampsia moderada
 - + Infecciones maternas diversas

b) Por parto de alto riesgo

1. Indicación materna:
 - + Patología materna inestable
 - + Riesgos hemorrágicos (trombocitopenias)

2. Indicación fetal:
 - + Patología funicular
 - + Patología malformativa

3. Indicaciones mixtas:
 - + Desproporción pélvica fetal
 - + Cesárea anterior.¹³

- Hipertensión inducida por el embarazo. Este trastorno puede empeorar progresivamente a menos que se resuelva mediante el nacimiento

¹³ Carrera Macía José. M. Protocolos de Obstetricia y medicina perinatal, del intituto Dexeus. Ed. Salvat. 2° ed. 1998. Pp 280 – 281.

- Diabetes materna de las clases. Podrían estar indicados la inducción y el nacimiento dos a tres semanas antes de la fecha probable de parto para prevenir la muerte fetal por insuficiencia placentaria, en especial si la diabetes no está bien controlada durante el embarazo.

- Ruptura 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 sensibilización materna y necesidad de parto urgente para prevenir la eritroblastosis fetal.

- Postmadurez (más de 42 semanas de gestación). Pueden sobrevenir insuficiencia placentaria y alteraciones fetales por embarazo prolongado

- Muerte fetal intrauterina. Si se ha diagnosticado muerte fetal pero no se inicia el trabajo de parto, puede estar indicada la inducción para reducir el riesgo materno de coagulación intravascular diseminada y tensión emocional indebida.

- Las pacientes con cesárea previa pueden considerarse candidatas para la inducción.¹⁴

- Infecciones maternas (pielonefritis, diverticulitis), las cuales a menudo no pueden resolverse y tienden a agravarse más si no se interrumpe el embarazo.

- Sangrado uterino por desprendimiento parcial de la placenta o por placenta previa parcial

- Insuficiencia renal

- Polihidramnios intenso

- Retraso sospechado del crecimiento intrauterino¹⁵

¹⁴ Neeson D. Jean. Consultor de la Enfermería Obstétrica. Tomo I. Ed. Océano / Centrum. México. 5° ed. 1997. Pp 268.

2.2.3 Procedimientos farmacológicos de la Inducción del Trabajo de Parto

a) OXITOCINA

Inducción oxitócica: se realiza a través de infusión endovenosa de oxitocina, habitualmente en dosis muy superiores a las utilizadas en embarazos de término. Es conveniente realizar medición de diuresis y balance hídrico para evitar complicaciones derivadas del uso de altas dosis de oxitocina (intoxicación hídrica).

Uso: inducción y mantenimiento, aumento de la intensidad de las contracciones uterinas, control de la hemorragia posparto. Aquí se mencionará "oxitocina" como fármaco, y "oxitocina" como hormona humana.

Eliminación: la distribución y biotransformación de la oxitocina son semejantes a la de la hormona antidiurética. Los cálculos de la vida media de la oxitocina han variado de 5 a 12 minutos. Se elimina fundamentalmente por riñones e hígado.

¹⁵ De Cherney Alan. H. Diagnósticos y Tratamientos Gineco obstétricos. Ed. Manual Moderno. 1997. Pp 695.

Durante el embarazo, aumenta unas 10 veces la concentración de una aminopeptidasa (oxitocinasa o cistil-aminopeptidasa) en plasma.

La enzima en cuestión puede degradar la oxitocina y la HAD, y al parecer proviene de la placenta, sitio en el que tal vez regule la concentración local de oxitocina en el útero, y guarda escasa o nula relación con la desaparición de la oxitocina desde el plasma, porque la vida media de la hormona es semejante entre mujeres durante el trabajo de parto y varones.

Dosis: *preparto*, infusión de 1 a 20 mU/min; *posparto*, infusión de 20 a 40 mU/min, o titularlo hasta controlar la atonía uterina; bolos IV de 0.6 a 1.8 unidades, IM 3 a 10 unidades.

Farmacología: esta hormona natural nonapeptídica estimula las contracciones de la musculatura uterina. Incrementa tanto la frecuencia como la intensidad de las contracciones ya presentes y eleva la tonicidad de la musculatura uterina.

La oxitocina humana es sintetizada en los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo, en neuronas diferentes de las que contienen hormona antidiurética.

La sensibilidad del útero a la oxitocina aumenta gradualmente durante la gestación y, sobre todo, inmediatamente antes del trabajo de parto. Estímulos sensitivos provenientes del cuello uterino y la vagina inducen la secreción de oxitocina por la neurohipófisis; la relaxina ovárica es inhibidora.

La potencia de los preparados de la oxitocina sintética que se utilizan actualmente aún se expresan en unidades y cada unidad es equivalente a 2 mcg de la hormona pura, aproximadamente.

La estimulación de las glándulas mamarias también hace que se secrete oxitocina, con lo cual se contrae el mioepitelio que rodea a los conductos alveolares en la glándula mamaria; este reflejo de expulsión de leche no ocurre en caso de ausencia total de oxitocina.

Las catecolaminas pueden inhiben la expulsión de leche. Incrementos en la osmolaridad del plasma estimulan la secreción de hormona antidiurética y oxitocina, y la suprime el etanol; de interés histórico es que la supresión por parte del etanol fue la base para utilizarlo como fármaco tocolítico en épocas pasadas. El útero inmaduro es muy resistente a la acción de la oxitocina.

Esta hormona es estructuralmente muy similar a la hormona antidiurética, por lo que puede producirse retención de agua e intoxicación hídrica.

Si se proporcionan de modo concomitante volúmenes excesivos de soluciones intravenosas, surgen signos de hiponatremia, lo cual es consecuencia de la retención de agua libre.

La oxitocina también suprime la acción de la hormona adrenocorticotrófica. Altas dosis producen una marcada aunque transitoria vasodilatación, hipotensión arterial sistémica, hiperemia facial, taquicardia refleja, aumento del gasto cardiaco e incremento de la corriente sanguínea hacia las extremidades.

Farmacocinética: *latencia*: IV, casi inmediatamente; IM, 3-5 min. *Efecto máximo*: IV, <20 min.; IM, 40 min. *Duración*: IV, 20-60 min; IM, 2-3 hr.

Interacción y Toxicidad: potencia el efecto simpaticomimético de algunos fármacos (efedrina, fenilefrina, etc.)

Lineamientos y Precauciones: cuando se usa como inductor y mantenimiento del trabajo de parto, debe administrarse exclusivamente por vía endovenosa. Deben monitorizarse la actividad uterina y la frecuencia cardiaca fetal mientras se infunde la oxitocina.

Debe detenerse la administración de este fármaco en caso de hiperactividad uterina (polisistolia e hipertonia) o sufrimiento fetal, y administrar oxígeno suplementario a la madre y colocarla en decúbito lateral izquierdo.

En infusión continua debe monitorizarse el ingreso de líquidos para minimizar el riesgo de intoxicación acuosa.

Está contraindicado su uso en la desproporción céfalo pélvica, en el sufrimiento fetal cuando todavía no hay trabajo de parto y cuando se contraindica el parto vía vaginal. Úsese con cuidado en pacientes preeclámpticas, en la hipertensión arterial esencial y en cardiopatías.

Principales reacciones adversas: disrritmias, hipotensión arterial, hipertensión arterial, taquicardia, hemorragia subaracnoidea, náuseas, vómito, reacciones anafilácticas, urticaria, hipertonicidad uterina (espasmo y ruptura), bradicardia y disrritmias fetales, lesión cerebral neonatal, calificación de Apgar baja a los 5 minutos del nacimientos. Afibrinogenemia, retención hídrica e hiponatremia¹⁶

La oxitocina (Pitocín o Sintocinon) es un fármaco sumamente eficaz para la inducción del trabajo de parto, pero debido a que no hay forma de pronosticar una respuesta particular de la paciente a ella se le debe administrar con precaución.

Es un octapéptido cíclico que se sintetiza en el hipotálamo y se almacena en la neurohipófisis (pituitaria posterior).

¹⁶ <http://www.anestesia.com.mx/oo.html#ocitocina>.

La oxitocina responde a varios estímulos; el mejor identificado es la lactancia. Este fármaco se libera en toda la circulación y puede llegar a todos los órganos.¹⁷

La oxitocina intensifica el patrón de ritmo inherente de motilidad del útero, que con frecuencia se vuelve clínicamente evidente en el último trimestre y aumenta a medida que se aproxima el término.

El objetivo consiste en lograr una actividad uterina que sea suficiente para producir cambios cervicales y el descenso del feto sin causar hiperestimulación uterina, ni sufrimiento fetal.

La oxitocina debe administrarse por vía intravenosa a través de soluciones diluidas. La forma de administración es mediante el uso de una bomba de infusión que no se ve afectada por el tamaño de la aguja, flujo de la vena o tamaño de la gota.

Su dosificación se calcula en miliunidades (mU). Si se agrega 1 ml de oxitocina (10 IU ó 10,000 mU) a 1000 ml de dextrosa al 5%, cada solución de 0.1 ml contiene 1mU de oxitocina.

¹⁷ Bowen – Bookmiller. Enfermería Obstétrica. Ed. Interamericana. 10° ed. 1998. Pp 383

Este fármaco tiene un efecto antidiurético, que se percibe particularmente al administrarse en líquidos libres de electrolitos durante un tiempo prolongado.

Se registran cada 15 minutos la frecuencia cardiaca fetal, los signos vitales, y la frecuencia, intensidad y período de descanso entre cada contracción.

El promedio de infusión se aumenta lentamente a intervalos de 15 a 30 minutos, con el objeto de obtener un patrón de trabajo de parto de contracciones moderadas a fuertes cada 2 a 3 minutos, durando cada una de 45 a 60 segundos.

La oxitocina tiene un período de vida media de 3 a 6 minutos, de manera que, en caso de no estar seguro, debe suspenderse.¹⁸

Debe asegurarse que el canal del parto sea adecuado para el tamaño de la cabeza fetal y que está esté bien flexionada con el objeto de usar los diámetros más pequeños para atravesar el canal de parto.

Es muy improbable una pelvis contraída cuando se cumplen todos los criterios siguientes:

- + El diámetro conjugado diagonal es normal
- + Las paredes laterales de la pelvis son casi paralelas

¹⁸ Bowen – Bookmiller. Enfermería Obstétrica. Ed. Interamericana. 10° ed. 1998. Pp 383 – 384.

- + Las espinas ciáticas no son prominentes
- + El sacro no es plano
- + El ángulo suprapúbico no es estrecho
- + La cabeza fetal está encajada o desciende a través del estrecho superior de la pelvis con la presión fúndica.

La oxitocina posee una potente acción diurética cuando se infunden 20mU / minuto o más la depuración renal de agua libre disminuye en forma marcada.

Si se infunde líquido en cantidades apreciables junto con la oxitocina, la intoxicación hídrica puede provocar convulsiones, coma e incluso la muerte.¹⁹

Se le debe emplear durante no más de dos horas; si para entonces el cérvix no se ha modificado en forma apreciable y no es inminente un parto vaginal predeciblemente fácil, debe realizarse una cesárea.²⁰

Por otra parte, no debe utilizarse oxitocina para forzar la dilatación cervical a una velocidad que exceda de lo normal.

Las indicaciones para la administración de solución intravenosa con oxitocina son:

¹⁹ Cunningham. Mc Donald. Williams Obstetricia. Ed. Médica Panamericana. 1998. Pp 396 – 397.

²⁰ Cunningham. Mc Donald. Williams Obstetricia. Ed. Médica Panamericana. 1998. Pp 396 – 399

- + Hipertensión inducidas por el embarazo
- + Diabetes materna
- + Ruptura prematura de membranas
- + Postmadurez
- + Muerte fetal intrauterina

Las contraindicaciones para la administración de solución intravenosa de oxitocina son:

- + Desproporción cefalopélvica
- + Presentación fetal anormal (transversa, pélvica)
- + Anomalías placentarias (placenta previa, sospecha de desprendimiento prematuro)
- + Sufrimiento fetal comprobado ²¹

b) PROSTAGLANDINAS

Las prostaglandinas naturales son ácidos grasos no saturados derivadas de una molécula hipotética de 20 carbonos llamada ácido prostánico. Las prostaglandinas se clasifican en uno de cinco grupos: A, B, C, E o F. Se encuentran en todos los tejidos mamíferos y actúan como hormonas locales, ejerciendo su efecto en el sitio de producción.

²¹ Neeson D. Jean. Consultor de la Enfermería Obstétrica. Tomo I. Ed. Océano / Centrum. México. 5° ed. 1997. Pp. 270.

Se metabolizan en el nivel local y cuando se liberan en el torrente sanguíneo son inactivadas por enzimas pulmonares y hepáticas.

Las prostaglandinas E y F son estimulantes miométriales potentes del útero no grávido y del grávido en todas las etapas de gestación.

Las dos prostaglandinas empleadas en la inducción del trabajo de parto son la PGE 2 y la PGF2 (alfa).

La prostaglandina PGF2 alfa causa serios trastornos gastrointestinales cuando se la administra por vía oral para la inducción del trabajo de parto.

La infusión intravenosa de estos fármacos (PGE2 y PGF2 alfa) es un método eficaz para la inducción del trabajo de parto a término y tan efectiva como la oxitocina intravenosa.

Por sus efectos secundarios gastrointestinales causa eritema y la hiperestimulación uterina, la oxitocina puede ser el fármaco ideal con las mujeres con embarazo a término.

Sin embargo, en las mujeres con preeclampsia severa, trastornos cardiovasculares o renales, las prostaglandinas infundidas por vía intravenosa pueden ser más seguras, ya que éstas no tienen el efecto antidiurético que posee la oxitocina.

Las prostaglandinas son el método más adecuado para la terminación del embarazo en caso de muerte fetal intrauterina.

La infusión extraamniótica de prostaglandinas puede tomarse cada vez más útil en la inducción de las mujeres con cérvix inadecuado, cabeza no encajada, o presentación de nalgas.

Las prostaglandinas en supositorios o gel han sido útiles para inducir el trabajo de parto por sus efectos sobre el miometrio y el cuello; reblandecen a éste último y facilitan así la inducción.

Las prostaglandinas se sintetizan, liberan y metabolizan localmente y, en consecuencia se cree que las exógenas actúan en forma directa sobre los tejidos (cuello) en tanto que las endógenas causan contracciones uterinas

La paciente debe permanecer acostada durante 30 minutos, es posible que sea prudente un período de observación de 30 minutos a 2 horas. Cuando se producen contracciones, en general son evidentes durante la primera hora y llegan a una actividad pico durante las primeras 4 horas.

Si las contracciones uterinas regulares persisten habrá que continuar con el monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal y registro de los signos vitales maternos.

Los efectos sistémicos maternos, que pueden incluir fiebre, vómito y diarrea son insignificantes con bajas dosis de prostaglandinas E2.

La clasificación: Prostaglandinas

Acción / Sintéticos: las prostaglandinas Sintéticas análogo de E1 que inhibe la secreción ácida gástrica, protege el mucosa gástrico aumentando bicarbonato y la producción mucosa, y disminuye los niveles del pepsina durante las condiciones basales.

También puede estimular reducciones uterinas que pueden poner en peligro el embarazo. Rápidamente convertido al ácido del misoprostol activo.

Tiempo para los niveles de la cresta de ácido del misoprostol: 12 min. el t1/2, el ácido del misoprostol, 20-40 min. El ácido de Misoprostol está menos de 90% límite a la proteína del plasma.

NOTA: Misoprostol no previene desarrollo de úlceras duodenales en los clientes en NSAIDs. *Misoprostol intravaginal*: se administra, entre las 12 y 22 semanas, en dosis de 200 grs. vía intravaginal cada 12 horas. Se puede asociar goteo oxitócico si la dinámica uterina es de poca intensidad. Los resultados reportados para estas dosis son cercanos al 90% de aborto dentro de las 24 horas siguientes a la administración de la primera dosis.

Los usos: La prevención de aspirina y otro no esterooidal las úlceras gástricas anti-inflamatorio-inducido en los clientes con un riesgo alto de complicaciones de la úlcera gástricas (por ejemplo, clientes del geriátrico con debilitar la enfermedad) o en aquellos con una historia de úlcera.

El obsequio úlceras duodenales que incluyen esos frío a la histamina antagonistas de H2.

Con el cyclosporine y prednisone para disminuir la incidencia de rechazo del injerto agudo en los clientes del trasplante renales (la droga mejora la función renal). Con el methotrexate para inducir el aborto.

Las contraindicaciones: La alergia al prostaglandinas, embarazo, durante la lactación (puede causar la diarrea en los infantes lactante).

Las Preocupaciones especiales: Use con la cautela en los clientes con el deterioro renal y en los clientes más viejo que 64 años de edad. No se han establecido seguridad y eficacia en los niños menos de 18 años de edad. Puede causar el aborto con el sangrar potencialmente serio.

Los Efectos del lado: La diarrea, el dolor abdominal, la náusea, la dispepsia, la flatulencia, vomitando, el estreñimiento. Ginecológica: Manchando, calambres, la dismenorrea, la hipermenorrea, los desórdenes menstruales, el post menopausia él sangrando vaginal. Misceláneo: El dolor de cabeza.

La Dirección de la dosis excesivo: Los síntomas: El dolor abdominal, la diarrea, la disnea, la sedación, el temblor, la fiebre, las palpitaciones, la bradicardia, la hipotensión, la cogida. El tratamiento: Use la terapia a favor.

Cómo Proporcionó: La lápida: 100 mcg, 200 mcg,

La dosificación

Tabletas: Los adultos: 200 mcg con la comida. La dosis puede reducirse a 100 mcg si la dosis más grande no puede tolerarse. En el deterioro renal, la 200-mcg dosis puede reducirse si necesario.²²

2.2.4. Procedimientos Quirúrgicos de la Inducción del Trabajo de Parto

a) AMNIOTOMIA

La ruptura artificial de las membranas, también denominada amniotomía baja de la bolsa, se utiliza con frecuencia para inducir o incrementar el trabajo de parto. Se refieren a este procedimiento como amniorrexis para referirse a la ruptura espontánea o artificial de las membranas.

Este término implica sólo la rotura de amnios y corión.

Otras indicaciones comunes de la amniotomía incluyen el monitoreo electrónico interno de la frecuencia cardíaca fetal cuando se prevé un peligro para el feto y la evaluación intrauterina de las contracciones cuando el trabajo de parto ha sido insatisfactorio.²³

Se considera que su eficacia consiste en estimular el descenso de la parte de presentación en el útero inactivo, con objeto de iniciar las contracciones uterinas. Deben observarse diversas precauciones para minimizar el riesgo de procidencia del cordón cuando se rompen artificialmente las membranas.

Debe tenerse cuidado de desalojar la cabeza fetal durante la amniotomía. Debe evaluarse la frecuencia cardíaca fetal antes e inmediatamente después del procedimiento.

a) ELECTIVA: En estudios se observó que la amniotomía con 5 cm de dilatación aceleró el trabajo de parto espontáneo 1 a 2 horas sin aumento de la tasa global de cesáreas o estimulación con oxitocina.

²² <http://www.elbebe.com/texto/parto12.html>.

²³ Cunningham. Mc Donald. Williams Obstetricia. Ed. Médica Panamericana. 1998. Pp 399.

Es importante señalar que no hubo aumento de las desaceleraciones severas y por lo tanto la tasa de cesáreas por sufrimiento fetal no resulto afectada.

24

Se debe realizar monitoreo electrónico interno de la frecuencia cardiaca fetal cuando se prevé un peligro para el feto y la evaluación intrauterina de las contracciones cuando el trabajo de parto ha sido insatisfactorio.

Habitualmente se realiza una amniotomía electiva para acelerar un trabajo de parto espontáneo o para detectar meconio.

Deben observarse diversas precauciones para minimizar el riesgo de procidencia del cordón cuando se rompen artificialmente las membranas. Debe tenerse cuidado de evitar desalojar la cabeza fetal durante la amniotomía.

La salida del líquido amniótico acorta los haces musculares del miometrio, aumentando las contracciones en fuerza y duración; por lo tanto, se desarrolla una frecuencia más rápida de las mismas.

Las membranas deben romperse en el orificio interno con un gancho u otro instrumento afilado.

²⁴ Cunningham. Mc Donald. Williams Obstetricia. Ed. Médica Panamericana. 1998. Pp 400

No debe tratarse de desprender las membranas, y la cabeza no deberá ser desplazada hacia arriba con objeto de favorecer el drenaje de líquido.

Después de la amniotomía se debe mantener a la paciente en cama, en posición de Fowler, con lo cuál se permite un mejor escurrimiento del líquido amniótico.

Si la paciente se encuentra a término, se prevé el parto en término de 6 horas.

Las indicaciones para la amniotomía con objeto de efectuar inducción son:

- + Contraindicación al empleo de oxitocina en solución intravenosa
- + Deseo de vigilar directamente al feto

Las contraindicaciones para la amniotomía con objeto de efectuar la inducción son:

- + Parte de presentación alta o no encajada
- + Cuando se desconoce la parte de la presentación o ésta es anormal, como en el caso de situación transversal o presentación pélvica
- + Fecha probable de parto incierta
- + Placenta previa
- + Presencia de herpes virus tipo II en el conducto vaginal.

TÉCNICA

Se prepara a la paciente mediante el uso de antisépticos adecuados y se colocan campos estériles. En un caso normal no complicado, se requiere un equipo mínimo; sin embargo, para estar preparados en caso de complicaciones imprevistas se debe incluir en el material estéril de la mesa instrumental separadores, gasas montadas y una sonda, pinzas de Allis, pinzas uterinas y amniotómo.

Se dispone de jalea lubricante para facilitar las diferentes fases del procedimiento y se auscultan el corazón fetal para cerciorarse de la fuerza y frecuencia de sus contracciones

Se introducen los dedos lubricados en la vagina, con la cara palmar de la mano hacia abajo y después se rotan hacia delante.

Se palpa el cuello uterino para determinar su consistencia, longitud y grado de dilatación. Además se valora el grosor del segmento uterino inferior y se precisa la estación o altura de la cabeza.

En ocasiones el cuello uterino está bien borrado pero no dilatado lo suficiente para permitir la introducción de un dedo. En tales condiciones la inducción del trabajo de parto.

Una gradual dilatación del cuello puede lograrse sin dificultad si se insertan los separadores anterior y posterior y se sujeta el labio anterior del cuello uterino con pinzas.

Se introducen nuevamente los dedos y se trata de pasar a través del conducto cervical uno o dos de ellos. Se identifica el segmento uterino inferior y se separan las membranas de la pared uterina en todas las direcciones tan arriba del orificio interno como sea posible.

En ocasiones puede palpase el borde inferior de la placenta si esta es de inserción baja, en cuyo caso obviamente no deberá intentarse la separación de las membranas. Generalmente puede calcularse con exactitud la cantidad de líquido existente entre las membranas y la pared.

Después de esta parte del procedimiento, las membranas tienden a protuir en la región del orificio interno. Para romper el saco amniótico pueden emplearse una pinza uterina, una de Allis o un amniotómo.

Se retira la mano y se coloca la punta del instrumento entre las puntas de los dedos índice y medio para así dirigirla con seguridad dentro de la vagina hacia el cuello uterino y ponerla en contacto con las membranas.

Entonces puede utilizarse la otra mano para manipular el mango del instrumento en tanto que con la mano que se encuentra en la vagina se cerciora uno de que no ocurran lesiones cervicales ni fetales.

Es útil en este momento una presión moderada a nivel del fondo, ejercida por un ayudante, a fin de mantener la parte presentada dentro de la pelvis y prevenir así la posibilidad de prolapso del cordón. Tan pronto se rompen las membranas se observa líquido amniótico en el introito.

Es preferible insertar uno o dos dedos en el orificio hecho a fin de aumentar sus dimensiones, lo que asegura la ruptura tanto de amnios como de corión.

A continuación se efectúa una palpación cuidadosa para asegurarse de que no ha ocurrido prolapso del cordón.

Una ligera elevación de la cabeza fetal permite que pase líquido de arriba hacia abajo, incrementando la cantidad drenada. En este momento un ayudante ausculta nuevamente el foco fetal.

Si no se inicia el trabajo de parto en unas cuantas horas, puede emplearse oxitocina intravenosa.

La operación puede realizarse con gran facilidad utilizando los sencillos instrumentos mencionados; sin embargo, en ocasiones las membranas están muy cerca de la cabeza y entonces las pinzas de Allis son las más apropiadas.²⁵

2.3. ACCIONES DE ENFERMERÍA EN LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

El examen de una mujer en trabajo de parto temprano o sospechado consiste en una evaluación básica de su estado clínico actual.

En la admisión a la unidad de partos, deben efectuarse los siguientes procedimientos:

1. Se obtendrán antecedentes de detalles médicos relevantes desde el último examen.
2. Se registrarán los signos vitales: temperatura, pulso, frecuencia respiratoria y presión arterial.
3. Se hará una valoración del estado general de la paciente junto con cualquier tipo de datos físicos anormales presentes.

²⁵ De Cherney, Alan H. E. Diagnósticos y Tratamientos Ginecoobstétricos. ED. El Manual Moderno. Pp. 331 – 335.

4. Se obtendrá una muestra de orina en condiciones higiénicas y se determinarán cifras de proteína y glucosa para establecer una base para el tratamiento posterior de la paciente.
5. Realizar examen físico general breve.
6. Explorar el abdomen para observar la presencia de cicatrices o traumatismos antiguos.
7. Palpar el útero para determinar presentación, encajamiento y posiciones fetales, así como el nivel de la parte más baja.
8. Observar frecuencia, intensidad, regularidad y duración de las contracciones uterinas.
9. Si hay signos de hemorragia vaginal o pérdida de líquido amniótico, se registrará el tipo y la cantidad (es importante observar el color y las características del líquido amniótico).
10. Exploración vaginal o rectal. Debe hacerse exploración vaginal aséptica para determinar el grado de dilatación y borramiento del cuello uterino.

11. Identificar la parte fetal de presentación y la altura de la parte de presentación en relación con el nivel de las espinas isquiáticas.

12. Realización de exámenes como ultrasonogramas para determinar la presencia de anomalías fetales y diferenciar entre presentaciones anormales y normales.

13. Realizar limpieza de peritoneo con solución de jabón o preparados de detergente no irritante.

14. Tricotomía, con técnica aséptica.

15. Administración de analgésicos como Meperidina de 50 a 75 mg vía intramuscular y Nalbufina en el trabajo de parto.

16. Registrar los latidos cardiacos fetales cada 10 a 15 minutos.

17. Registrar en forma periódica la frecuencia y características de las contracciones uterinas, el tono del útero y la reacción general de la paciente durante el trabajo de parto.

18. Vigilar a la paciente constantemente después de la aplicación de solución glucosada al 5% con oxitocina.

DESPUÉS DE LA AMNIOTOMIA:

19. Valorar los ruidos cardíacos fetales.
20. Observar color, cantidad y olor del líquido y anotarlos.
21. Anotar en la gráfica la hora de la amniotomía y el estado del cuello uterino en ese momento.
22. Explicar a la pareja los resultados del procedimiento y lo que cabe esperar:
 - + Inicio de contracciones
 - + Contracciones más intensas
 - + Salida de líquido
23. Cambiar las ropas de la cama para comodidad de la paciente.
24. Medir la temperatura de la parturienta cada dos horas para descubrir una posible infección.

2.4. COMPLICACIONES DE LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN LA MADRE.

En muchos casos la inducción del trabajo de parto expone a la madre a más molestias e incomodidades que un retraso prudente y un parto vaginal o por cesárea subsiguiente.

Se deben considerar siempre los siguientes peligros:

- + Fracaso de la inducción
- + Inercia uterina y parto prolongado
- + Trabajo de parto precipitado y contracciones tetánicas del útero, ocasionando desprendimiento prematuro de la placenta, ruptura del útero y laceración del cuello uterino
- + Infección intrauterina
- + Hemorragia posparto

2.5. COMPLICACIONES DE LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN EL FETO.

El parto precipitado puede ocasionar lesiones físicas. Puede haber prolapso del cordón después de la amniotomía.

La administración imprudente de oxitocina o la observación inadecuada durante la inducción puede producir muerte fetal in útero o al nacimiento de un lactante con baja puntuación de APGAR.

1. Asfixia fetal intrauterina debido a una hipercontractilidad prolongada.

2. Ruptura de útero por sobreestimulación

Un mayor problema sobre los trabajos de parto inducidos se centra en el nacimiento de un niño prematuro, con elevados riesgos de muerte o enfermedad, en especial debido al síndrome de Insuficiencia Respiratoria (SIR), o a infección e hiperbilirrubinemia.

La determinación precisa de la madurez fetal es posible a través del uso de medios de evaluación bioquímica, electrónica y sonográfica, lo cuál se debe hacer antes de una inducción electiva.

III. MATERIAL Y METODOS

III. MATERIAL Y METODOS

3.1 JUSTIFICACION

Durante años se ha observado que la inducción del trabajo de parto es una técnica muy utilizada como método útil para acelerar el parto en los Hospitales, y se da debido a la gran demanda en estos, principalmente en los maternos infantiles. Es bien sabido que se gasta dinero para los medicamentos inductores del trabajo de parto, pero esto se recupera con la demanda de los servicios

Es importante saber que la inducción del trabajo de parto sin una vigilancia estrecha y adecuada puede traer complicaciones fatales tanto para la madre, como para el producto.

Por lo cuál dentro de esta investigación se harán recomendaciones y se plantearán propuestas para una mejor atención del trabajo de parto en las mujeres. Tomando en cuenta que la enfermera es parte fundamental en la observación y cuidado de las mujeres embarazadas.

3.2. OBJETIVO

* GENERAL.

Conocer los factores que influyen en la atención del personal de Enfermería en la Inducción del trabajo de parto en el Hospital de la Mujer.

* ESPECIFICOS

Identificar el exceso de trabajo como factor influyente en la atención del personal de Enfermería en la Inducción del Trabajo de Parto en el Hospital de la Mujer

Describir la actitud profesional como indicador que influye en la atención del personal de Enfermería en la Inducción del Trabajo de Parto

Mencionar el doble empleo como factor influyente para el bajo desempeño físico en la atención de Enfermería en la Inducción del Trabajo de Parto

Presentar a la planilla disponible como factor que influye determinantemente en la atención deficiente y de dudosa calidad del servicio de Enfermería en la Inducción del Trabajo de Parto en el Hospital de la Mujer.

Describir la antigüedad en el servicio como factor predisponente para que las enfermeras brinden atención en forma sistematizada en la Inducción del Trabajo de Parto en el Hospital de la Mujer.

Mencionar a la actualización bibliográfica como factor importante para brindar una atención de calidad en la Inducción del Trabajo de Parto en el Hospital de la Mujer.

Identificar a la antigüedad en el servicio como factor predisponente para que la atención de Enfermería a las pacientes en la Inducción del Trabajo de Parto sea de forma rutinaria en el Hospital de la Mujer.

3.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A partir de las prácticas clínicas realizadas en el año 2001 en el Hospital de la Mujer, las estudiantes de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, hemos observado que existe una atención poco personalizada y de dudosa calidad a las pacientes embarazadas durante la Inducción del Trabajo de Parto. Esto trae como consecuencia el estrés y desesperación de las pacientes, ocasionando que estas no colaboren con la expulsión del producto de una forma adecuada y eficaz, provocando complicaciones en el binomio Madre – Hijo que ponen en riesgo su vida, pudiendo ocasionar distocias uterinas, Trabajo de parto prolongado, o llegar a las cesáreas, tomando en cuenta que estos factores son predisponentes para ocasionar sufrimiento fetal del producto.

Por lo anterior:

¿Cuáles son los factores que influyen en la atención de Enfermería en la Inducción del trabajo de parto en el Hospital de la Mujer?

3.4. HIPOTESIS DE TRABAJO

Los factores que influyen en la atención del personal de Enfermería en la Inducción del trabajo de parto en el Hospital de la Mujer son: el exceso de trabajo, la rutina, la falta de capacitación personal, plantilla disponible, disposición laboral, la actitud del personal, actualización del personal, el doble empleo, la antigüedad en el servicio, así como su disposición laboral.

3.5. VARIABLE ESTUDIO

Los factores que influyen en la atención del personal de Enfermería en la Inducción del trabajo de parto.

* Indicadores de la variable estudio (los indicadores también son variables)

- Exceso de trabajo
- Capacitación del personal
- Plantilla disponible
- Actualización
- Doble empleo
- Antigüedad en el servicio
- Disposición laboral
- Actitud profesional

- DESCRIPCION NOMINAL DE LAS VARIABLES

EXCESO DE TRABAJO: Es cuando el personal es sometido a jornadas de trabajo mayor de 8 horas y la saturación de pacientes para la proporción de atención. Es la sobrecarga de actividades laborales que condicionan a un sobreesfuerzo físico y psicológico del individuo

CAPACITACION DEL PERSONAL: Es mantener al personal en actualización sobre técnicas, procedimientos y avances acerca de la inducción del trabajo de parto. Se refiere al grado de conocimientos teóricos y prácticos que se le brinda al personal de Enfermería para la realización adecuada de los procedimientos específicos

PLANTILLA DISPONIBLE: Es el número de personal con el que cuenta la unidad hospitalaria. Personal con el que se cuenta para cubrir las necesidades de los pacientes que acuden a los servicios de Labor y Expulsión

ACTUALIZACION: Es el capacitar o mantener al personal de enfermería en constante formación e investigación. Capacidad o interés que tiene la enfermera para conocer la información más reciente dependiendo de su área de trabajo

DOBLE EMPLEO: Es cuando un individuo no satisface sus necesidades básicas, lo que provoca que ingrese a otro trabajo para poderlas solventar. Realización de actividades laborales en dos lugares diferentes o turnos diferentes

ANTIGUEDAD EN EL SERVICIO: Años de trabajo o de laborar en el mismo lugar (servicio)

DISPOSICION LABORAL: Es el grado de prestar un servicio a la hora y tiempo en que se requiera. Iniciativa del personal para realizar las actividades de enfermería de una manera adecuada y de calidad

ACTITUD PROFESIONAL: Es el grado de conocimientos y responsabilidad que tiene el personal o la enfermera dentro del desarrollo de sus actividades. Respuesta humana expresada frente a actividades específicas dependiendo del nivel educacional y conocimientos obtenidos.

- DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

EXCESO DE TRABAJO

1. ¿Cuál es su horario de trabajo?
2. ¿Considera usted que es tedioso su trabajo? Si () No ()
3. Según su criterio, ¿Cree que el personal que labora dentro del servicio es suficiente? Si () No ()

CAPACITACION PERSONAL

1. ¿ Acude con frecuencia a cursos? Si () No ()
2. ¿ Considera importante que se le capacite antes de entrar a trabajar?
Si () No ()
3. Los conocimientos que usted tiene sobre el área de Obstetricia son:
Suficientes () Pocos () Buenos ()

PLANTILLA DISPONIBLE

1. ¿Cuántas personas laboran en el servicio en el turno matutino?
1 a 3 () 4 a 6 () más de 6 ()
2. Las personas que laboran en el servicio son:
Eventuales () De base () Prestados de otros servicios ()

DOBLE EMPLEO

1. ¿ Trabaja usted en otro lugar, aparte del Hospital de la Mujer?
Si () No ()
2. ¿Desde cuando trabaja en dos lugares?
1 años () 2 años () más de 3 años ()

ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO

1. ¿Cuántos años lleva trabajando en el servicio de Labor?

a 2 años () 3 a 5 años () más de 5 años ()

2. ¿ A que edad comenzó a trabajar?

15 a 18 años () 18 a 21 años () más de 21 años ()

3. ¿ Le gusta su trabajo?

Si () No ()

4. ¿ Tiene conocimientos por medio de cursos obstétricos?

Si () No ()

VARIABLE	TIPO	ESCALA	CATEGORÍAS
EXCESO DE TRABAJO	CUALITATIVO	NOMINAL	SI () NO ()
CAPACITACION DEL PERSONAL	CUALITATIVA	ORDINAL	POCOS () SUFICIENTES ESPECIALIDAD
PLANILLA DISPONIBLE	CUANTITATIVA	INTERVALOS	PERSONAS
DOBLE EMPLEO	CUALITATIVO	NOMINAL	SI () NO ()
ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO	CUANTITATIVO	INTERVALOS	Años

3.6. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, Prospectivo, Transversal, No Experimental.

3.7. UNIVERSO DE ESTUDIO

Hospital de la Mujer del Sector Salud.

3.8. UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Enfermeras del Hospital de la Mujer

3.9. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Inclusión: Enfermeras de base, pasantes de enfermería y del turno matutino

Exclusión: Enfermeras de contrato, turno vespertino y nocturno

Eliminación: No asisten, muertes, o se negaron a participar.

3.10. UNIVERSO DE MUESTRA

Una muestra de 100 profesionales del área de Enfermería del personal del Hospital de la Mujer del Sector Salud.

3.11. INSTRUMENTOS

Para la recolección de datos se diseñó un cuestionario con un total de 11 preguntas, las cuales se refieren a datos generales y aspectos específicos, relacionados con la atención de enfermería en la inducción del trabajo de parto en el Hospital de la Mujer. (Ver anexo).

Se diseña también una guía de observación con un total de 15 aspectos a evaluar, durante la realización de las actividades de las enfermeras en la participación de la inducción del trabajo de parto (ver anexo).

3.12. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Para establecer la validez y confiabilidad de este instrumento se recurrió al juicio de expertos.

3.13. PROCESAMIENTO ESTADISTICO

Para el procesamiento estadístico se elaboraron cuadros, gráficas y se aplicó una estadística descriptiva.

RESULTS

IV. RESULTADOS

4.1. DATOS GENERALES

Después de haber realizado las 100 encuestas aplicadas en el Hospital de la Mujer se encontró:

Con relación a la edad el 32% de las personas encuestadas se encuentran entre los 36 y 40 años de edad, mientras que el 12% entre los 20 y 25 años, el 8% entre 51 y 55 años; el 9% corresponde al rango de 31 a 35 años de edad; mientras que el 17% corresponde a los rangos de menores de 20 años y de 26 a 30 años de edad; el 14% corresponde de 41 a 45 años y el 12% al rango de 46 a 50 años de edad. (ver cuadro #1, Gráfica #1)

Respecto al sexo el 86% corresponde al sexo femenino, mientras que el 14% corresponde al sexo masculino. (ver cuadro #2, Gráfica #2)

Con relación a la categoría se puede observar que el 36% corresponde a enfermeras generales; el 45% a enfermeras auxiliares, el 8% a especialistas y el 11% a licenciadas en enfermería. (ver cuadro #3, Gráfica #3)

Con respecto al estado civil, el 36% son casadas; el 17% son solteras; el 12% viven en unión libre; el 26% son divorciadas; y el 9% son viudas. (ver cuadro #4, Gráfica #4)

Referente al turno, se encuestaron en un 95% a las del turno matutino, mientras que el 5% corresponden al turno Vespertino. (ver cuadro #12, Gráfica #12)

4.2.DATOS ESPECIFICOS

Con relación a la edad laboral, el 26% empezó a trabajar entre 19 a 22 años; el 49% inicia su vida laboral entre los 15 y 18 años; mientras que el 25% comenzó a trabajar después de los 23 años. (ver cuadro #5, Gráfica #5)

En relación a las horas que trabaja se pudo observar que el 52% labora de 6 a 8 horas; el 12% más de 10 horas y el 36% de 8 a 10 horas diarias. (ver cuadro #6, Gráfica #6)

Con respecto a la cantidad de empleos se encontró que el 74% cuenta con más de un empleo, mientras que el 26% solo cuenta con un trabajo. (ver cuadro #7, Gráfica 7)

En relación a los días de descanso, se encontró que el 76% descansan únicamente 2 días, mientras que el 6% no descansan ningún día; el 5% de las personas entrevistadas, descansan más de 2 días a la semana; y el 13% solo descansan un día a la semana. (ver cuadro #8, Gráfica #8)

Con respecto a los años laborando en el Hospital de la Mujer , se encontró que el 58% lleva más de 6 años de laborar en este lugar; el 25% de 3 a 6 años de laborar; y el 17% solo lleva de 1 a 3 años de laborar en la institución. (ver cuadro #9, Gráfica #9)

En relación a la preparación de las enfermeras, se observa que el 86% de las personas entrevistadas acuden a cursos, mientras que el 14% nunca ha asistido a cursos, durante el tiempo que lleva laborando en este Hospital (ver cuadro #10, Gráfica #10)

Con relación a la satisfacción que les causa la carrera se encontró que el 87% refiere estar contenta con la misma, mientras que el 13% no les agrada la profesión de enfermería. (ver cuadro #11, Gráfica #11)

Referente a las actividades de enfermería, se observa si las enfermeras les explican a las pacientes los procedimientos que se le van a realizar, obteniéndose: que el 70% no les explican las actividades a realizarse, mientras que el 30% si les explican los procedimientos. (ver cuadro #13, Gráfica #13)

Con respecto a la disposición del personal de enfermería para valorar el trabajo de parto, se encontró que 85% no lo valoran, mientras que el 15% si tiene la disposición y el conocimiento para valorarlo. (ver cuadro #14, Gráfica #14)

En relación a la vigilancia posterior a la administración de la oxitocina, se observó que el 95% del personal de enfermería encuestado no se preocupa por mantener esta vigilancia, mientras que el 5% si lo realiza. (ver cuadro #15, Gráfica #15)

Debido a las actividades de enfermería se observó que el 95% del personal no individualiza la atención de las pacientes, mientras que el 5% si realiza las actividades de enfermería en forma individual. (ver cuadro #16, Gráfica #16)

En relación a la aplicación de asepsia y antisepsia en las técnicas de enfermería, se pudo observar que el 65% realizan las técnicas de enfermería sin tomar en cuenta los principios de asepsia, mientras que el 35% sigue realizando sus técnicas de diferente manera, pero sin perder los principios de asepsia y antisepsia. (ver cuadro #17, Gráfica #17)

Debido a que hay gran demanda de trabajo se observa que el 72.5% del personal de enfermería realiza las actividades propias de la profesión, sin tomar en cuenta las técnicas, mientras que el 27.5% toma siempre en cuenta las técnicas de enfermería con exceso de trabajo o sin él. (ver cuadro #18, Gráfica #18)

Con respecto al miedo que presentan las pacientes, se observa que el 90% del personal de enfermería si toman en cuenta la preocupación de las pacientes, mientras que el 10% no lo hacen. (ver cuadro #19, Gráfica #19)

En relación a la ayuda a primigestas con respecto a explicarles como ayudar al descenso y expulsión del bebé, se observó que el 80% de las enfermeras no se preocupan por orientar a las pacientes, mientras que el 20% restante si realiza sus actividades de orientación y educación a las pacientes. (ver cuadro #20, Gráfica #20)

Con respecto al exceso de trabajo, se pudo observar que el 95% del personal de enfermería siempre se quejan de que hay mucho trabajo, mientras que el otro 5% no se quejan y solo se dedican a atender a las pacientes en una forma adecuada. (ver cuadro #21, Gráfica #21)

Se ha podido observar que el 62.5% del personal de enfermería agreden física o verbalmente a las pacientes, mientras que el 37.5% orientan a las pacientes de forma amable y comprensiva. (ver cuadro #22, Gráfica #22)

Referente a la solicitud de apoyo de parte de las pacientes hacia el personal de enfermería, se observó que el 72.5% del personal nunca acuden a estos llamados, mientras que el 27.5 % del resto del personal, siempre se encuentran dispuestas a ayudar a las pacientes que así lo soliciten. (ver cuadro #23, Gráfica #23)

Con respecto a la actitud que adopta el personal de enfermería al atender a las pacientes se observa que el 90% del personal adoptan una actitud déspota, mientras que el 10% restante siempre muestra una actitud de armonía y amabilidad. (ver cuadro #24, Gráfica #24)

4.3.DISCUSION Y ANALISIS

De acuerdo a las encuestas realizadas se encontró que el personal de enfermería ha asistido a cursos, por lo cuál no se puede decir que su carencia en amabilidad y en la utilización de técnicas y principios se deba a la ignorancia, sino al exceso de trabajo con el que cuenta el Hospital de la Mujer, tomando en cuenta también la falta de personal.

Por lo cual desde las escuelas se debe fomentar la paciencia y tolerancia, así como a trabajar de forma adecuada sin maltratar a las pacientes, ya que ellas están en un desequilibrio biopsicosocial, y el personal de enfermería contribuye a que este empeore con las actitudes presentadas durante la atención a las pacientes.

Es importante concienciar al personal de enfermería sobre la importancia de vigilar la inducto – conducción del trabajo de parto, ya que de no realizarse puede provocarle complicaciones a la madre y al producto, que pueden desencadenar en óbitos y / o muertes maternas.

4.4. PROPUESTAS

- Capacitar al personal Docente para que el mismo brinde los conocimientos a los alumnos.
- Fomentar en el personal de enfermería el interés sobre la importancia de vigilar la inducto – conducción del trabajo de parto
- Implementar cursos sobre superación personal y de relaciones interpersonales, para incrementar la atención individualizada y de calidad hacia las pacientes

4.5. CONCLUSIONES.

De acuerdo a los datos obtenidos se pudo observar que el exceso de trabajo es un factor predisponente para que exista una mala atención por parte del personal de enfermería hacia las pacientes obstétricas, ya que el estrés ejerce gran presión sobre el estado anímico y al parecer actúa como factor condicionante, para que el personal de enfermería deje a un lado sus técnicas y principios, sin importar las consecuencias que esto le pueda traer al binomio madre – hijo.

Es importante hacer hincapié que la mayoría de las enfermeras no esta dispuesta a cambiar su forma de trabajar, a menos que exista mas personal que apoye en todas las actividades realizadas dentro del Hospital de la Mujer.

ANEXOS

ANEXOS

ESCUELA DE ENFERMERIA DE GUADALUPE A.C.
INCORPORADA A LA UNAM.
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Encuesta de los factores que influyen en la atención de Enfermería en la Inducción del trabajo de parto en el Hospital de la Mujer.

Objetivo General:

Identificar los factores que influyen en la atención del personal de Enfermería en la Inducción del trabajo de parto en el Hospital de la Mujer.

Instrucción:

Llenar con letra de molde y de manera clara lo que se pide.

I. DATOS GENERALES

1. Edad _____ 2. Sexo M () F ()
3. Categoría: Auxiliar () General () Licenciatura ()
Especialista ()
4. Estado Civil: Soltera () Casada () Unión Libre () Viudo ()
Divorciado ()

II. DATOS ESPECIFICOS

5. ¿A que edad comenzó a trabajar?

15 a 18 años () 19 a 22 años () más de 23 años ()

6. ¿ Cuántas horas al día trabaja?

6 a 8 horas () 8 a 10 horas () más de 10 horas ()

7. ¿ Cuenta con un solo empleo? Si () No ()

8. ¿ Cuántos días a la semana descansa usted?

1 día () 2 días () Ninguno () más de 2 días ()

9. ¿ Cuántos años lleva trabajando en el Hospital de la Mujer?

1 a 3 años () 4 a 6 años () más de 6 años ()

10. ¿ Durante el tiempo que ha trabajado en este lugar, a asistido a cursos?

Si () No ()

11. ¿ Se siente satisfecha con su profesión?

Si () No ()

OBSERVACIONES:

INSTRUCTIVO

DESCRIPCIÓN GENERAL.

La presente encuesta está integrada por un total de 11 preguntas de las cuáles, las 4 primeras se refieren a datos generales y el resto a preguntas específicas relacionadas con las actividades del enfermería en la inducción del trabajo de parto en el Hospital de la Mujer.

DESCRIPCIÓN ESPECIFICA.

En la pregunta #1 relacionada con la edad se registrará con número arábigo el total de años cumplidos.

En la pregunta #2 relacionada con el sexo se registrará marcando con una cruz F si es mujer y M si es hombre.

En la pregunta #3 relacionada con su categoría marque con una cruz el nivel de estudios o categoría que ocupe dentro del Hospital, es decir, si es usted auxiliar, general, Licenciado o Especialista.

En la pregunta #4 relacionada con su estado civil, marcar con una cruz si es usted casado, soltero, viudo, divorciado o si vive en unión libre.

En la pregunta #5 relacionada con la edad a la que comenzó a laborar, marque con una cruz dependiendo de la edad uno de los rangos marcados: de 15 a 18 años; de 19 a 22 años; más de 23 años de edad.

En la pregunta #6 relacionada con las horas que labora usted marque con una cruz el rango que corresponda a su jornada de trabajo: de 6 a 8 horas; de 8 a 10 horas; más de 10 horas.

En la pregunta #7 relacionada con los empleos que usted cuenta, marque con una cruz si usted trabaja en otro lugar: Si o No

En la pregunta #8 relacionada con la cantidad de días descanso, marque con una cruz cuantos días a la semana descansa usted, dependiendo de los rangos puestos: 1 día; 2 días; Ninguno; más de 2 días.

En la pregunta #9 relacionada con los años que lleva laborando marque con una cruz el rango que más se aproxime a su antigüedad laboral: 1 a 3 años; 4 a 6 años; más de 6 años.

En la pregunta #10 relacionada con la actualización que debe tener, marque con una cruz, si ha recibido cursos por parte del lugar donde trabaja: Si o No

En la pregunta #11 relacionada con el agrado por su profesión, marque con una cruz, si se siente usted satisfecho (a) con ser Enfermera (o): Si o No

Por último se deja un espacio para las observaciones que tenga el personal entrevistado, en cuanto al trabajo de investigación y/o para el encuestador.

Para la aplicación de la encuesta el investigador acudirá de manera puntual, bien uniformado, se identificará y procederá a la encuesta la cuál se desarrollará en un mínimo de 15 minutos y un máximo de 20 minutos.

ESCUELA DE ENFERMERIA DE GUADALUPE A.C.

INCORPORADA A LA UNAM.

LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Guía de observación del estudio de los factores que influyen en la atención de Enfermería en la Inducción del trabajo de parto en el Hospital de la Mujer.

Objetivo General:

Identificar los factores que influyen en la atención del personal de Enfermería en la Inducción del trabajo de parto en el Hospital de la Mujer.

Instrucción:

Observar las actitudes y actividades del personal de Enfermería y llenar de manera discreta al finalizar el turno:

I. DATOS GENERALES

1. Servicio: _____ 2. Turno: _____

1. Día: _____

2. Categoría observada: _____

II. DATOS ESPECIFICOS

3. Las enfermeras al realizar la recepción de la paciente, le explican detalladamente las actividades que se le realizarán:

Si () No ()

4. Se cuenta con la disposición del personal de Enfermería para valorar la dilatación y borramiento, durante el trabajo de parto:

Si () No ()

5. Las enfermeras una vez que administran la oxitocina, mantienen bajo vigilancia a las pacientes:

Si () No ()

6. Al realizarse las actividades de enfermería, se individualiza la atención:

Si () No ()

7. Para la preparación de la paciente, se utilizan las técnicas de asepsia y antisepsia:

Si () No ()

8. Cuando el servicio de Labor se encuentra con gran demanda, las enfermeras realizan las actividades de enfermería, sin tomar en cuenta las técnicas:

Si () No ()

9. En el servicio de Labor, las enfermeras toman en cuenta la preocupación y miedo de las pacientes:

Si () No ()

10. Cuando hay pacientes primigestas, las enfermeras, les explican como deben de ayudar para el descenso y expulsión del producto:

Si () No ()

11. Las enfermeras se quejan del exceso de trabajo:

Si () No ()

12. Durante el turno, se observa maltrato (físico o verbal) por parte del personal de enfermería a las pacientes:

Si () No ()

13. Si las pacientes solicitan apoyo o ayuda, las enfermeras acuden al llamado:

Si () No ()

14. Las enfermeras al atender a las pacientes, su actitud es déspota:

Si () No ()

OBSERVACIONES:

INSTRUCTIVO

DESCRIPCIÓN GENERAL.

La presente guía de observación está integrada por un total de 16 preguntas, de las cuáles las 4 primeras se refieren a datos generales y el resto a observación específica, referente a la actitud y comportamiento de las enfermeras en el Hospital de la Mujer.

DESCRIPCIÓN ESPECIFICA.

En la pregunta #1 relacionada con el servicio, se anotará, de que servicios se esta estudiando a la enfermera observada.

En la pregunta #2 relacionada con el turno, se colocará el turno, en el cuál se realizó la guía de observación.

En la pregunta #3 relacionada con el día, se pone el día en que se llevó a cabo la guía de observación.

En la pregunta #4 relacionada con su categoría, se pone que grado de estudios tiene la enfermera a la cuál se le está realizando su guía de observación.

En la pregunta #5 relacionada con la recepción de la paciente, se marca con una cruz, la respuesta correcta, dependiendo de que la enfermera explique a la paciente sobre lo que se le realizará en el servicio: Si o No.

En la pregunta #6 relacionada con la disposición que tenga el personal de enfermería para valorar la dilatación y borramiento durante el trabajo de parto, se marca con una cruz SI en caso de ser afirmativo o NO en caso de ser negativo.

En la pregunta #7 relacionada con la vigilancia que se tiene durante la aplicación de oxitocina, marcar con una cruz, dependiendo de la actitud que represente la enfermera observada: Si o No.

En la pregunta #8 relacionada con la individualización de la atención, marcar con una cruz Si, si es afirmativo y No si la actitud de la enfermera nos demuestra otra cosa.

En la pregunta #9 relacionada con las técnicas de asepsia y antisepsia, marque con una cruz: SI, si es observado que la enfermera lleva a cabo sus principios, No en caso contrario.

En la pregunta #10 relacionada con la demanda excesiva de trabajo y las técnicas, marque con una cruz Si o No, dependiendo de las actitudes y prácticas llevadas a cabo por la enfermera durante la realización de la guía de observación.

En la pregunta #11 relacionada con la preocupación y miedo de la paciente, marque con una cruz Si, en caso de que las enfermeras se preocupan por el bienestar de la paciente y No en caso contrario.

En la pregunta #12 relacionada con las primigestas marque con una cruz, SI, en caso de que las enfermeras indiquen como deben ayudar las madres al descenso del producto, y NO en caso contrario.

En la pregunta #13 relacionada con el exceso de trabajo, marque con una cruz Si o No en caso de observar que las enfermeras se quejan de este problema.

En la pregunta #14 relacionada con el maltrato por parte del personal de enfermería con las pacientes, marque con una cruz Si o No, dependiendo de la actitud observada en el personal de enfermería.

En la pregunta #15 relacionada con el acudir al llamado de las pacientes por parte de las enfermeras, marque con una cruz Si o No como respuesta a la observación de la actitud de las enfermeras.

En la pregunta #16 relacionada con la actitud de la enfermera marque con una cruz Si o No, tomando en cuenta que la actitud de la enfermera sea déspota.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Por último se deja un espacio para las observaciones que se tengan referente a puntos que no se tomaron en cuenta en la guía de observación y que suponemos son importantes para valorar mejor la actitud del personal de enfermería.

La guía de observación se llenará al final del turno y se realizará de forma discreta, realizando anotaciones correspondientes y poniendo énfasis en puntos que puedan ayudarnos mejor a la realización de la investigación que se está llevando a cabo.

CUADROS Y GRÁFICAS

CUADROS

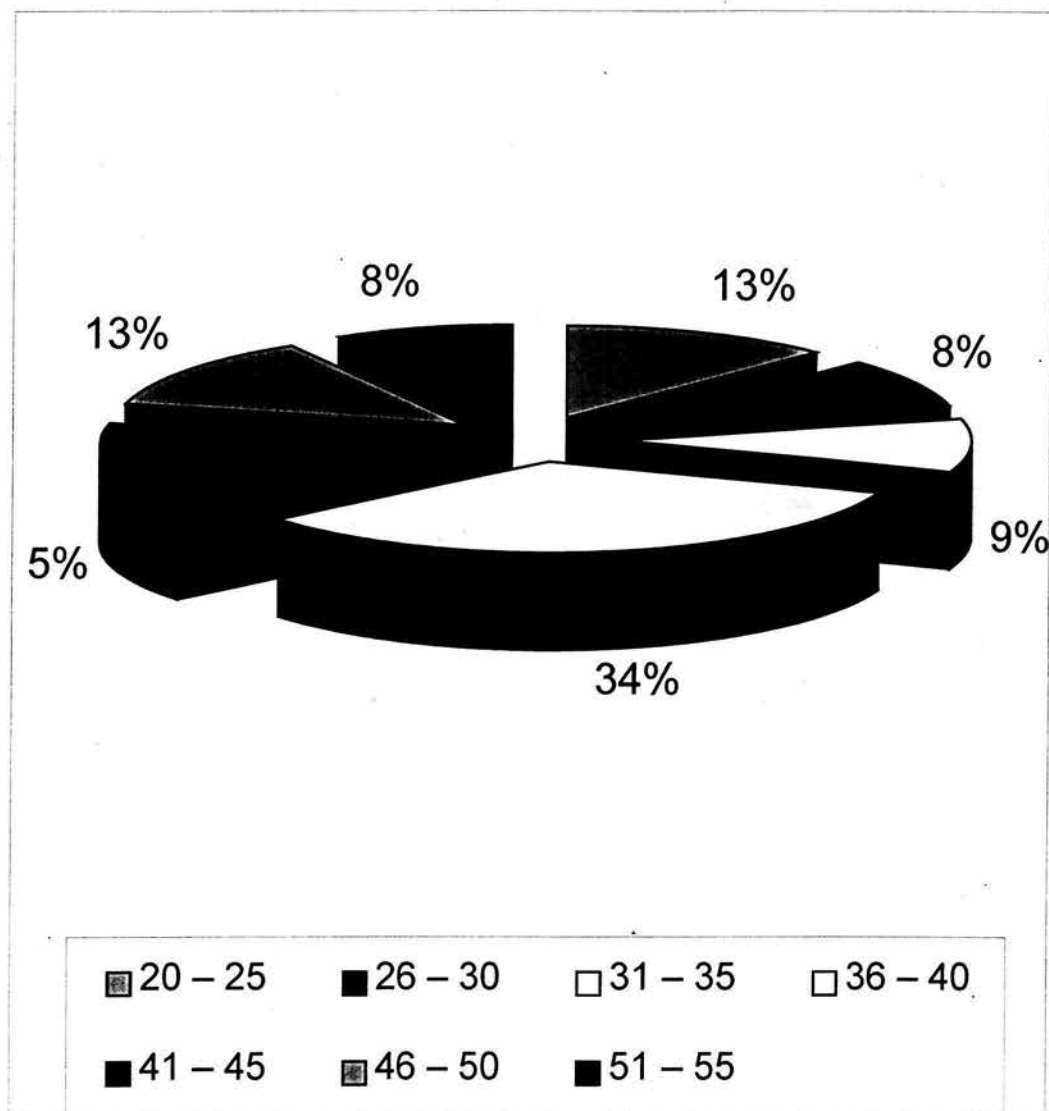
Cuadro # 1. EDAD.

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
Menores de 20	5	5%
20 – 25	12	12%
26 – 30	8	8%
31 – 35	9	9%
36 – 40	32	32%
41 – 45	14	14%
46 – 50	12	12%
51 – 55	8	8%
TOTAL	100	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica #1 EDAD.



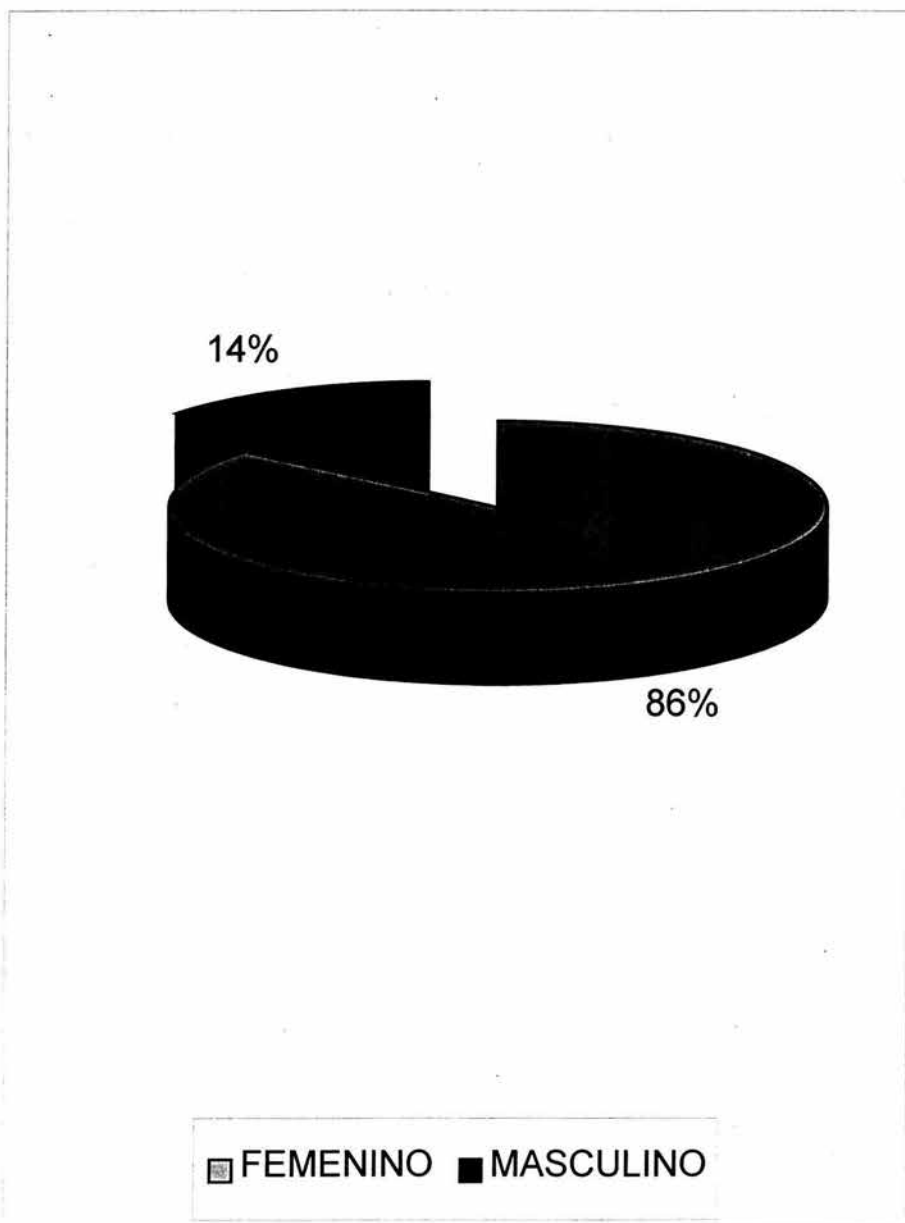
Cuadro # 2. SEXO.

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
FEMENINO	86	86%
MASCULINO	14	14%
TOTAL	100	100%

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica #2 SEXO.



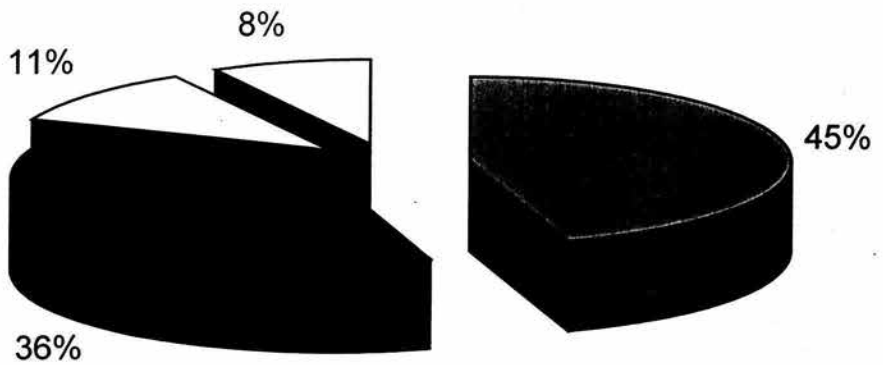
Cuadro # 3. CATEGORÍA.

CATEGORÍA	NUMERO	PORCENTAJE
AUXILIAR	45	45%
GENERAL	36	36%
LICENCIATURA	11	11%
ESPECIALISTA	8	8%
TOTAL	100	100%

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica # 3. CATEGORÍA



■ AUXILIAR

■ GENERAL

□ LICENCIATURA

□ ESPECIALISTA

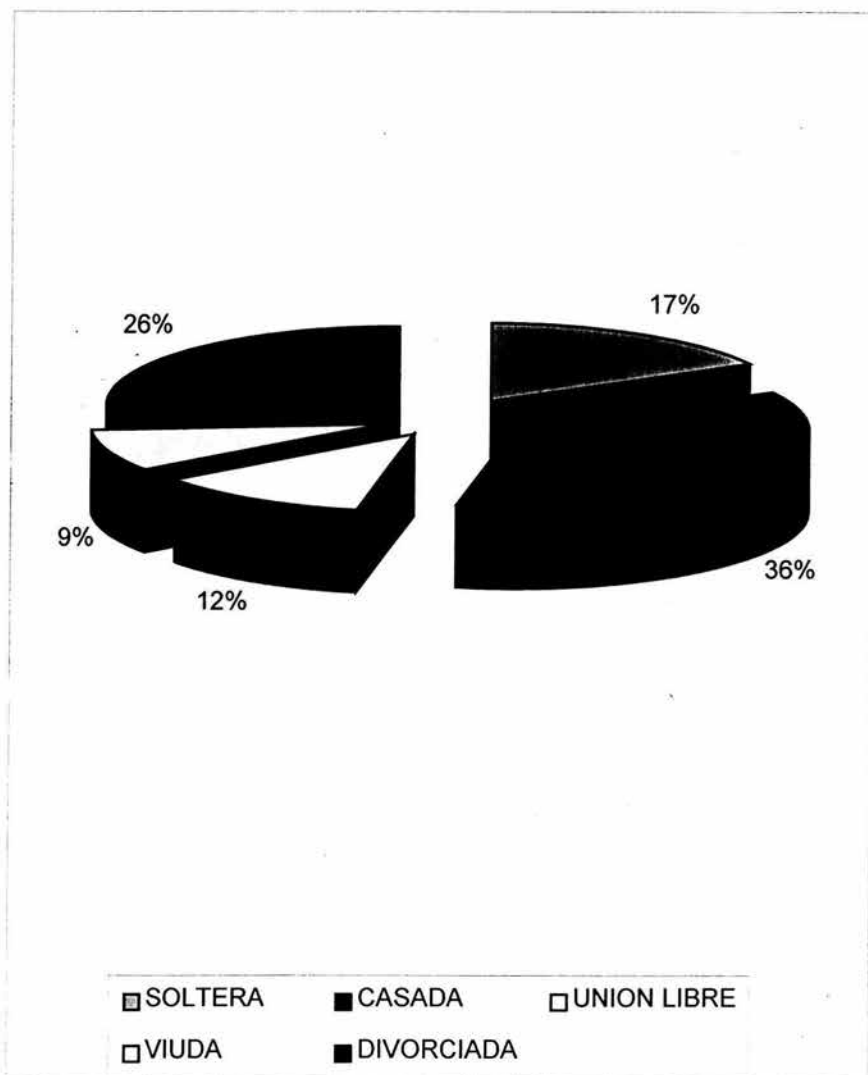
Cuadro # 4. ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
SOLTERA	17	17%
CASADA	36	36%
UNION LIBRE	12	12%
VIUDA	9	9%
DIVORCIADA	26	26%
TOTAL	100	100%

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica # 4 ESTADO CIVIL.



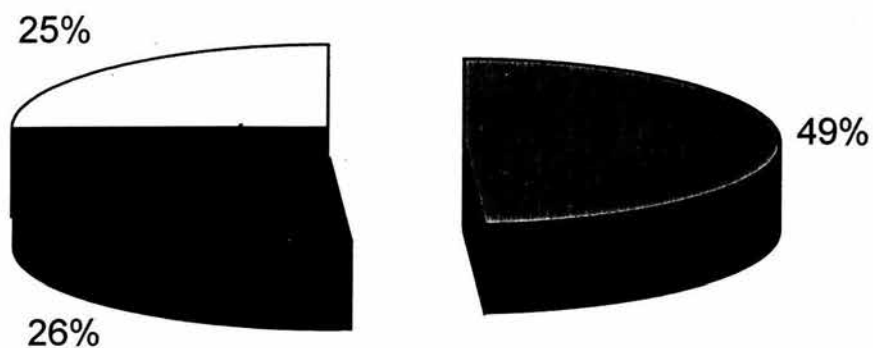
Cuadro # 5. EDAD LABORAL.

EDAD LABORAL	NUMERO	PORCENTAJE
15 A 18 AÑOS	49	49%
19 A 22 AÑOS	26	26%
MAS DE 23 AÑOS	25	25%
TOTAL	100	100%

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica # 5. EDAD LABORAL.



□ 15 A 18 AÑOS ■ 19 A 22 AÑOS □ MAS DE 23 AÑOS

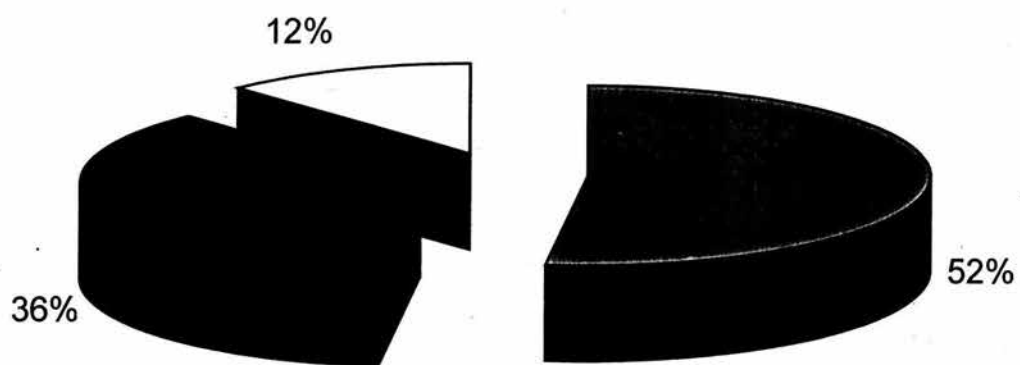
Cuadro # 6. HORAS TRABAJO

HORAS TRABAJO	NUMERO	PORCENTAJE
6 A 8 HORAS	52	52%
8 A 10 HORAS	36	36%
MAS DE 10 Hrs.	12	12%
TOTAL	100	100%

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica # 6. HORAS TRABAJO



■ 6 A 8 HORAS

■ 8 A 10 HORAS

□ MAS DE 10 Hrs.

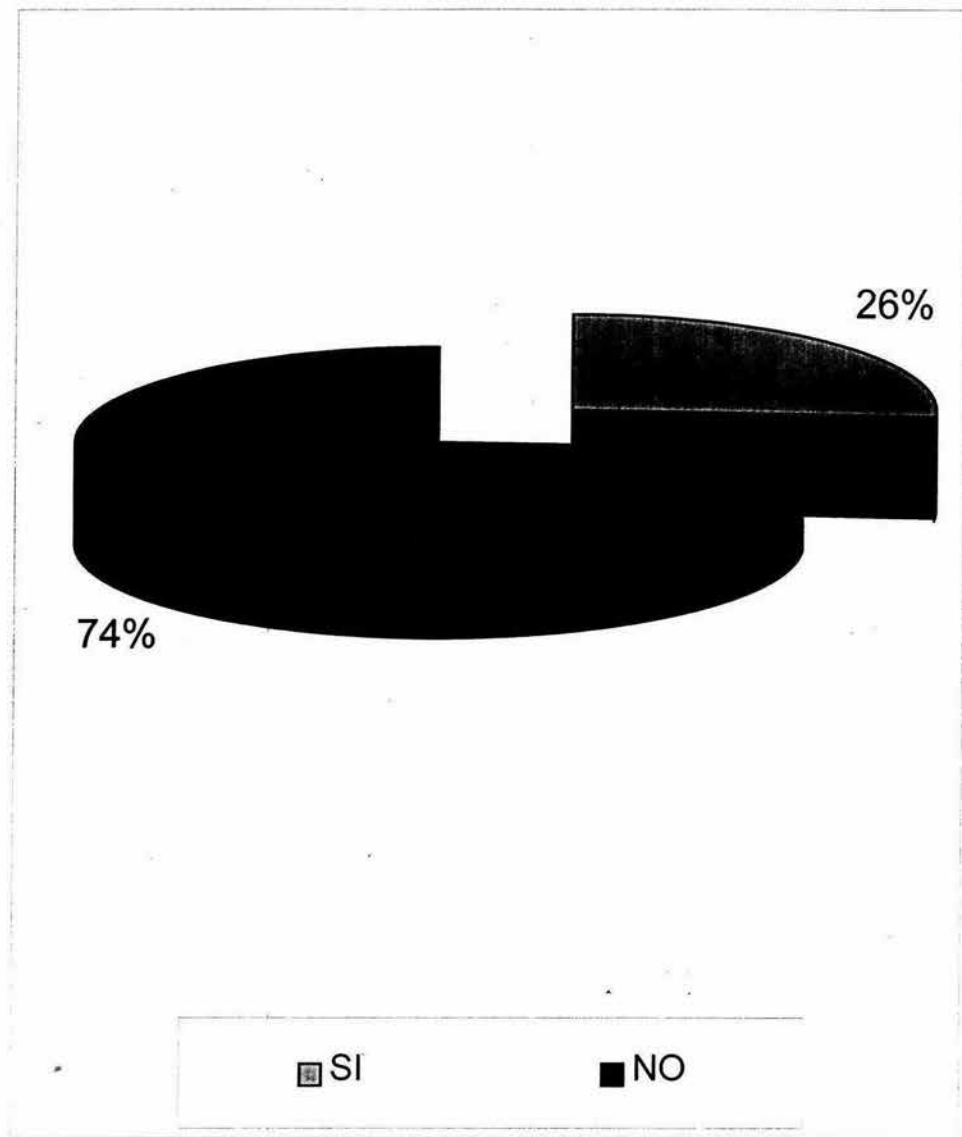
Cuadro # 7. UN SOLO EMPLEO.

UN SOLO EMPLEO	NUMERO	PORCENTAJE
SI	26	26%
NO	74	74%
TOTAL	100	100%

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica # 7 UN SOLO EMPLEO.



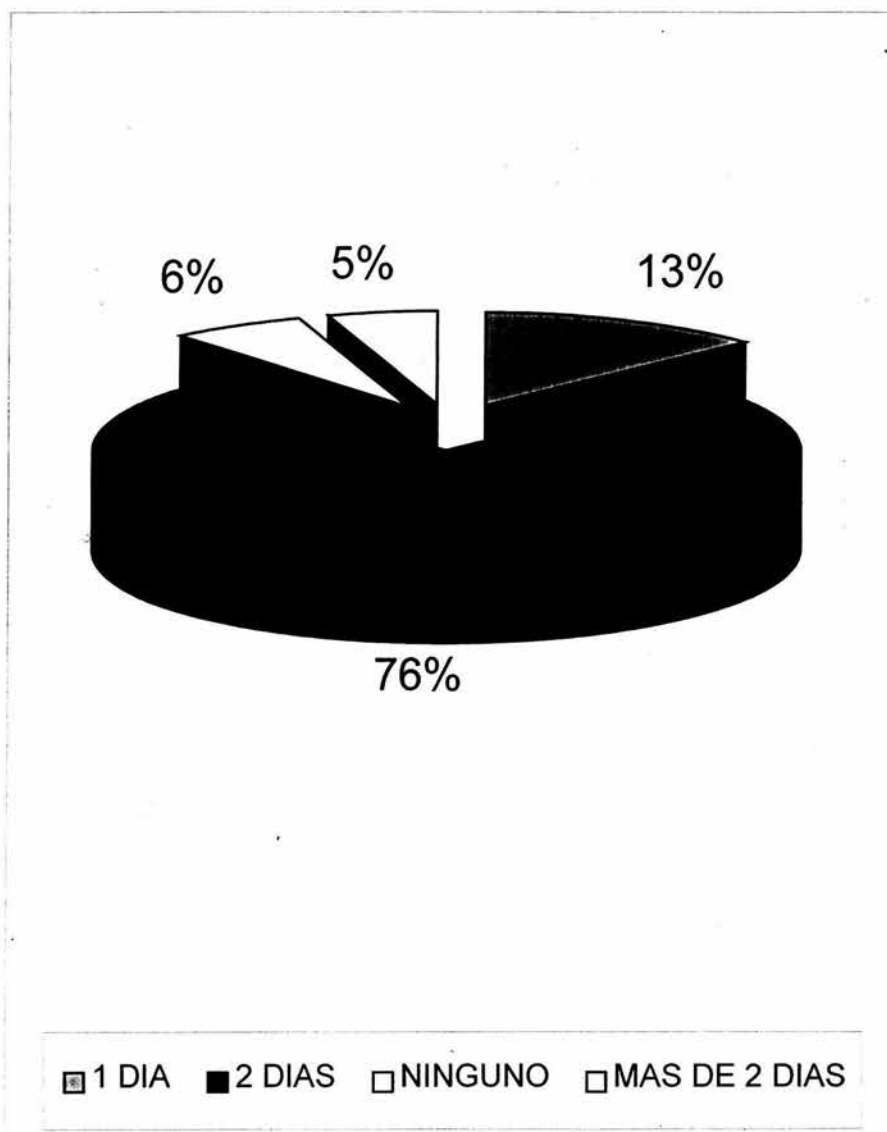
Cuadro # 8. DIAS DESCANSO.

DIAS DESCANSO	NUMERO	PORCENTAJE
1 DIA	13	13%
2 DIAS	76	76%
NINGUNO	6	6%
MAS DE 2 DIAS	5	5%
TOTAL	100	100%

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica # 8 . DIAS DESCANSO.



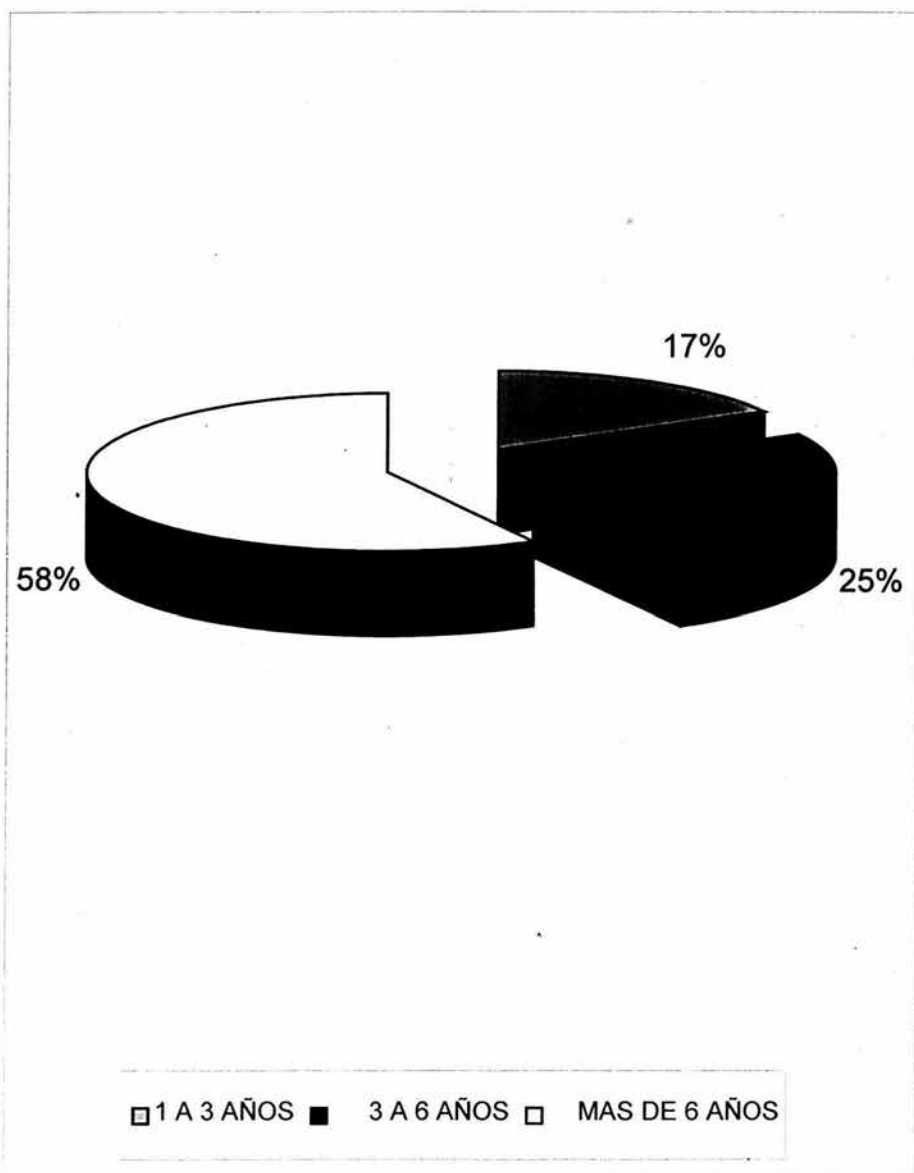
Cuadro # 9. AÑOS LABORANDO

AÑOS LABORANDO	NUMERO	PORCENTAJE
1 A 3 AÑOS	17	17%
3 A 6 AÑOS	25	25%
MAS DE 6 AÑOS	58	58%
TOTAL	100	100%

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica # 9. AÑOS LABORANDO.



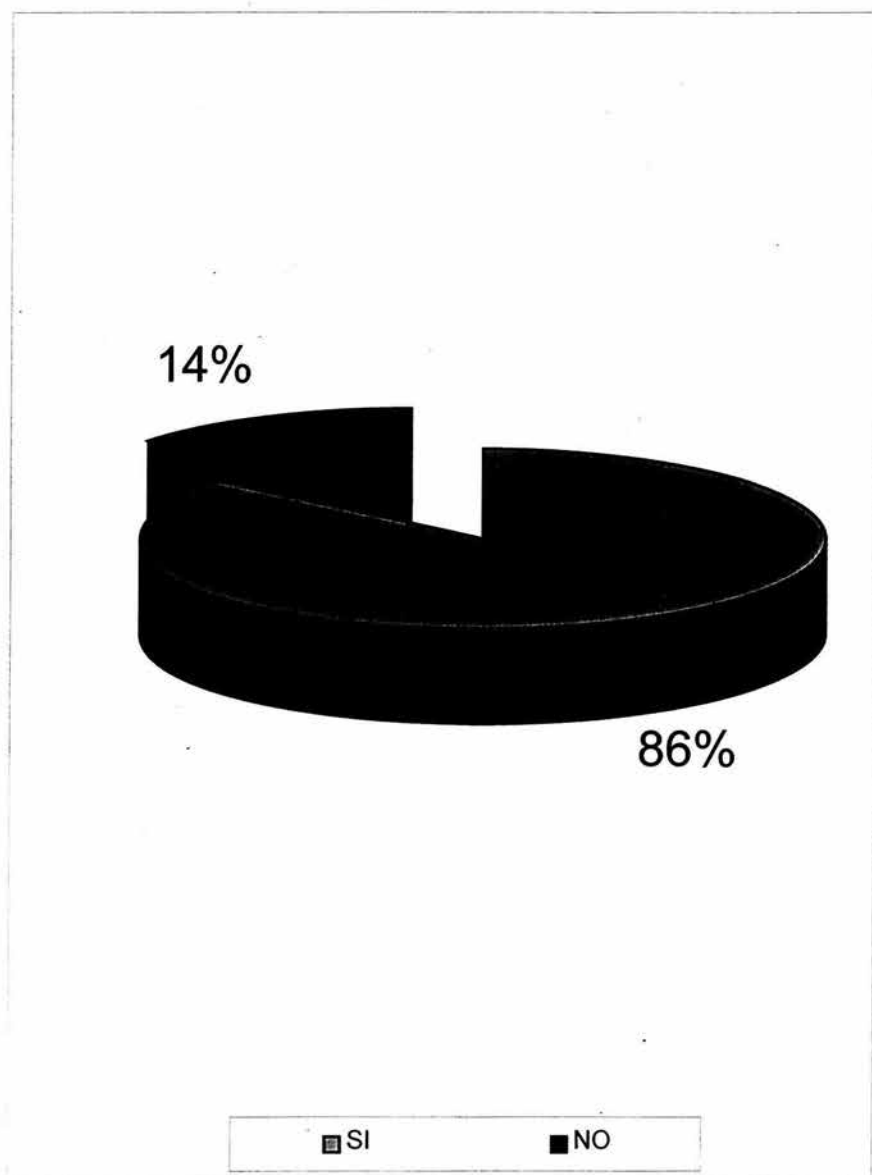
Cuadro # 10. ASISTENCIA A CURSOS.

ASISTENCIA A CURSO	NUMERO	PORCENTAJE
SI	86	86%
NO	14	14%
TOTAL	100	100%

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica # 10. ASISTENCIA A CURSOS.



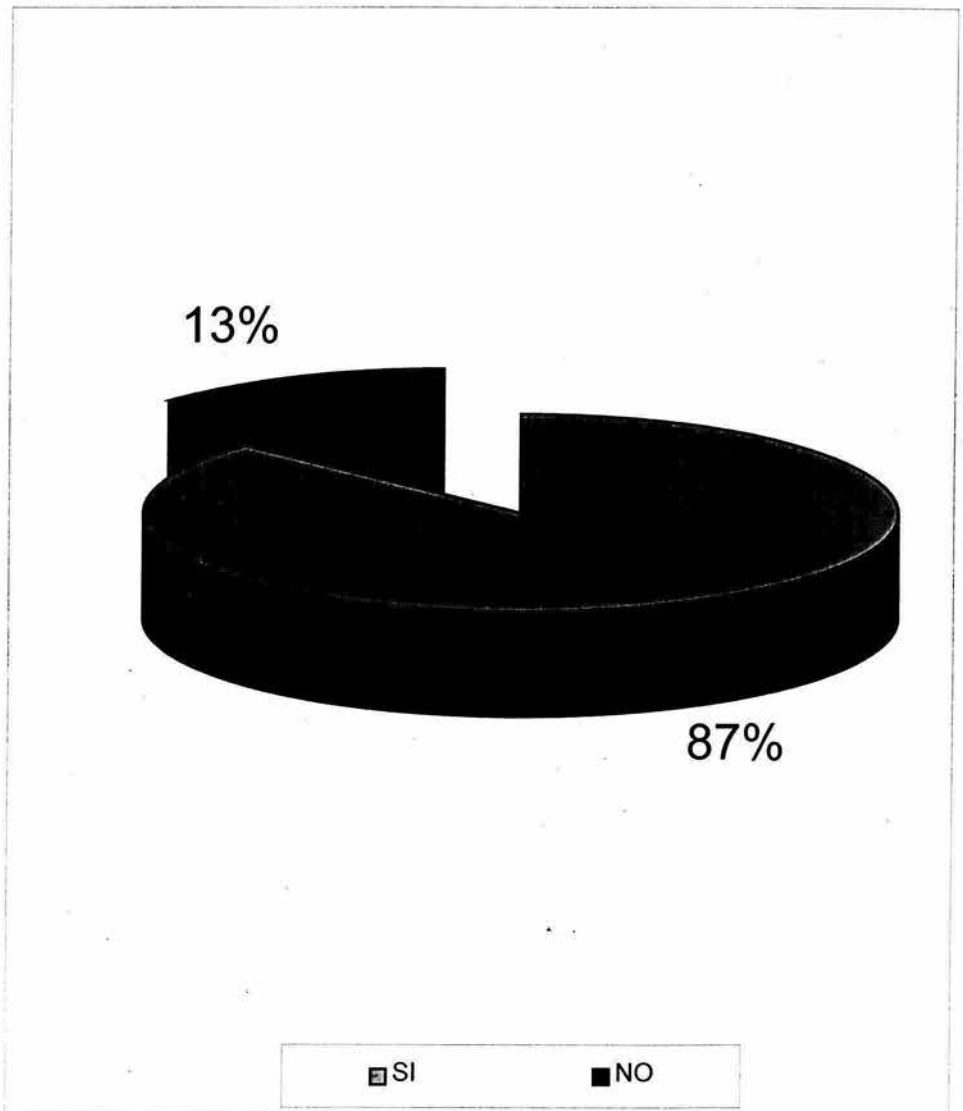
Cuadro # 11. SATISFECHA PROFESIÓN

SATISFECHA PROFESIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
SI	87	87%
NO	13	13%
TOTAL	100	100%

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica # 11. SATISFECHA PROFESIÓN.



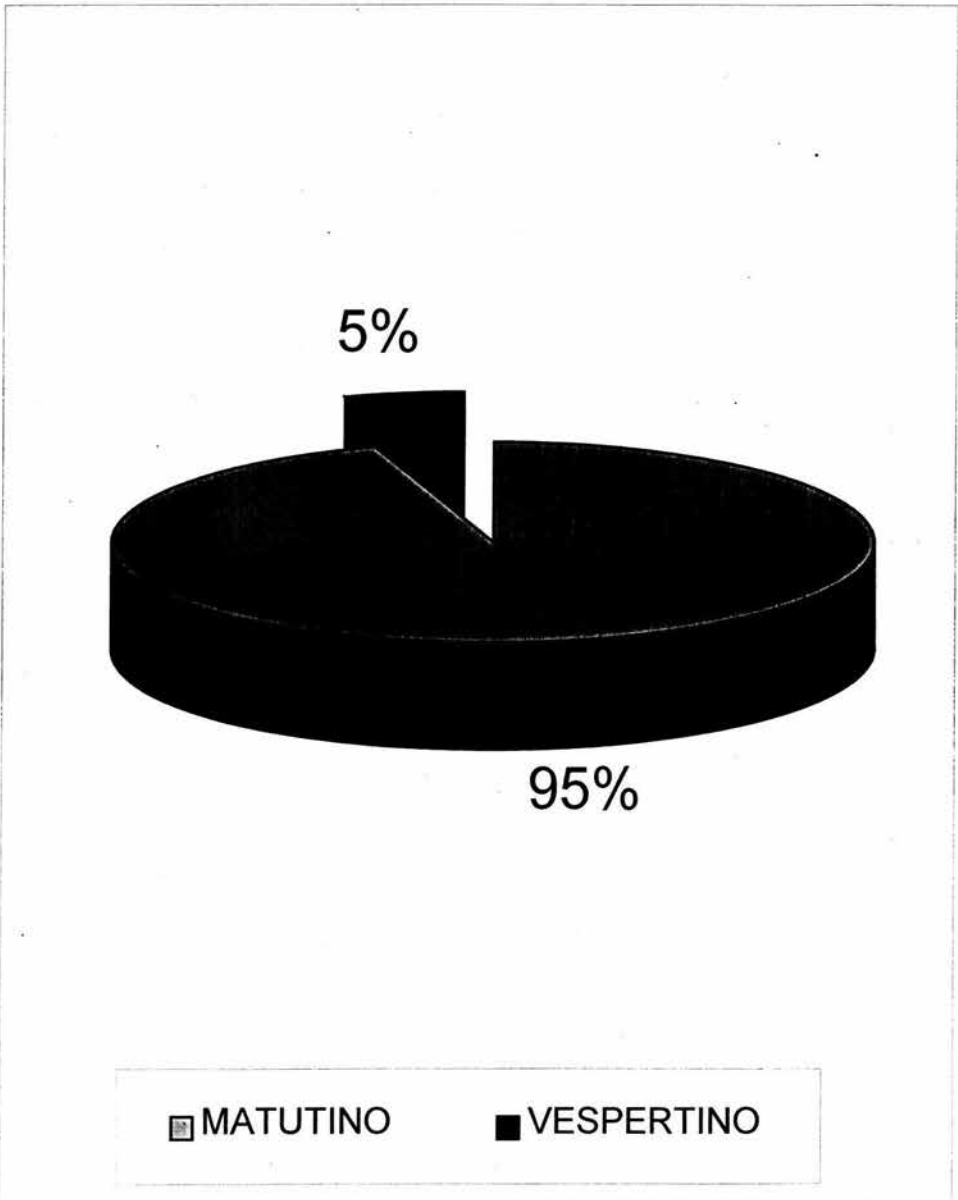
Cuadro # 12. TURNO.

TURNO	NUMERO	PORCENTAJE
MATUTINO	38	54.28
VESPERTINO	2	2.85
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica # 12. TURNO.



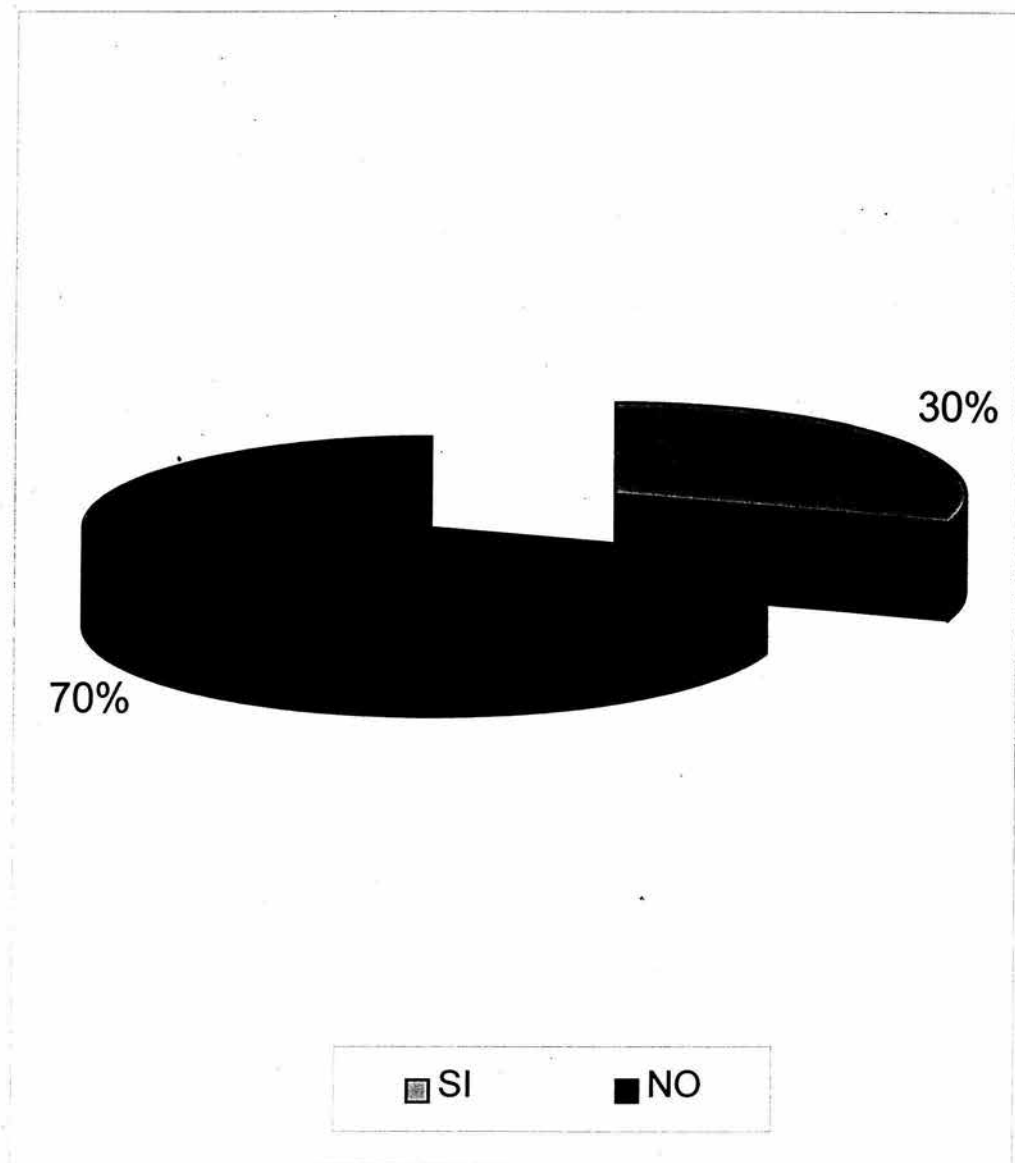
Cuadro # 13. EXPLICAN A PACIENTE

EXPLICAN A PACIENTE	NUMERO	PORCENTAJE
SI	12	30
NO	28	70
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica # 13. EXPLICAN A PACIENTE.



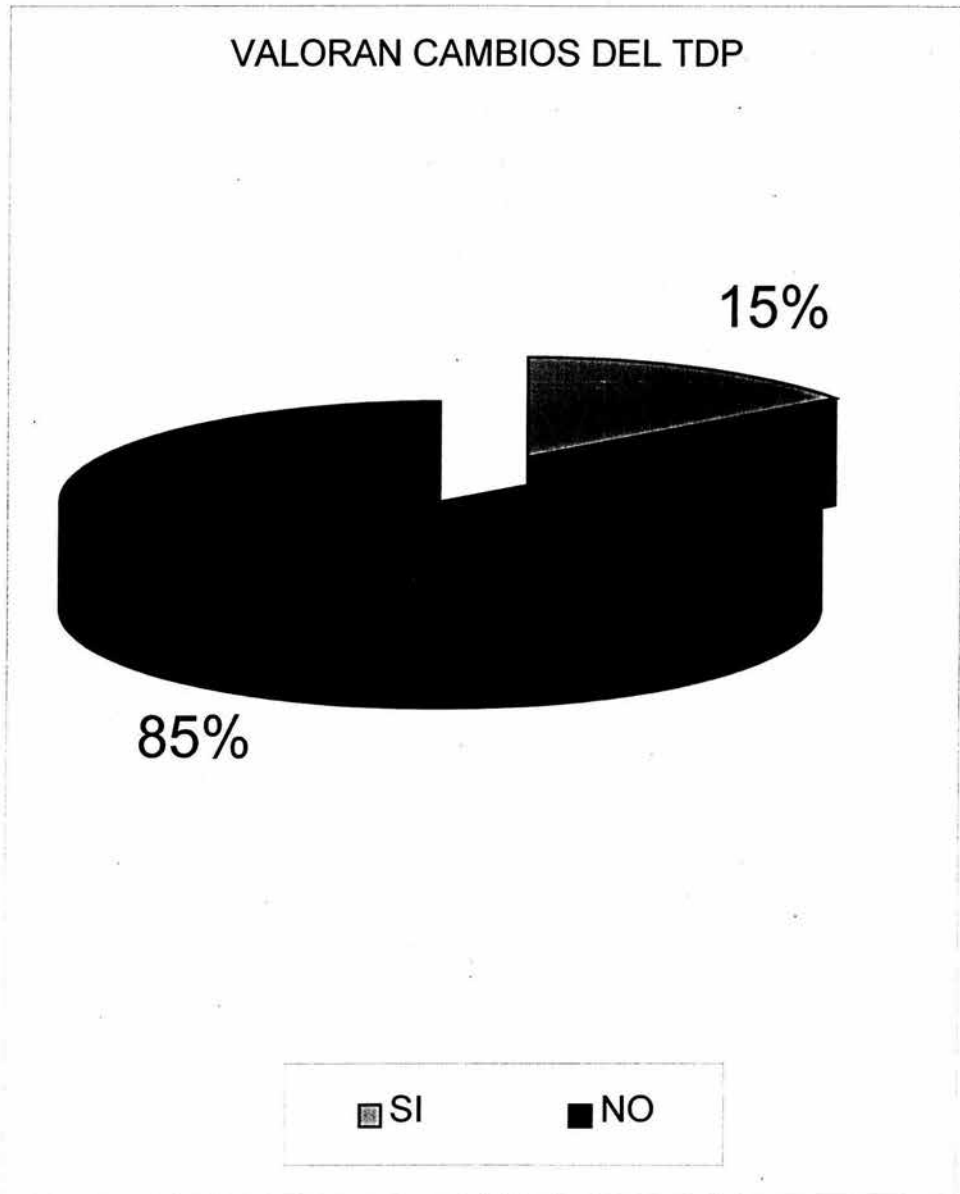
Cuadro # 14. VALORAN CAMBIOS DEL TRABAJO DE PARTO

VALORAN CAMBIOS DEL TDP	NUMERO	PORCENTAJE
SI	6	85
NO	34	15
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica # 14. VALORAN CAMBIOS DEL TRABAJO DE PARTO.



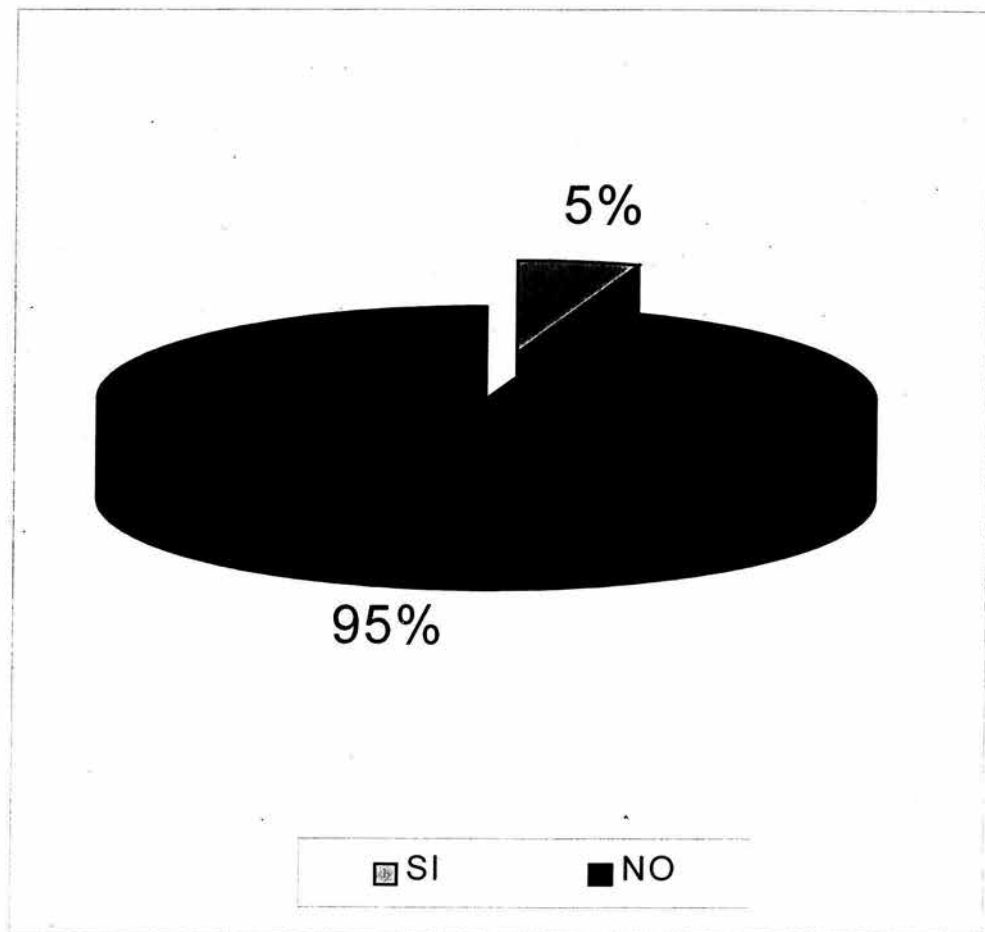
Cuadro # 15. VIGILANCIA / OXITOCINA

VIGILANCIA / OXITOCINA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	2	5
NO	38	95
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica # 15. VIGILANCIA / OXITOCINA



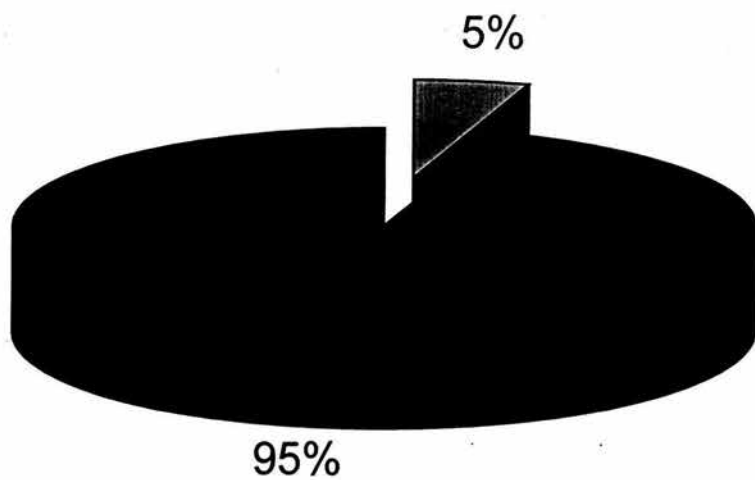
Cuadro # 16. ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA.

ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	2	5
NO	38	95
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica # 16. ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA.



■ SI

■ NO

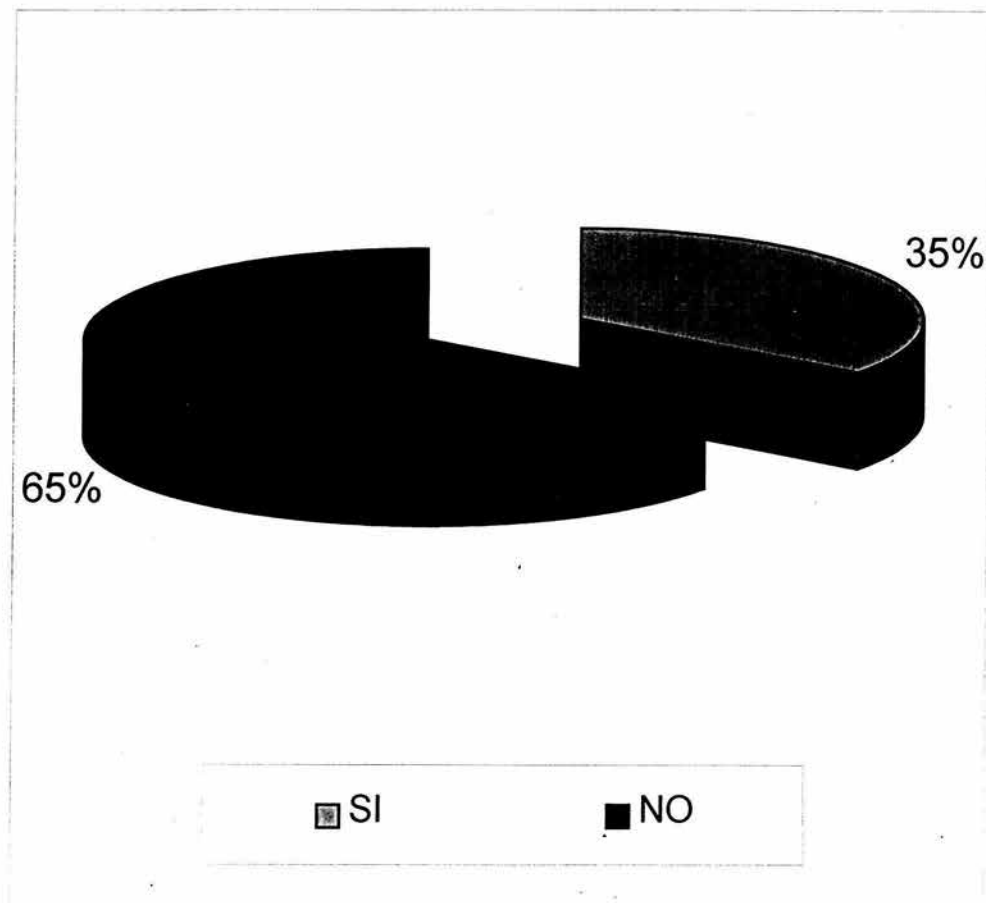
Cuadro # 17. ASEPSIA Y ANTISEPSIA.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	14	35
NO	26	65
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica # 17. ASEPSIA Y ANTISEPSIA



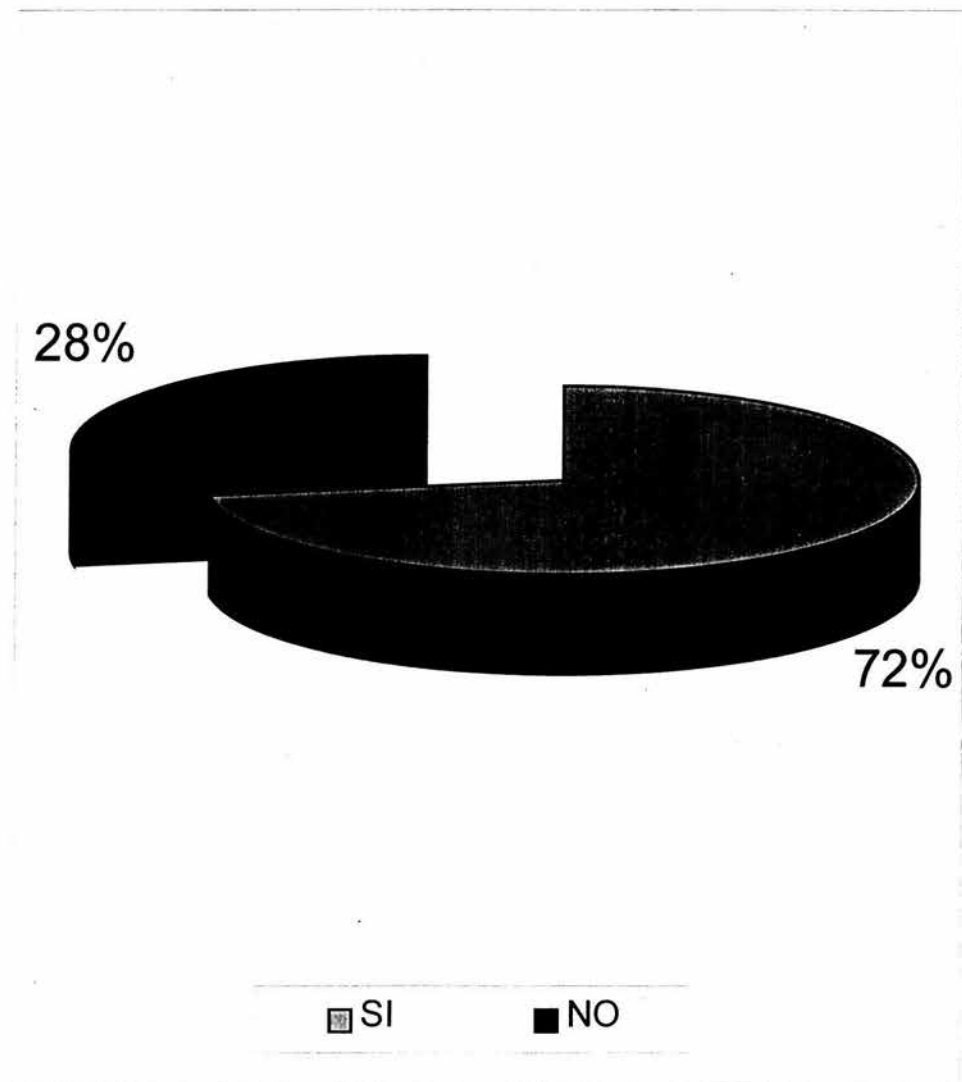
Cuadro # 18. TÉCNICAS

TÉCNICAS	NUMERO	PORCENTAJE
SI	29	72.5
NO	11	27.5
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica # 18. TÉCNICAS.



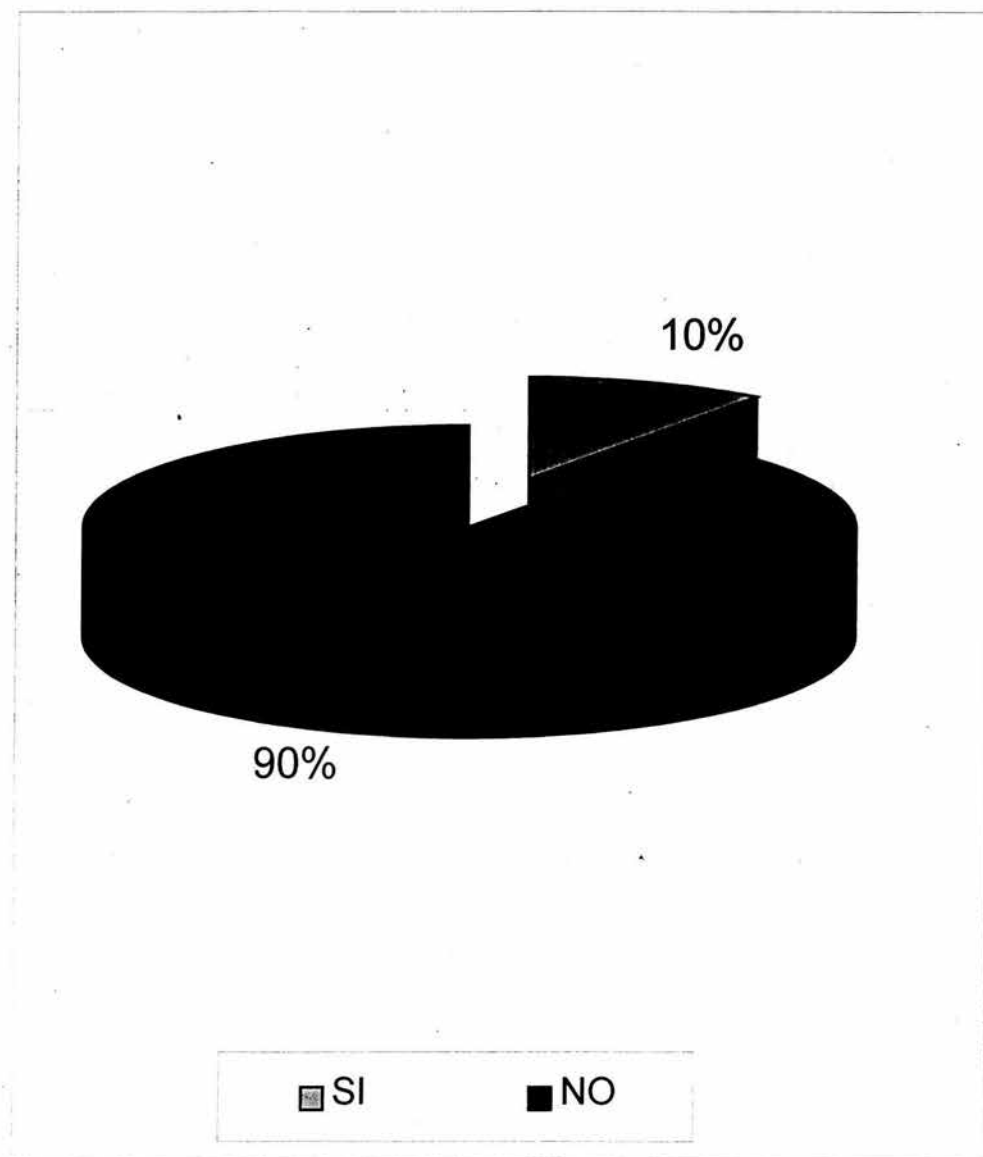
Cuadro # 19. MIEDO EN PACIENTES.

MIEDO EN PACIENTES	NUMERO	PORCENTAJE
SI	4	10
NO	36	90
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras dei Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica # 19. MIEDO EN PACIENTES



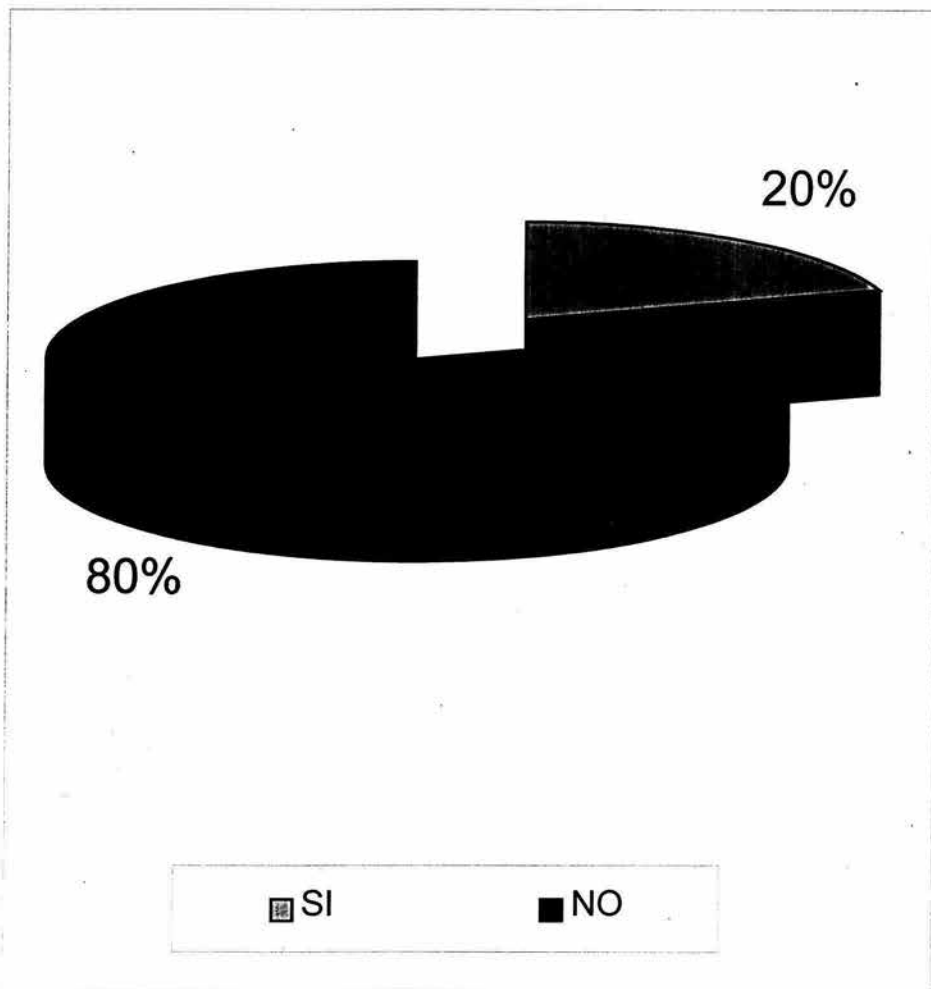
Cuadro # 20. AYUDA A PRIMIGESTAS.

AYUDA A PRIMIGESTAS	NUMERO	PORCENTAJE
SI	8	20
NO	32	45.71
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica # 20. AYUDA A PRIMIGESTAS



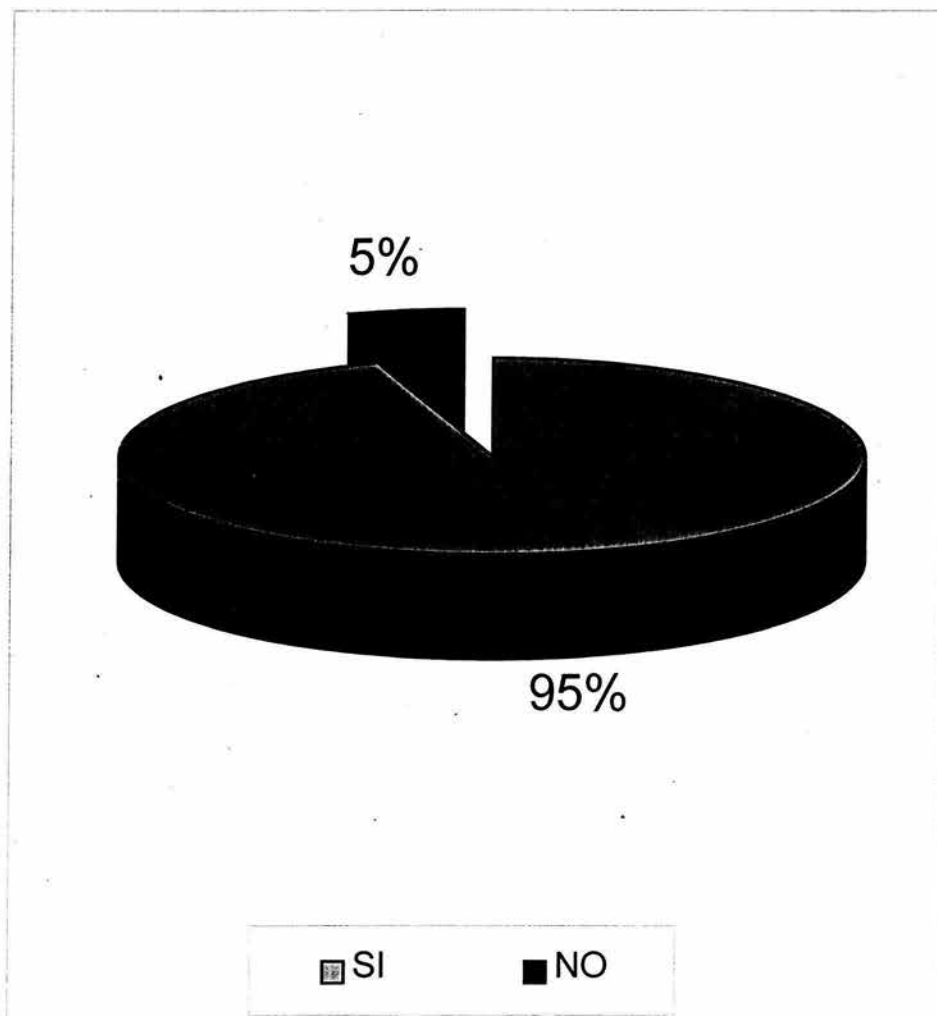
Cuadro # 21. EXCESO DE TRABAJO

EXCESO DE TRABAJO	NUMERO	PORCENTAJE
SI	38	95
NO	2	5
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica # 21. EXCESO DE TRABAJO



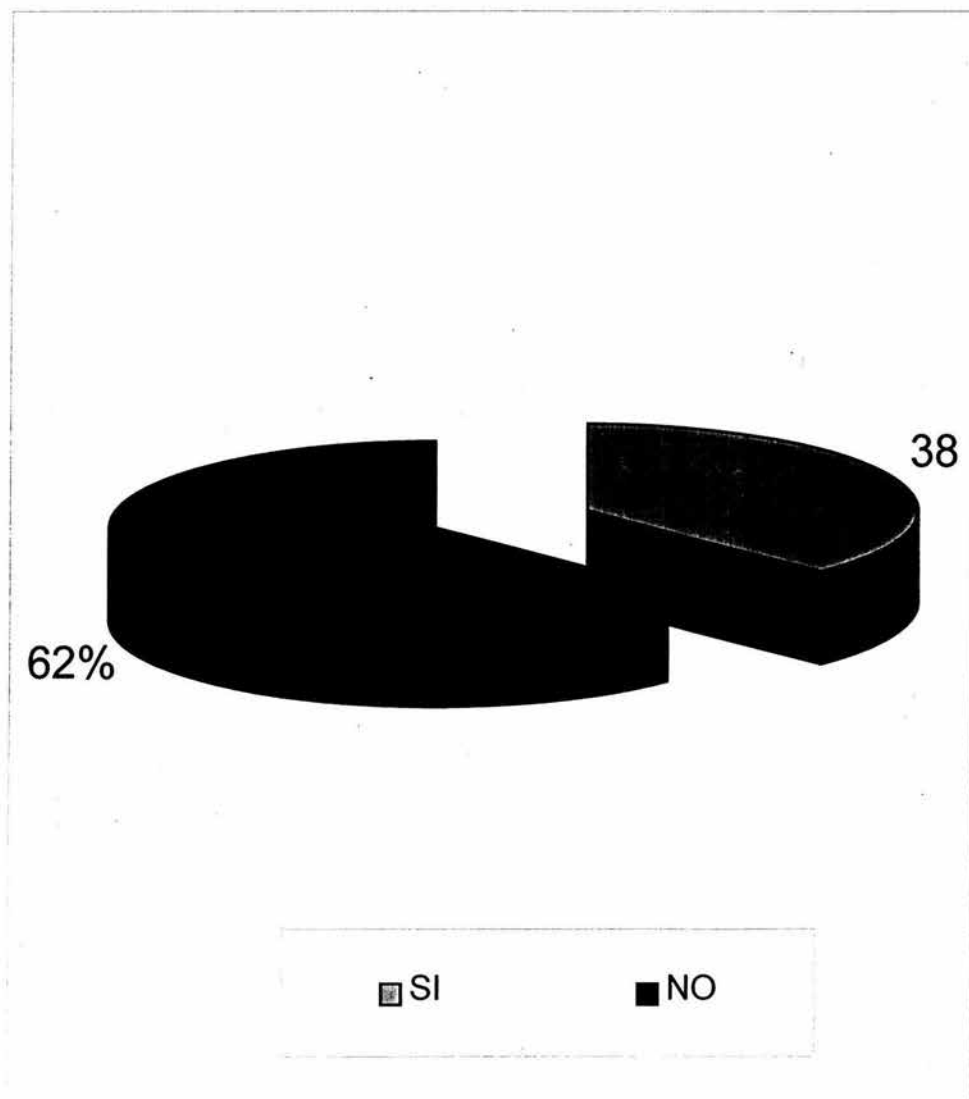
Cuadro # 22. MALTRATO A PACIENTES

MALTRATO A PACIENTES	NUMERO	PORCENTAJE
SI	15	37.5
NO	25	62.5
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica # 22. MALTRATO A PACIENTES



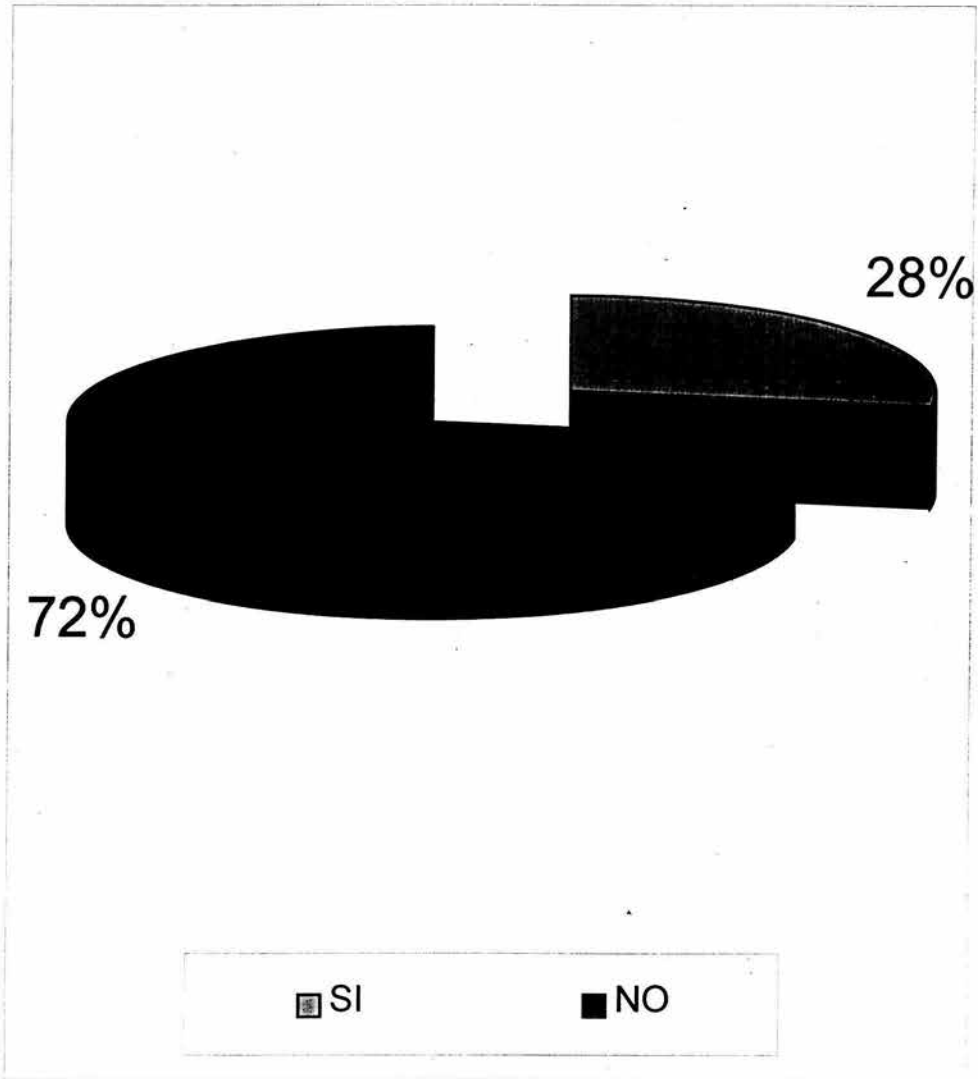
Cuadro # 23. ACUDEN AL LLAMADO

ACUDEN AL LLAMADO	NUMERO	PORCENTAJE
SI	11	27.5
NO	29	72.5
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica # 23. ACUDEN AL LLAMADO



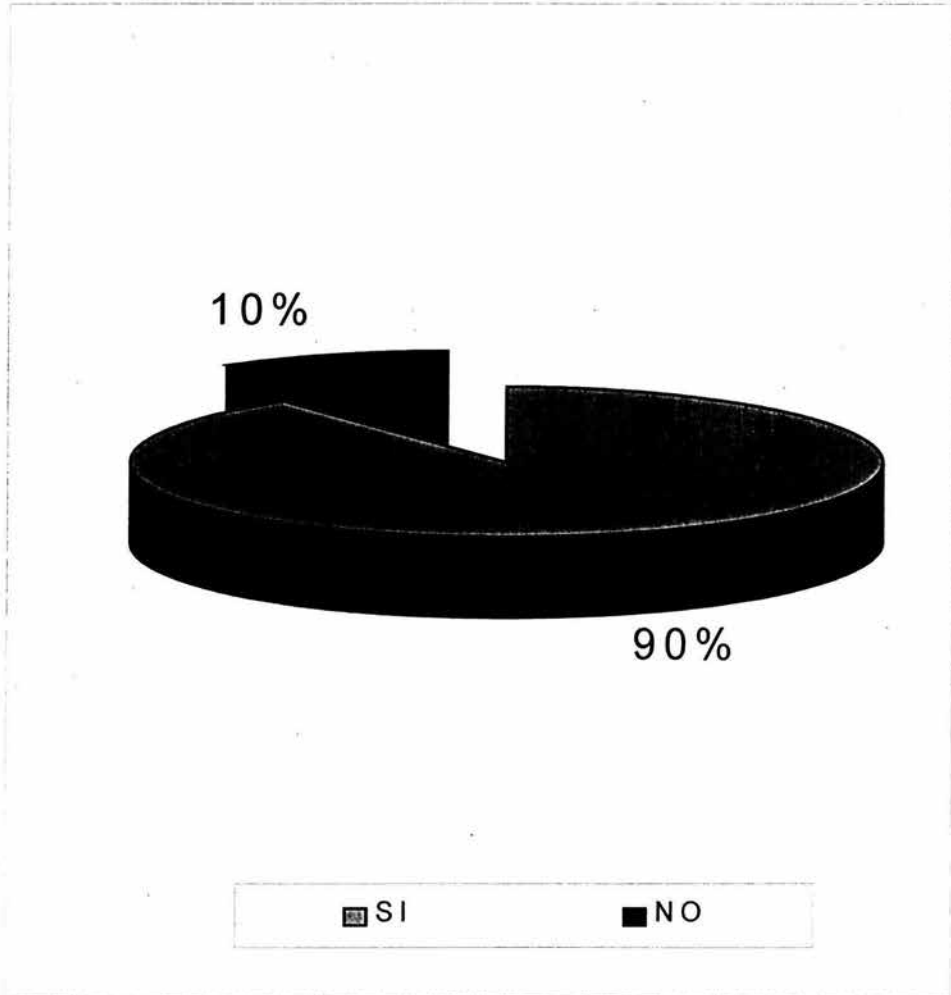
Cuadro # 24. ACTITUD DESPOTA

ACTITUD DESPOTA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	36	90
NO	4	10
TOTAL	40	100%

Fuente: Encuesta aplicada a enfermeras del Hospital de la Mujer / 2002

Gráfica sugerida.

Gráfica # 24. ACTITUD DESPOTA



BIBLIOGRAFIAS

BATNARESCU GLENDA FREGIA. ENFERMERIA PERINATAL. RIESGOS EN LA REPRODUCCIÓN. VOL. II. ED. LIMUSA. MEXICO. 1983. 592 pp.

BENSON, RC. MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. ED. MANUAL MODERNO. 7° EDICION. MEXICO. 1985

BOOKMILLER, Mac.M. ENFERMERIA OBSTETRICA. ED. EL MANUAL MODERNO. 1968. 634 pp.

BOWEN – BOOKMILLER. ENFERMERIA OBSTETRICA. ED. INTERAMERICANA. 10 ° ED. 1998. 754 pp.

CUNNINGHAM. Mc DONALD. WILLIAMS OBSTETRICA. ED. MEDICA PANAMERICANA. 1998.1352 pp.

DANFORD – SCOOT. TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. ED. INTERAMERICANA. 8° ed. 2001. MÉXICO.

DE CHERNEY, ALAN H. Ed. DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTOS GINECOOBSTETRICOS. ED. EL MANUAL MODERNO.1535 pp.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN. HOSPITAL GENERAL CENTRO
MEDICO LA RAZA – IMSS. 2000

DOUGLAS – STROME. ; EDWARD J. QUILLIGAN. OBSTETRICIA
OPERATORIA. ED. LIMUSA. MÉXICO. 1998.1180 pp.

ENCICLOPEDIA DE LA ENFERMERIA. TOMO IV. ED. OCÉANO /
CENTRUM. BARCELONA

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MEXICO. CONGRESO MEXICANO
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. VOL. 67 SUPLEMENTO 1, 1999. EDITADA
POR LA FEDERACION MEXICANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

HAYWARD J.A. HISTORIA DE LA MEDICINA. ED. FONDO DE CULTURA
ECONOMICA. 4° ed. 1980. 321 pp.

http://biblioteca.gdLup.mx/Biblios/bioética/obstetricia_y_etica.htm.

<http://www.anestesia.com.mx/00.html#ocitocina>

http://www.elbebe.com/texto/parto_12.html.

<http://www.fisterra.com/guias2/amniorresis.html>.

<http://www.INSP.MX/SALUD/3S/356-245.html>.

<http://www.nursespdr.com/members/database/ndr.html/misoprostol>.

JAMES R. SCOTT, ROY M. PITKIN CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS. TEMAS ACTUALES. ED. MC GRAW HILL. INTERAMERICANA. 1998.

La.med.puc.cl/Departamentos/Obstetricia/altoriesgo/interrupción_embrazo.html.

MOLINA, TERESA MARIA. HISTORIA DE LA ENFERMERIA. ED. INTERAMERICANA. 1973. 169 pp.

MONDRAGÓN CASTRO, HECTOR. OBSTETRICIA BASICA ILUSTRADA. ED. TRILLAS. MÉXICO. 4° ed. 1999. 822 pp.

NEESON D. JEAN. CONSULTOR DE LA ENFERMERIA OBSTERICA. VOLUMEN I. ED. OCÉANO / CENTRUM. MÉXICO. 1997. 469 pp.

RAMIREZ ALONSO FELIX. OBSTETRICIA PARA LA ENFERMERA PROFESIONAL. ED. MANUAL MODERNO. MEXICO. 2002.

SCHWARTZ RICARDO. ORIGEN Y DESARROLLO DEL EMBARAZO.
OBSTETRICIA. ED. MANUAL MODERNO. MEXICO. 1966.

STRAN L.C. EVANS J.A. CHORIONIC VILLUS SAMPLING AND
AMNIOCENTESIS FOR PRENATAL DIAGNOSIS. ED. EMERY'S. 1998.
OXFORD.

WILLSON, JR Y CARRINGTON, ER. GINECO OBSTETRICIA. ED.
MANUAL MODERNO. MEXICO. 1991.

REFLEXIONA...

LA VIDA SE COMPONE DE LAS PEQUEÑAS DECISIONES QUE TOMAMOS TODOS LOS DIAS. LAS DECISIONES DEL PASADO TUVIERON SU EFECTO EN SU MOMENTO, PERO CADA DIA PUEDE SER UN NUEVO COMENZAR. SEA LO QUE SEA QUE HAYA PASADO HASTA AHORA, HOY TIENES LA OPORTUNIDAD DE TOMAR BUENAS DECISIONES.

NO PIERDAS TIEMPO REVIVIENDO EL DOLOR QUE TE OCASIONAN LOS ERRORES Y LAS DECISIONES EQUIVOCADAS DEL AYER. ESO NO HACE MAS QUE MERMAR TUS ENERGIAS PARA CUMPLIR CON LO QUE PUEDES HACER HOY. NO PUEDES ALTERAR EL PASADO, PERO SI PUEDES FORJAR TU FUTURO EMPEZANDO AHORA MISMO. ASI QUE APROVECHA AL MÁXIMO EL PRESENTE.

APRENDE DE TUS ERRORES Y DEJALOS ATRÁS. PERDONA A QUIENES TE HAYAN OFENDIDO Y PIDE PERDON A QUIENES TU HAYAS OFENDIDO. TAL VEZ NO TE RESULTE FACIL, PERO NO LO POSTERGUES: HAZLO HOY MISMO.

EL COMPROMISO, ENTRAÑA CONVICCIÓN Y HARA QUE PASES DEL PENSAMIENTO A LA ACCION Y DE LA ACCION AL AMOR, MANTENIENDO ÍNTIMAMENTE UNA ARMONIA FUNDADA EN LA HONESTIDAD, RESPETO Y FIDELIDAD PARA CON TUS CONVICCIONES.

ESTE CAMINO SERA MAS FIRME SI EXISTE UNA CONCIENCIA REFLEXIVA EN LA LUCHA; EN LA ACCION MANIFIESTA DE TU QUERER Y HACER HUMANO.

ESTA REFLEXION EN LA LUCHA ES EL ASPECTO PRACTICO Y LÓGICO DE LA VIDA, ES NO SOLO QUEDARSE EN PENSAMIENTOS, SINO ACTUAR EN EL “AQUÍ Y AHORA”; ES ENCARNARTE Y “ACTUAR CON LA VIDA”, FUNDIÉNDOTE EN UN MOMENTO HISTORICO, PARTICIPANDO, ENTREGANDOTE CON ALEGRIA Y AMOR.