

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

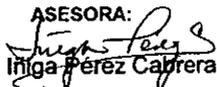
NECESIDADES SENTIDAS POR LAS PARTERAS EMPÍRICAS EN CUANTO A LA
FORMACIÓN OBSTÉTRICA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCION
PERINATAL EN LA JURISDICCIÓN No. VIII DE LOS MUNICIPIOS DE TONALA,
ARRIAGA Y PIJIJAPAN DEL EDO. DE CHIAPAS.

TESIS:
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA.

PRESENTAN:

GÓMEZ MONROY ANA DIONISIA
TOVAR GONZÁLEZ JOSÉ OSVALDO

ASESORA:


Mtra. Inga Pérez Cabrera



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DIOS:

Dios bendice a los hombres que progresan sin cambiar su esencia. Tu nos enviaste a la tierra para que gozáramos de todos los dones y virtudes de la vida, nos diste la capacidad para crecer como seres humanos, ya que nosotros formamos parte de tus sueños. Gracias por la motivación y la fuerza que pusiste en nosotros para culminar una meta.

PADRES:

Les agradezco que me hayan dado la existencia, el amor que me han obsequiado y maravillas que han formado en mí, es por eso que los amo y los amare toda la vida.

Gracias por el apoyo y la comprensión ya que sin ustedes no hubiéramos podido terminar este proyecto.

FAMILIA:

El mejor regalo que nos ha dado Dios es la familia con la que siempre cuentas en las buenas o en las malas, la que nos enseña los valores, como el amor, respeto, prosperidad, unión y autonomía y que son los cimientos para lograr las metas que nos proponemos en la vida. Gracias por ese apoyo y amor incondicional que siempre hemos recibido.

AL PERSONAL DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA #VIII TONALA CHIAPAS

Por el apoyo que nos brindaron para la capacitación de Parteras Empíricas y recopilación de información para la elaboración de esta tesis.

PROFESORES:

El maestro profesional con vocación, ¡Es una videncia! Su vida es un ejemplo de riqueza interior, en su misión y entrega. A pesar de que es un ser humano con debilidades, y sentimientos, está dispuesto a dar lo que ha acumulado como propio durante su paso por la vida.

Por el conocimiento y paciencia que nos brindaron durante toda la carrera, por los conocimientos compartidos, por ese granito de arena tan importante en la formación de cada uno de nosotros, porque sin ustedes no nos hubiera permitido llegar al inicio de una vida exitosa y con grandes caminos.

PROFESORA:

Íñiga Pérez Cabrera

Gracias por todo el empeño, tiempo y paciencia para guiar esta tesis y por ser parte integral en esta investigación.

PARTERAS EMPÍRICAS:

Gracias a todas aquellas parteras que brindaron el cariño, comprensión y paciencia, que nos permitió cumplir un sueño que sin ellas no hubiéramos podido realizar.

A esa gente humilde pero tan rica en su interior que abrieron su corazón sin ningún interés, a esas parteras que están dispuestas a cualquier capacitación y solo lo que necesita es gente que de verdad le guste trabajar en campo para que con ellas vivan sus experiencias y entiendan sus propias necesidades y de la comunidad.

Gracias por ser parte fundamental e importantísima en esta investigación.

ÍNDICE

	PAG.
Introducción	I
I Implicaciones de la Investigación	1
1.1 Elementos del problema	1
1.2 Problemática de la situación	2
1.3 Planteamiento del Problema	3
1.4 Justificación	4
1.5 Objetivos	5
1.6 Hipótesis	6
1.6.1 Hipótesis Conceptual	6
1.6.2 Hipótesis de Trabajo	6
1.7 Operacionalización de Variables	7
1.8 Campo de Investigación	9
1.8.1 Área Geográfica	9
1.8.2 Grupos Humanos	11
II Marco Teórico	12
2.1 Ejercicio de la Partera Empírica en México Prehispánico	12
2.2 La Atención Obstétrica en la Colonia	22
2.2.1 La Atención Obstétrica en el México Independiente	23
2.2.2 La Partera en el Siglo XX.	24
2.2.3 Relación Modernidad -Tradición	29
2.2.4 Situación actual de la partera Tradicional	31
2.3 Integración de la partera empírica al Sistema Nacional de Salud en las zonas rurales	31
2.3.1 Medicina Alópata/ Medicina Indígena	33
2.3.2 Niveles de confianza de la comunidad en los centros de salud	34
2.3.3 Políticas para la atención materno – infantil	34
2.4 Aspectos Epidemiológicos de la Salud Materno-Infantil en el estado de Chiapas	37
2.4.1 Morbi-Mortalidad Materno-Infantil en Chiapas	37
2.4.2 Morbi-Mortalidad en los Municipios de Amiaga, Tonalá y Pijijiapan	37
2.4.3 Atención Materno-Infantil en los Municipios	38
2.5 Capacitación de Parteras Empíricas en la Jurisdicción No. VIII del Edo. de Chiapas	39
2.5.1 Antecedentes de capacitación de parteras	39
2.5.2 Didáctica para la capacitación de la Partera Empírica	44
2.5.3 Carta descriptiva	53

III	Metodología	54
	3.1 Modelo Educativo	54
	3.2 Universo de trabajo.	54
	3.3 Muestra.	54
	3.4 Criterios de inclusión	54
	3.5 Criterios de exclusión	55
	3.6 Características de la investigación.	55
	3.7 Método de investigación.	55
	3.7.1 Técnica e instrumento de recolección de datos	55
	3.8 Proceso de la investigación.	56
	3.9 Procesamiento estadístico de los datos.	56
	3.10 Organización de la investigación.	57
	3.10.1 Recursos Humanos	57
	3.10.2 Recursos Financieros	57
	3.10.3 Recursos Materiales	57
IV	Descripción e interpretación de resultados.	58
V	Conclusiones.	68
VI	Recomendaciones.	71
	Bibliografía	72
	Anexos	75
	Anexo 1 Cédulas de Entrevista	76
	Anexo 2 Programa de Trabajo y Capacitación	83
	Anexo 3 Cuadros y Graficas	155
	Anexo 4 Mapas	197
	Anexo 5 Cronograma	201
	Anexo 6 Memorandum	203
	Anexo 7 Glosario	207

INTRODUCCION

Concebir a un nuevo ser, es el principio de una vida, gestarlo en óptimas condiciones durante el embarazo y dar a luz con bajo riesgo en el momento del parto, hace posible que el ser madre se convierta en una experiencia gratificante y llena las expectativas en toda mujer. Lo anterior, requiere del control prenatal con el fin de detectar oportunamente cualquier factor de riesgo materno fetal y proporcionar la atención específica con el fin de delimitar el daño precozmente, puesto que en esta etapa los problemas de salud pueden ser prevenibles a través de una buena atención dentro de un marco de acción político para hacerlo llegar a todos los confines del territorio nacional.

Dada la trascendencia de los problemas de salud que representan un riesgo elevado para este grupo de población, en los programas de este sector se incluye en el de Salud Reproductiva, las acciones, entre otras están enfocadas a la madre y el niño desde la etapa prenatal, parto, puerperio y del recién nacido. En nuestro país, en las áreas rurales tales acciones están a cargo de la partera tradicional o empírica como alternativa y con frecuencia como la única opción accesible para esta población, y que aún cuando los servicios médicos han incrementado su extensión de cobertura, las embarazadas prefieren solicitar la ayuda de la partera de la comunidad. Su presencia, por tanto, las refiere como el recurso de salud que seguirá vigente en las regiones carentes de los servicios de salud institucionalizados, como en el caso de la Jurisdicción Sanitaria No. VIII del Estado de Chiapas, donde el 75% de los eventos obstétricos son atendidos por ellas.

El presente trabajo trata del estudio del desempeño de actividades de las parteras en esas comunidades y de las formas de intervención de los pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, para hacer más eficiente la calidad de las acciones de las parteras, durante el servicio social, en el Municipio de Tonalá, Chiapas.

En el primer capítulo se desarrollan los aspectos implicados en el problema de la investigación.

En el segundo capítulo, se da una visión histórica de la partera desde el México Prehispánico hasta su integración en el Sistema Nacional de Salud, su impacto en los aspectos epidemiológicos en la salud Materno- Infantil y la forma de abordar la Capacitación de las mismas.

El tercer capítulo, se refiere a la metodología de la investigación en la que se desarrollan los puntos de: tipo de estudio, técnica e instrumentos de recolección de datos, definición de variables de estudio, recursos humanos, materiales y financieros así como el plan de análisis y el procesamiento estadístico de la información.

En el cuarto capítulo, los resultados se someten a la descripción y análisis, discusión de la información. En el capítulo quinto se presentan las conclusiones a partir del análisis de los resultados de la Capacitación de las parteras empíricas. También se incluye las sugerencias y la bibliografía.

En el apartado de anexos se encuentran los cuestionarios, los cuadros y las gráficas, los mapas, y el programa de intervención educativa.

1.- IMPLEMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 ELEMENTOS DEL PROBLEMA

HECHOS	EXPLICACIONES
1.- La Partera Empírica no realiza control prenatal.	1.- Por falta de conocimiento de la Partera.
2.- Falta de higiene en la atención del parto	2.- No se enguantan ni se lavan las manos
3.- Carencias de conocimientos para la Atención inmediata del Recién Nacido.	3.- Mala técnica en los primeros cuidados al Recién Nacido.
4.- No conocen las etapas de Trabajo de Parto.	4.- Ponen a pujar a las pacientes antes de tiempo.
5.- Desconocimiento de Factores de Riesgo en la embarazada.	5.- Se les complican los partos con distocias en el trabajo de parto.
6.- No hay seguimiento de pacientes después del parto.	6.- A la partera únicamente le importa el parto y después de él, muy pocas regresan a revisar a las pacientes ni estas van, solo cuando llegan a tener alguna complicación.
7.- La ausencia de valoración de las condiciones del Recién Nacido.	7.- Al nacer el producto de la gestación, las parteras no valoran las condiciones del Recién Nacido como el peso, talla, perforación anal o la detección temprana de alguna deformación.

1.2 PROBLEMÁTICA DE LA SITUACIÓN

Los Servicios de Salud han tenido un gran desarrollo en las últimas décadas, aumentando considerablemente la extensión de cobertura. Esto se refleja en el aumento de la esperanza de vida al nacer y la disminución de las tasas de morbi-mortalidad por los daños a la salud.

Los esfuerzos sin embargo por lograr una mayor cobertura han sido insuficientes para atender la demanda, especialmente en las áreas rurales muy dispersas, alejadas de los núcleos de población con grandes distancias, difícil acceso y falta de urbanización y dificultad en el transporte hacia donde están los servicios básicos de salud.

Todos los factores antes mencionados en su conjunto propician la intervención de las parteras o comadronas como la opción inmediata de atención materno infantil en estas comunidades.

La formación de las parteras en estas comunidades desde tiempos ancestrales es empírica, es decir, adquiere su saber por tradición oral, de este modo mantiene las costumbres y creencias en la atención obstétrica acorde a nivel de desarrollo en las comunidades. Con base en esta realidad y con objeto de optimizar los recursos humanos esenciales en las áreas rurales se detectó como factor prioritario, la enseñanza con base a las necesidades sentidas de los aspectos relacionados con la atención perinatal en estas comunidades.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las necesidades sentidas de las Parteras Empíricas en cuanto a su formación Obstétrica para mejorar la calidad de Atención Perinatal en la Jurisdicción No. VIII del Estado de Chiapas?

1.4 JUSTIFICACIÓN

Con objeto de disminuir la morbi-mortalidad materna-fetal y elevar la calidad de la atención obstétrica de las parteras una vez realizado el diagnóstico, se lleva a cabo la capacitación en los aspectos teórico práctico, que mejora la asistencia materno-infantil y puede incorporarse al sector nacional de salud en apoyo a las políticas y reconsiderando el papel substancial como agente de salud en zonas apartadas.

La capacitación requiere de la planeación de un diseño didáctico acorde a las características culturales educativas y sociales de las parteras empíricas.

Este proyecto tiene como finalidad detectar necesidades sentidas en la formación Obstétrica de las Parteras Empíricas, con base en la identificación de riesgos que ponen en peligro la vida del binomio madre-hijo ya que la Partera realiza una insuficiente Atención Perinatal a la embarazada, lo que conlleva un alto índice de morbi-mortalidad Materno-fetal debido a complicaciones en el parto, puerperio y Atención al Recién Nacido. Por lo tanto los Pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia realizarán un programa de capacitación para los tres municipios que comprenden a la Jurisdicción Sanitaria No. VIII, del Estado de Chiapas.

1.5 OBJETIVOS.

Identificar las necesidades sentidas en la formación Obstétrica de las Parteras Empíricas y crear un programa de capacitación en base a las mismas.

Mejorar la preparación de las parteras de modo que les permita contribuir en el incremento de la calidad de vida del binomio madre e hijo y disminuir los riesgos perinatales.

1.6 HIPÓTESIS.

1.6.1 HIPÓTESIS CONCEPTUAL.

La necesidad sentida de una nueva formación Obstétrica en las Parteras Empíricas influirá en la calidad de Atención Perinatal.

1.6.2 HIPÓTESIS DE TRABAJO.

Si la Partera Empírica siente la necesidad de una formación Obstétrica, entonces su capacitación mejorara la calidad de la Atención Perinatal.

1.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

V 1 Necesidades de la formación en la Atención Perinatal.

Clasificación : Cualitativa.

Dimensión : Explicación de lo que realizan.

Medición : Ordinal.

Categoría : MB, B, R, D.

Indicadores : Antigüedad, número de partos, número de Consultas Prenatales.

Instrumento : Cédula de entrevista.

V 2 Capacitación de la Partera Empírica.

Clasificación : Cualitativa.

Dimensión : Conocimiento para el ejercicio.

Medición : Ordinal.

Categoría: B, R, I, D.

Indicadores: Número de cursos de Atención de Parto y Atención al Recién Nacido.

Adiestramiento en el Hospital.

Práctica Hospitalaria y Referencias.

Instrumento : Cédula de Entrevista.

V 3 Calidad de la Atención del Parto.

Clasificación : Cualitativa.

Dimensión : Eficacia

Medición : Ordinal

Categoría : B, R, D.

Indicadores: Experiencia en la forma de realizar la Atención del Parto, Complicaciones, Secuelas, recursos para la Atención del Parto.

Instrumento : Cédula de Entrevista.

V 4 Morbi-mortalidad Materno-Fetal.

Clasificación : Cuantitativa.

Dimensión : Frecuencia.

Medición : Cuantitativa numérica.

Categoría : Discontinua.

Indicadores : Riesgos Maternos, Fetales, otros.

Instrumentos :Cédula de Entrevista.

V 5 Necesidades Sentidas

Clasificación : Cualitativa.

Dimensión : Actitudes.

Medición : Cualitativa Nominal.

Categoría : Si, No.

Indicadores : Partos Distócicos

Consulta Prenatal.

Referencia Oportuna

Aplicación de Toxoide

Visita Domiciliaria.

Promoción de la Lactancia.

Planificación Familiar.

Técnica : Entrevista.

Instrumento : Cuestionario.

1. 8 CAMPO DE LA INVESTIGACIÓN

1.8.1 ÁREA GEOGRÁFICA.

LOS MUNICIPIOS DE LA COSTA: ARRIAGA, TONALA Y PIJJIAPAN, PERTENECIENTES A LA JURISDICCIÓN SANITARIA No VIII, DEL ESTADO DE CHIAPAS.

ARRIAGA:

El municipio de Arriaga colinda al Oeste con Tapanatepec, al Norte con la Sierra Madre de Chiapas, al Este con el Municipio de Tonalá y al Sur con el Océano Pacífico. Esta ciudad antigua y moderna, es la entrada de la costa. Tiene las funciones de una ciudad depósito que oficia como una puerta de salida de la producción agropecuaria de importantes zonas de Chiapas. Concentra la producción de cereales de importantes puntos del Estado en las bodegas de almacenes Nacionales de Depósito y, por otra parte, diariamente parten camiones refrigeradores con el producto de la pesca de las lagunas litorales colindantes con Arriaga.

TONALA:

Al igual que los demás Municipios de la Costa, cuenta con una planicie costera y parte serrana, que en algunos casos se eleva a más de 1500 m de altitud . El Municipio está limitado, al Oeste, con el de Arriaga, al Este con el de Pijijiapan y al Norte en la parte serrana con el de Villa Corzo. Actualmente se encuentra comunicado a todo lo largo por la carretera costera y por dos carreteras más, pavimentadas, que comunican a Puerto Arista y demás lugares vecinos ,con 23 Km. de largo y otra a Paredón con 12 Km. y lugares circunvecinos. El resto del Municipio se encuentra ligado por numerosos caminos de herradura, la mayoría de ellos intransitables en épocas de lluvia.

La mayor superficie del municipio está dedicada a la ganadería y éste es uno de los centros ganaderos más importantes, no solamente en la costa sino en el Estado. La Agricultura solamente ocupa un pequeño renglón de la Economía local. Únicamente se siembra maíz para el consumo interno, en menor grado el Ajonjolí, algunas frutas y legumbres antes de la época de lluvias.

Por otra parte cuenta con el centro pesquero más importante de la costa: Paredón, Puerto Arista, Cabeza de Toro, Mojarras y Ponteduro son sus principales Pesquerías, situadas cerca de la costa a orillas de las lagunas, cuyas profundidades varían de 2 a 5 m durante la época de lluvias.

Asimismo, es importante el movimiento de embarque de pescado en camiones refrigeradores de las siguientes especies: Róbalo, Mojarra, Sabalote, Lisa, Curel, Pargo, Camarón y Jaiba, con destino, hacia Veracruz y el centro de la República, principalmente al Distrito Federal, de igual manera que el producto se envía a otras pesquerías de la costa.

PIJIJAPAN.

Municipio situado en el punto medio de la costa, colindando al Oeste con el Municipio de Tonalá, al Este con el de Mapastepec, al Norte con la Sierra de Soconusco y al Sur con el Océano Pacífico. No es de extrañar, pues, que el principal renglón de actividad económica de este Municipio lo sea la ganadería extensiva, la mitad de las tierras de la localidad están dedicadas a pastizales.

En este Municipio al igual que en los dos anteriores prevalece un clima cálido húmedo con precipitaciones la mayor parte del año. Su flora y fauna es la característica de zonas tropicales.

1.8.2 GRUPOS HUMANOS

ARRIAGA: 3 Parteras Tradicionales.

TONALA: 12 Parteras Tradicionales.

PIJIJAPAN: 3 Parteras Tradicionales.

II. MARCO TEÓRICO.

2.1 EL EJERCICIO DE LA PARTERA EMPÍRICA EN EL MEXICO PREHISPANICO.

La Obstetricia (temixiuliztli), es tan antigua como la aparición de las primeras razas que poblaron la faz de la tierra. La mujer desempeñando la misión especial para la que fue creada, la de la multiplicación de la especie humana, se le encuentra en todos los pueblos desde las primeras edades, ya atendiendo sus partos (mixiuliztli) no como una función cualquiera y de las ordinarias de la vida, cuando menos había que hacer algunos preparativos y observar ciertos cuidados. A medida que esa función despertó mayores dolores, presentando más dificultades; donde la distocia a veces dejaba asomar alguna de sus múltiples cabezas; las razas se han perfeccionado y la civilización ha sido mayor. Primero con la intervención cariñosa del esposo, la madre o de la pariente; después los solícitos auxilios de la amiga y de la confidente, que con su sola presencia con los consejos, con la experiencia, acaso con alguna ligera intervención aliviaran a la parturienta, haciendo inconscientemente de parteros o parteras, y de allí mas tarde al fin, los cuidados del extraño que practico en el arte, empezaba a formar el embrión del futuro ejercicio de la Obstetricia. Este ejercicio, en su primera etapa, tiene que ser tan antiguo en México como antiguas eran sus razas aborígenes.¹

Esta rama del arte, como las demás de la Medicina, han estado naturalmente ligadas a su periodo de evolución, de la mitología y de las prácticas teosóficas que desempeñan un importante papel en su ejercicio.

Cihuacoatl era, según la mitología de los mexicanos, la primera mujer que en el mundo había tenido hijos, y después de su parto hacían datar la edad de la obstetricia.

¹ DE ASÍS FLORES Y TRONCOSO, Francisco. Historia de la medicina en México. IMSS. México 1982, p 87

Tzinteuhtl era la diosa y abogada de las embarazadas, quienes le hacían sacrificios en su fiesta. Xalteuctli, dios de las noches, encomendaban á los niños recién nacidos para que les diera sueño y al "medico nocturno" Xoalticitl, diosa y veladora de las cunas, se los encargaban para que los cuidara del Tlaccatecoltl (demonio) mientras el beleño de la noche tendía sobre ellos sus alas. En la teratología tuvieron al Dios Xolotl para las monstruosidades y los gemelos.

Quetzalcóatl era el Dios al que se encomendaban las mujeres estériles para adquirir la fecundidad.

La diosa del agua Chalchiuhcueye desempeñó un papel importante en sus prácticas obstétricas, á ella encomendaban a los niños en el primer baño que les daban acabados de nacer.

Los Aztecas creían que las mujeres que morían del primer parto iban a la casa del sol, a un lugar llamado Ciatlapa (Habitación de las mujeres.) Después de muertas eran tenidas como diosas y las parteras las adoraban como tales, antes de enterrarlas.

La enseñanza de la Obstetricia se daba de madre a hija inculcándoles en sus conocimientos y su experiencia, estaba en manos de mujeres que se dedicaban a ejercerla y que llevaban entre ellos los nombres de Tlamatqui, Ticitl, Temixiuitiani.

La partera empezaba a intervenir desde el momento en que se iba á verificar un matrimonio, estando encargada de llevar á cuestas, acompañando á la joven desposada á la casa del novio.

El áureo broche del matrimonio unía para siempre la suerte de una feliz pareja. Durante seis o siete días habían pasado dulces y tranquilas las horas para los nuevos esposos albergados en sus poéticos hogares cuando venía el

embarazo (teicticnetlaliztli, teotziltili, otziltiliztli, otzyotl) que anunciando la existencia de un nuevo ser, turbaba un poco aquella calma.

La partera entre los aztecas era temida, llamada y recibida con veneración. Al presentarle una embarazada y ponerla a su cuidado, le dirigian alocuciones muy respetuosas, pidiendo les diera una piedra preciosa y una pluma rica (asi llamaban al engendro) diciéndole que el marido "la pone (a la embarazada), en vuestras manos, en vuestro regazo y sobre vuestras espaldas" y terminaba encargándole y suplicándole que la metiera al baño. Y concluía "así pues, os rogamos, señora, que hagáis misericordia con esta muchacha y que hagáis con ella vuestro oficio y facultad, pues que nuestro señor os ha hecho maestra y medica y por su mandato ejercitáis este oficio". La partera contestaba hablando de la embarazada. " Por cuya causa ahora llamáis y dais voces á la madre los dioses, que es de las medicinas y los médicos, y es madre de todos nosotros, la cual se llama Joalticiti, que tiene poder y autoridad sobre los temascales que se llaman Xochicalli, lugar en que se ven las cosas secretas, y adereza las desconcertadas en los cuerpos de los hombres, y fructifica las cosas tiernas y blandas, en cuyas manos, regazo y espaldas ponéis y echáis esta vuestra piedra preciosa y esta vuestra pluma rica. Calientense el baño, que es la casa florida de nuestro señor, entre en él mi hija, entre en el seno de nuestra madre la cual se llama Xoalticiti. Entre, pues, esta mujer en el baño por vuestra industria, porque ya ha llegado el tiempo de tres ó cuatro meses que ha concebido."²

La primera operación que hacían las matronas mexicanas, al encargarse de una embarazada, era darle un baño, de agua, de vapor ó de Temazcalli, a los 3 ó 4 meses, según se deduce de las últimas palabras de la partera, a los 6 ó 7 meses de todas maneras algunos meses antes del parto. Metida en el Temazcalli la embarazada, y la partera practicaba la palpación del vientre con ambas manos, ya para reconocer cómo estaba la criatura, ya para enderezarla si la encontraba mal puesta, cambiándola de lugar es decir, practicando una especie de versión por

² JENNINGS, Gary. Azteca. Ed. Planeta Bolsillo, México D. F. 1986.

maniobras externas. Sacada del baño volviera á palpar el vientre repetidas veces, sin duda para rectificar su juicio y á esto llamaban las parteras palpar a secas.

En la práctica tocúrgica los Azteca fueron conocidos por la práctica de la versión (Tlaoliniztli) por maniobras externas; y en efecto alusión bien clara de que cuando el producto no esta bien, según ellos, hacia algo semejante á la versión, y ya vimos cómo la practicaba en el baño cuando la creía indicada.

He aqui ahora la higiene que la partera recomendaba seguir en el resto del tiempo de la gestación. Encargaba a la embarazada a su familia que cuidaran mucho de su estado; que se alimentara suficientemente y con buenos manjares; que no ayunara para que no causara hambre a la criatura; que lo que quisiese y se le antojase lo tomara; que no comiera ni mascase Tzictli (chicle negro) porque el niño nacería con paladar duro y no podría mamar; que no comiera tampoco tierra ni tical, porque también nacería el niño enfermo y por fin que no durmiera en el día, porque el niño saldría deforme de la cara, ni menos durmiera demasiado. Era amonestada sobre la temperancia de otras funciones. Así, le prohibía el coito, en los últimos meses del embarazo, para evitar el aborto, o para que el niño no fuera a salir manco o cojo, porque creían que el semen coagulándose sobre la criatura, dificultaba su nacimiento y aun lo exponía a morir en el parto, en cambio que lo tuviera en, los dos o tres primeros meses porque de no hacerlo " la criatura saldría enferma y de pocas fuerzas cuando naciese."

Recomendaban, no usar mucho de los baños calientes, no trabajar en exceso, no alzar cosas pesadas, no correr, evitar tener penas o enojos y apartarse de lo que causara espantos o ascos, enfocados seguramente con objeto, de prevenir que no viniera el aborto.

Así, cuando se había "desconcentrado" la criatura, daban a la enferma la maceración de tuna, creyendo sin duda que exiliaría las contracciones de la matriz, y se verificaran espontáneamente la versión y la acomodación. Creían indicando provocar el "aborto" usaban el cihuapatli, el mecaxochitl, el yuhtli, la cola de

tlauatzin (abortivo entre ellos de gran potencia) y otros. En cambio, cuando se presentaba y querían evitarlo, empleaban las hojas de quamochitl en polvo.³

Cuando el embarazo había seguido su marcha regular, diez lunas habían pasado desde el día de la concepción de la mujer y la familia veían aproximarse el día del alumbramiento, entonces empezaban los preparativos. Cuando ya se acercaba el parto, llamaban a la matrona para que lo aguardase y lo asistiese y si los esposos eran hijos de nobles, de ricos o de mercaderes y la mujer era principal, entonces eran dos o tres las que llamaban y las tenían a su lado desde dos o tres días antes de que aquel se verificase,

Cuando se empezaban a presentar los primeros dolores, daban a la parturienta un baño general, en la que la lavaban toda y le enjabonaban los cabellos; disponían convenientemente la pieza en que debía verificarse el parto y entonces le daban como medicina preparatoria el Xaxahuacactli, para prevenir, decían, las fracturas, o si venían durante el trabajo, para consolidarlas. Inmediatamente después le administraban el cihuapatli, hoy uno de los mejores oxitócicos que de ellos heredamos aunque empleándolo de distinta forma.

Para abreviar el trabajo de parto y mitigar los dolores expulsivos, usaron dar al interior el cocimiento de Tlilxochitli sola o mezclada con Mecaxochitl; el cocimiento de Phehuame, el de Michoacán, especie de aristoloquia que era tenida en mucho entre los indígenas; el de hojas de Xauatl; los tallos de Alahuac Cihupatli molidos y tomados en agua; una porción preparada con ocho gramos, compuesto de Mecaxochitl, Cacaoatl, etc.; el Cocomecaxihuitl (medicina de sogá retorcida); el polvo de hierba Tlaquequetzal, y, por fin, exteriormente las hojas de Xumetl, molidas y aplicadas sobre el vientre, y las fumigaciones de Ahoehoetl, y otras largas series de medicamentos que usaron para calmar los dolores y abreviar la expulsión del producto vivo.⁴

³ INI. La Medicina Tradicional de Los Pueblos Indígenas de México I. Biblioteca de la Medicina tradicional Mexicana. 1988 P 297.

⁴ DE ASIS FLORES Y TRONCOSO. Op. cit. p. 54-70

Si la mujer no podía parir, o se había desconcentrado la criatura, es decir, si había tomado una presentación o posición desfavorable, daban a la parturienta, como durante el transcurso del embarazo, la maceración de tuna; creían indicado detener el trabajo, le daban la raíz de Mixihcapatli, dabanle la raíz de Tepopotic machacada, a la dosis de treinta gramos mezclada con Chian; los dolores, por fin, continuaban aumentando y el parto, sin embargo, no se verificaba; presentase, en una palabra, un parto difícil, le administraban la cola de Tlaquatzin molida, con la que creían pariría fácilmente, pues dotaban a este producto indígena con la propiedad muy especial de un abortivo de gran potencia, que abreviaba el parto con una fuerza superior al Cihuapatli y a todos sus demás oxitócicos.

Si recetados sus mejores abortivos, el parto no se verificaba, la partera daba un pronóstico muy grave y entonces venía la intervención manual. Después de repetir con frecuencia los baños "levantaba en alto a la preñada, tomándola con ambas manos por la cabeza, meneándola, y le daban en la espalda con las manos o con los pies, y recomendaba a la parturienta que pujase." practica evidentemente mala, que es sin duda la que dio origen a la que todavía conserva nuestro pueblo bajo el nombre de "Manteada", y que aún causa tantas víctimas entre la gente ignorante y pobre. La partera cuidaba con esmero y cuanto era necesario, de la integridad de la bolsa de las aguas "quizás lo haré con presunción y al revés, poniendo de lado o de soslayo, o romperé la bolsa en que esta la criatura" puesto que el romperla lo consideraba como torpeza e impericia.⁵

Esperaba después de esta maniobra un día y una noche, y si aun no venía el alumbramiento, daba a la afligida nuevos baños de temazcalli, practicaba nuevos reconocimientos con la palpación, "si, por ventura, se había puesto de lado o atravesada (la criatura) enderezaba para que saliera derechamente" es decir, hacia de nuevo la versión por maniobras externas; si aun el parto no se verificaba, entonces era llegado el momento más solemne del ejercicio.

⁵ Ibid. p. 288

Encerrábase la partera sola con la parturienta en una pieza, hacia grandes rogativas a los dioses para que terminase con felicidad aquel parto, practicaba constantes reconocimientos y cuando diagnosticaba que la criatura ya estaba muerta por la falta de movimiento y el malestar de la madre, y solo en el último extremo estando todavía viva, hacia una terrible operación, que no era otra que nuestra embriotomía, preocupándose, se comprende, por salvar la vida de la madre. Antes de practicarla, consultaba la voluntad de los padres de la paciente; si estos se oponían, la dejaban sola en la pieza hasta que tenía lugar su muerte, y desde entonces la llamada Mociakuezqui (mujer valiente); si la aceptaban, entonces procedía á hacerla, y he aquí como la practicaba mas como pudiera admirar y quizá hasta dudase de que semejante operación haya sido conocida y ejecutada de los aztecas "digamos aquí una cosa digna de saber, que tiene dependencia de cuanto el niño muere dentro de su madre, que la partera con una navaja de piedra que se llama Itzli (obsidiana) corta el cuerpo dentro de la madre y a pedazos lo saca; con esto libra a la madre de la muerte".

Es pues según lo anterior, evidente que la terrible operación de la embriotomía la practicaron, y si ese fantasma que aun tiene tan divididos a los parteros, todos ya les era conocido y aun le habían señalado como su principal indicación que la criatura estuviese muerta en el vientre de la madre, lo fue la distocia aun en sus más desesperadas formas.

Pero no era esto lo general, y el parto se verificaba de una manera fisiológica; así es que se hará su historia bajo este punto de vista. Presentados los dolores, dado el baño y administrados los medicamentos preparatorios, al aproximarse el alumbramiento daban a la parturienta la posición que pudiéramos llamar Naoha, las mujeres paren boca a bajo, en cuatro pies, las manos en el suelo, y la partera recibe a la criatura por detrás. Al nacer el Tlapictli (criatura) le recibía dando gritos, cortaba y hacia la ligadura del cordón umbilical.

Cuando el parto había sido de pies, le llamaban Moquetziuhltlacatl. Esperaba entonces la expulsión de la placenta (Tlaeyotl) o parto de las secundinas

que llamaban Quiltaza y Ninan, si éste no se verificaba, le hacia fumigaciones de Ahoehoetl, le daban a tomar el Tlixochitl, con Mecaxochitl, el polvo de la hierba Tlatquequetzal, y solo en último extremo practicaba la extracción manual y las enterraba, previo reconocimiento de su integridad en un rincón de la casa.

Entonces comenzaba una serie de ceremonias singulares. Cortado el cordón y enterrada la placenta, la partera reconocía si el niño era de termino o sietemesino (ni, tzipiquazalao), le limpiaba el cuerpo diciéndole: "...recibe el agua pues tu madre es la diosa Chalchiuqueye. Este baño te sacara las manchas que en el vientre de tu madre tenias, te limpiara el corazón, y te dará una vida buena y perfecta..." le encomendaba humedeciéndole con agua la boca, la cabeza y el pecho, luego le daban un baño general, durante el cual invocaba a todos los dioses y practicaba multitud de obligaciones paganas, vestirle enseguida, póngale en el cozoli o cocolli (cuna) donde había depositado de antemano una flor (Horta y espadero) encomendándole entonces a Xoalticiti y a Xoalteuctli, y terminaba dando la enhorabuena a los padres y parientes del recién nacido.⁶

Verificado el nacimiento y dado el baño, acababa la misión principal, de la partera, los Tonalpouqui, o divinos quienes debían predecir la suerte del niño y señalar el día en que se le debería de dar el segundo baño.

Sea a los cuatro días de nacida la criatura, sea en el quinto, sea en el día señalado por el adivino, se verificaba la ceremonia del segundo baño que tenia que dar con gran solemnidad la matrona que había asistido el parto, para o cual convidabanse a parientes, amigos y niños de la familia, preparaba la partera las insignias del sexo y profesión que correspondía al recién nacido.

El puerperio y de los cuidados posteriores que prodigaban a los recién nacidos.

⁶ INI. Op. cit. p. 297

Verificado el parto daban a la puérpera un cocimiento de raíz de Ixpexton molida y Tlaolli, Atolli que como el zazalile hacían tomar también antes de introducirla al baño de Temacalli. Este lo daban a las mujeres algunos días después del parto.⁷

Para flujo o loquios de las paridas hacían uso las parteras, de fusiones de cocimiento de hierba Tozancuitlaxcolli (tripa de tuza) para sus dolores, refiriéndole a los entuertos, daban el Cocomecaxihuitl; en las metritis que solían venir después del parto la hierba Tlalquequetzal en polvo tomada al interior para curar los flujos blancos consecutivos del parto.⁸

Todas las madres fueran de la clase que fuesen, criaban a sus hijos en sus pechos, y sólo en una grave enfermedad lo impedían, los fiaban a nodrizas (Tlachichit) de buenas condiciones cuya salud y leche antes reconocían. No les daban de mamar el mismo día en que nacían, sino al siguiente o dos días después. Cuando la leche les faltaba o no era suficiente daba la matrona a la parida el Cihualpatli, el zumo de Caianalquilti o le lavaban los pechos y pezones con Tequezquetil o con un jugo de raíz de Chichiulpatli, con Yahutli y otras muchas yerbas que tenían para aumentarla.

Respecto al niño, tenían las parteras cuidado muy especial que no tuviera Colodrillo y del estado de su mollera.

El recién nacido era sagrado en los primeros días, así como las partes genitales con espinas de maguey o con lancetas de pedemal y circundaban después.

El destete, que ellos llamaban Tlachichiualeauatiliztli, tenía lugar generalmente a los 3 años, época en que repetían una solemnidad, semejante a la del segundo año. Contra las enfermedades de los ojos tan frecuente en el recién

⁷ DE ASIS FLORES Y TRONCOSO. Op. cit. p. 290.

⁸ Ibid. p. 291.

nacido tenían el jugo de Xocotatli; cuando perdía las ganas de mamar le daban, el zumo de Ciuhtatli y a parte el Tepoztlanica, y así de otras enfermedades.

Ellos fueron los que dieron el nombre de Tzititl (chipil) a los niños de teta que experimentaban cierto malestar durante el nuevo embarazo de sus madres.

Al niño que no crecía le llamaban Tetzotic. Llamaron Mapilchicuace a las manos de seis dedos y Xopilchicuace a los pies que tenían igual número. En su fiesta secular, la mayor y más solemne que hacían de 52 en 52 años, en la última noche en que los sencillos aztecas apagaban el fuego en sus templos y casas y rompían sus vasijas y objetos según sus creencias, con el fin del siglo el fin del mundo, mientras, los sacerdotes y el pueblo se encaminaban en procesión al monte donde debía hacerse la renovación del fuego; parte de ese pueblo, sobresaltado, los maridos cubrían el rostro con hojas de Metl a sus mujeres preñadas, las encerraban temerosos de que se convirtieran en fieras y los devorasen, los cariñosos padres ocultaban también las caras de sus hijos y no los dejaban dormir aquella noche con la preocupación de que no se les fuera a transformar en ratones.⁹

Cuando había un temblor de tierra y estaba presente una mujer embarazada, tapaban las ollas de su vajilla o las quebraban, dizque para que ya no se moviese.

El papel de las parteras o matronas Nahoas, como se ve, empezaba aun antes de anunciarse la aurora del nuevo ser que cada pareja engendrara, solía concluir algunas veces hasta esconder la sombra y sepultar en su ocaso a la infeliz madre que dividiera durante algún tiempo con él la existencia.

La atención de la embarazada entre los aztecas que formaban el pueblo más civilizado de la altiplanicie, como en todos los pueblos primitivos estaba en manos únicamente de mujeres. El hecho de la atención solo por parte de una

⁹ INI-UNICEF. Manual Para Médicos Indígenas. México. 1990. p. 240.

mujer, entre los antiguos mexicanos era más acentuado, pues ni en los casos más difíciles de orden obstétrico era llamado al Curandero o brujo.

La mujer que se dedicaba al cuidado de las embarazadas y a la asistencia de los partos, antes de ejercer formalmente su profesión, adquiría una larga práctica que le convertía en un ser respetado y estimado en la sociedad y se llamaba Tlamatquicitl.

La Ticitl no solamente se encargaba de aconsejar durante la preñez y asistir el parto y el puerperio. Sus importantes funciones empezaban desde antes que viniera el embarazo, siendo ella quien cargaba a cuestas a la novia para entregarla a su prometido. Si sobrevenia un embarazo, dictaba las medidas más prudentes de orden higiénico; la grávida era protegida y vigilada, la partera asistía después del parto y si se presentaba una distocia asumía el papel del cirujano ejerciendo un verdadero matriarcado obstétrico.¹⁰

Por la esmerada atención y cuidados que recibía la mujer, durante el estado grávido puerperal, nos hace suponer que la mortalidad materna no debió ser elevada, sobre todo considerando que el aborto estaba prohibido y era severamente castigada la mujer que se hacía interrumpir su gestación.

2.2 LA ATENCION OBSTÉTRICA EN LA COLONIA

Con la llegada de los Españoles y consumada la conquista de Anáhuac con la toma de Tenochtitlan en 1521, se produjeron un sin número de cambios sociales pero sin embargo la Ticitl seguía llenando su cometido, pero sin el entusiasmo derivado del apoyo socio-religioso de su pueblo y además combatida, pues el nuevo culto perseguía a quienes trataban de celebrar actos de invocación a los dioses de la genitalidad. Esta guerra sin cuartel de orden religioso, fue el principio de la desaparición de la partera Nahuatlata y con tristeza se observó que

¹⁰ JENNINGS. Op. cit. p. 491.

no aparecía la nueva partera que la sustituyera y que pudiera ofrecer modificaciones favorables en la práctica obstétrica. La realidad fue que la profesión de partera fue vista con el más profundo desdén y quedó relegada a las mulatas y a las negras, ambas esclavas. A pesar de no tener datos fidedignos, es de suponerse que la mortalidad materna aumentó por el descuido, negligencia o ignorancia para atender a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio; una prueba que debe tomarse en cuenta, es que a pesar de que el gobierno Español fundó la real y Pontificia Universidad de México, en 1553 año reciente a la conquista, y en 1582 se creaba la cátedra de prima de medicina, ni una palabra se decía de la Obstetricia, como un medio para formar personas, orientados a la protección materna. Los médicos de la colonia veían casi con horror la asistencia de los partos.¹¹

En 1768, 42 años antes del inicio de la guerra de independencia, el Real Colegio de Cirugía dio, nacimiento al cirujano y a la Obstetricia. Tiene importancia este acontecimiento, porque los cirujanos no desdeñaron el ejercicio de los partos, sino muy al contrario casi hicieron un monopolio de esta práctica.

Los flamantes cirujanos romancistas se dedicaron al ejercicio de los partos y aplicaron desde luego la cirugía a la Obstetricia; pero esta dedicación siempre fue empírica pues el cuidado a la mujer durante el estado grávido y puerperal al terminar el gobierno colonial era muy deficiente puesto que ni en la Universidad, ni en el Colegio de Cirugía existían estudios sobre la materia; por otra parte las parteras y comadronas, seguían sumidas en su ignorancia y empirismo solemne.

2.2.1 LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN EL MEXICO INDEPENDIENTE

Después de haber consumado la independencia en 1821, los cirujanos fueron ganando más terreno, prestigio y capacidad para la atención Obstétrica y se marca una etapa importante, cuando en 1833 Valentín Gómez Farias, funda el establecimiento de Ciencias Médicas y crea la cátedra de Obstetricia siendo el

¹¹ GARCÍA, E. Juan. "Medicina Perinatal Pre-Hispánica". Revista mexicana de Pediatría, sept.-oct. 1996, p. 13

primer profesor el Doctor Pedro del Villar, al que sucedieron brillantes figuras de la medicina. Don Juan Ma. Rodríguez merece mención especial pues en sus numerosas comunicaciones, demuestra la inquietud por la vigilancia de la mujer embarazada y la atención del parto con objeto de evitar la muerte de las madres. En 1865 se establece la casa de la maternidad, primera institución pública dedicada a la atención de la obstetricia; Álvarez Amezquita reporta que en 1912 la tasa de mortalidad materna era de 11.4 X 10,000 n.v.¹²

2.2.2 LA PARTERA EN EL SIGLO XX

En 1921 se inicia una etapa importante de protección a la madre con el establecimiento de normas y acciones tendientes a disminuir las elevadas cifras de mortalidad materno-infantil. En 1922 se señalan 90 muertes por 10,000 nacidos vivos.¹³

En 1921 el Dr. Isidro Espinosa de los Reyes, en el Primer Congreso Mexicano del niño, propuso la fundación en la ciudad de México de clínicas pre y pos natalidad con la tendencia de proteger a la madre y al niño, aumentar la natalidad y evitar hasta donde fuera posible la morbi-mortalidad tan elevada que se presentaba en las madres y en los recién nacidos.

A pesar que entre 1922 y 1930, se establecieron un buen número de centros de atención prenatal y se fundaron maternidades, la mortalidad materna no bajó de 90 muertes por 10,000 nacidos vivos; pero esos 10 años de intenso trabajo y entusiasmo por parte de los médicos pusieron los cimientos para una mejor atención materno infantil, se elaboraron normas y procedimientos para la protección de la madre durante el estado grávido puerperal; los esfuerzos dieron sus frutos pues para 1935, había ocurrido una importante disminución a 65

¹² INEGI. "Mortalidad Materna y Perinatal Cifras y Hechos". Folleto 1989-1994 p. 17

¹³ *Ibid.* p. 19.

muerres maternas y se puede afirmar que desde esa fecha el momento actual su descenso ha sido continuo.¹⁴

El país continuó su desarrollo y marca una etapa importante el año de 1943 cuando se promulga la Ley del Seguro Social y para esa época los reportes estadísticos señalaban una mortalidad materna de 42 por 10,000 nacidos vivos.

El 7 de febrero de 1945 se funda la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstétrica, a partir de esa fecha, distinguidos miembros de la corporación han trabajado con entusiasmo, preparación y empeño para lograr el bienestar de la mujer y de su hijo. Así su fundador y primer presidente el Dr. Isidro Espinosa de los Reyes, que desde 1921 laboró incansablemente por abatir las cifras de mortalidad materna y con su trabajo presentado ese año titulado "puericultura intrauterina" estableció los inicios de la perinatología en México pues ya aceptaba la definición de Puericultura como: "la rama de la medicina que se ocupa de la investigación y aplicación de todo lo que tienda al mejoramiento de la especie humana".

Con la promulgación de la Ley del Seguro Social en México y la inauguración de la Maternidad No. 1 del I.M.S.S., el 10 de mayo de 1948, se inició la atención institucional de las pacientes gineco-obstétricas. Y fue aquí donde se iniciaron las inquietudes por el estudio de la mortalidad materna y al transformarse en Hospital de Gineco-Obstetricia No.1 en 1962, se formalizaron más los estudios hasta que el primero junio de 1971 se fundó el primer comité de mortalidad materna legalmente establecido por las autoridades del Hospital, con una organización bien definida, dio a conocer que para elaborar estudios correspondientes a una muerte materna es indispensable contar con los siguientes elementos:

¹⁴ S. S. A. Mortalidad, 1996. p. 388.

1.-Que se disponga de un registro completo y adecuado de nacimientos y defunciones maternas.

2.-Que se haga el análisis científico de cada muerte materna, de acuerdo a criterios y reglas uniformes dentro de límites de confidencialidad, sin ninguna medida punitiva para quien o quienes intervinieron en el caso.

3.-Que se encuentre con organismo legalmente constituidos por personal calificado para la evaluación del fenómeno, tanto en lo individual de cada muerte materna, como en la generalidad de esas muertes.

4.-Que es este en posibilidad de actuar, de acuerdo con las finalidades del comité de Mortalidad Materna.

Para los años de 1970 a 1972 la mortalidad materna en los Estados Unidos Mexicanos fue reportada entre 13 y 14 por 10,000 n.v.

El 10 de mayo de 1971, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el decreto presidencial cuyo primer acuerdo dispone "Para efectos de estadística y geografía médica, toda persona física o moral que preste atención Obstétrica, deberá proporcionar a la S. S. A. los datos que ésta solicite sobre defunciones originadas por esta atención " y en el segundo acuerdo se especifica que: "Se faculta a la S. S. A. para expedir formularios, que serán de uso obligatorio y los cuales aseguran la anonimidad de todas las partes involucradas y deberán contener datos relativos a cuidados prenatales, historia clínica en relación con el embarazo, parto natural o prematuro, puerperio, exámenes del laboratorio, hallazgos pos mortem y además los que sean necesarios".¹⁵

El 7 de febrero de 1984 aparece en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Salud la cual dispone: "En los servicios de salud se proveerá, la Organización institucional de Comités de Prevención de mortalidad Materna e

¹⁵ INEGI. Op. cit. p. 17-31.

Infantil, a efectos de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar medidas conducentes”.

En abril de 1984, el Departamento de Normas y Procedimientos, perteneciente a la Dirección General de Salud Materno Infantil de la SSA, procedió que la elaboración de un manual para la organización y funcionamiento del Comité Nacional de Estudios de Mortalidad Materna y del Comité de estudios de Mortalidad Materna en Hospitales de Segundo Nivel y Tercer Nivel de la SSA.

El 10 de agosto de 1984, en los diarios de mayor circulación de la República, apareció publicado el Programa Nacional de Salud 1984 - 1988 de la SSA, dentro de este programa se describen diferentes acciones para proteger a las mujeres durante el embarazo y el puerperio, pero destaca por su importancia, lo señalado en el capítulo de metas donde textualmente se especifica “ Disminuir la tasa de Mortalidad Materna de 0.9 fallecimientos por 1000 nacidos vivos a 0.5 en 1988.”

Al desaparecer la Dirección General de Atención Materno Infantil en agosto de 1985, la Dirección General de Epidemiología de la propia Secretaría, determinó que dependiente de la Dirección de Registro de Padecimientos se formara el Departamento de Registro de Mortalidad Materna y Perinatal.

En ese lapso se elaboró un programa oficial tendiente a establecer en forma Nacional en Registro de Mortalidad Materna Intra hospitalaria a través del llenado de tarjeta de notificación y elaboración de informes. Se diseñó el procedimiento y con el se analizaron 697 muertes Maternas ocurridas entre los años de 1983 y 1984 en el IMSS, Hospital General de México, Hospital de la Mujer e Instituto Nacional de Perinatología.

De enero de 1988 a junio de 1989, el Instituto Nacional de Perinatología, colaboró para que el Dr. José Luis Bobadilla realizara un importante trabajo titulado “Magnitud y causa de la Mortalidad Materna en el Distrito Federal 1988, 1989” se

revisaron 240 casos y como uno de los puntos importantes se establece que en el D. F., por cada muerte que se identifica por Estadísticas vitales, hay otra que se desconoce y dice: La tasa de Mortalidad Materna, entonces, pasa de 6.3 a 11.4 muertes por 10,000 n. v. registrados.

Este y otros trabajos permiten pensar con toda razón que el 5.8 que dan para 1988 las estadísticas oficiales es imposible y que lo real pueda ser estar entre 9.5 y 10.5 muertes por 10,000 n. v. en la República Mexicana.

Otro aspecto que históricamente ha sido significativo en nuestro país es la diferencia de Mortalidad Materna, no sólo entre estados (N. L. y Chiapas) sino también entre instituciones.

Un dato valioso en relación a las causas de defunciones Maternas desde que se iniciaron los reportes el orden fue: Infección, Hemorragia y Enfermedad Hipertensiva Aguda del Embarazo. Con los mejores cuidados de la grávida y los Antibióticos, la infección pasó a segundo término, siendo la Hemorragia la primera causa la cual paso desde hace 10 años a segundo lugar. En la actualidad el orden de la causa Obstétrica directa es: Enfermedad Hipertensiva de Embarazo, Hemorragia e Infección.¹⁶

Se inicia el presente régimen y por fortuna se establece nuevamente la Dirección General de Atención Materno Infantil de la S. S. A. la cual con entusiasmo ha trabajado para la operación un comité Nacional de Mortalidad Materna y Perinatal, comités en los estados y en todos los Hospitales de más de 30 camas que brindan Atención Materno Infantil.

La Dirección reporta que para 1992 dispone de información de 640 comités Intra hospitalarios de Mortalidad Materna de unidades de todas las Instituciones del Sistema Nacional de Salud.

¹⁶ S. S. A. Cifras Municipales en Salud. 1996. p. 287

Es muy satisfactorio el conocer el trabajo que desarrolla actualmente la Dirección General de Atención Materno Infantil al coordinar el Comité Nacional que concentro los datos de los comités de Mortalidad Materna establecidos en todas las unidades de Segundo y Tercer Nivel que atiendan a mujeres en estado Grávido Puerperal y datos especiales que proporcionen unidades de Primer Nivel y Parteras Empíricas a las cuales se les instruye para reportar en forma sencilla la Mortalidad Materna de que tengan conocimiento.

México requiere que sus Unidades de Salud mantengan el apoyo a las actividades tendientes a elevar el bienestar Materno, pues no es desconocido que en nuestro país, en los últimos 10 años continúan siendo las causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio las segundas de orden de importancia para la Mortalidad de mujeres de 15 a 44 años, no obstante que la muerte de origen Obstétrico es evitable en gran proporción y que la muerte Materna no significa sólo la perdida de un individuo sino que incide sobre la integridad y organización familiar, que afecta la dinámica de las familias y altera las relaciones psicosociales de los miembros de ellas.

2.2.3 RELACIÓN MODERNIDAD - TRADICIÓN

En la visión histórica de la atención obstétrica en nuestro país destacan dos sistemas de atención de salud, el Institucional formado por S. S. IMSS ISSSTE DIF y otros, por otra parte el tradicional que incluye a las parteras. Que esta relación de modernidad y tradición se mantiene por las características de diferente nivel de desarrollo de las comunidades. En las áreas rurales en las zonas marginadas de las ciudades se conserva la tradición de la partera que ha ejercido como antaño no solamente atienden los embarazos y partos normales, sino también aquellos de lato riesgo. En muchas regiones conservan "El empleo del temascal, baño de tina o de vapor, el uso de plantas medicinales u otras sustancias de origen animal, así como el recurso de maniobras manuales constituyen el armamentarium que la partera emplea en el momento del parto ya sea distócico o eutócico" así, la manteada y la sobada son dos procedimientos que forman parte integral de las

acciones preventivas que ejercen las Parteras Tradicionales para la atención del embarazo. Su finalidad es la de "acomodar el niño" y de esta manera prevenir problemas durante el parto. Además, ha tenido un importante papel como consejera matrimonial, curandera de los niños entre otros.¹⁷

Ante esta realidad el Estado ha incorporado al sector salud a las parteras las que a su vez se han visto en la necesidad de aprender los programas institucionales para estar en condiciones de proporcionar otro servicio en su comunidad, por lo que algunas han recibido adiestramiento en las jurisdicciones de salud para desarrollar actividades adicionales asociadas a los Programas Gubernamentales, como son Vacunación, Terapia de Hidratación Oral, Planificación Familiar, Participación en los comités de Salud.

Como es de esperarse estas actividades frecuentemente son asumidas con habilidad por las más jóvenes, las que tienen un mayor grado de alfabetización y niveles más elevados de escolaridad.

En este sentido se está perdiendo el papel tradicional de las parteras, puesto que las jóvenes que sustituyen a las de mayor edad, no retoman las actividades tradicionales inherentes a su función de partera, curandera, sobadora, huesera o hierbera.

La Partera Tradicional cuando es capacitada o simplemente se relaciona con la red de servicios de salud, incorpora conocimientos y prácticas de la medicina moderna que complementan aquellos de la medicina tradicional. Por lo tanto, la partera continua siendo curandera, huesera o hierbera, pero hace su incursión también en acciones de Vacunación, Planificación Familiar, Hidratación Oral y sirve de conexión con las redes de Salud.

¹⁷ INI-UNICEF. Op. cit. p. 89-96.

La coexistencia de una atención tradicional y moderna, sea esta institucional o privada, es una realidad en México. Aunque cada vez, la sección de la población rural a urbana hace que se pierda más la vida rural de la población Mexicana, la mujer no se desliga de la atención tradicional pues busca el trato cálido y personalizado de la partera, sobre todo en los regímenes pauperizados como el campo de México.

2.2.4. SITUACIÓN ACTUAL DE LA PARTERA TRADICIONAL.

En México, la partera tradicional constituye uno de los principales agentes para el cuidado de la salud para las mujeres gestantes tanto en las áreas rurales como en las urbanas marginales y su actividad incide de manera positiva o negativa en las tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal. La atención de parto por la partera tradicional fluctúa aproximadamente entre el porcentaje dependiendo de la región en que se encuentre, siendo su actividad más trascendente en aquellas zonas donde los servicios institucionales llegan a ser insuficientes.¹⁸

Las parteras tradicionales establecen una buena relación con las mujeres gestantes, favorecidas por el manejo común de códigos culturales basados en el uso de la misma lengua, tradiciones, mitos y costumbres, así como un trato amistoso y humano. Estos elementos, hacen que la comunidad al paso de los años las reconozcan como agentes tradicionales de Salud.

2.3 INTEGRACIÓN DE LA PARTERA EMPÍRICA AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN LAS ZONAS RURALES.

En México, antes de 1917 la salubridad no era responsabilidad de la Federación, sino de los Estados y Municipios. Como no existía un sistema público de servicios, el cuidado de la salud se proporcionaba a través de la caridad y de funciones privadas de atención médico hospitalarias. El estado se responsabilizaba

¹⁸ SSA OPS OMS México y Bolivia: Una experiencia en el trabajo con Parteras Tradicionales Ed. Pensa S. A. de C.V. Pag. 68.

sólo de las acciones destinadas a control sanitario de puertos, fronteras y puestos migratorios.

La Constitución de 1917 abrió una perspectiva diferente de lo que sería la salubridad y, posteriormente, la seguridad social. El artículo 73 declara que los poderes nacionales son responsables de la salubridad general de la república a partir de esta premisa, se creó el Departamento de Salubridad y el Consejo de Salubridad General, estableciéndose en el artículo 123 las bases fundamentales de la seguridad social de los trabajadores misma que se hacía realidad hasta 1943.

Durante la primera mitad del siglo XX, se expidieron las leyes y se fundaron las instituciones que conformarían el actual sistema de salud.

El interés de la Federación por los Programas Médico Sanitarios en la áreas rurales se materializó en 1928 con el Plan de Coordinación de Servicios Sanitarios de la República; en este no participó el Estado de Chiapas, como no lo haría en los servicios rurales cooperativos implantado en 1936, durante el gobierno de Lázaro Cárdenas, y que consistió en el establecimiento de centros sanitarios asistenciales en algunas zonas rurales del país.

Chiapas y específicamente los Altos no se benefició con estos servicios debido a que estaban dirigidos aquellos grupos de agricultores cuya producción revestía importancia a nivel nacional y a los grandes productores en el área rural, cualidades que no poseían los campesinos de la región, cuyas técnicas agrícolas eran trazadas y su producción fundamentalmente de auto subsistencia.

La S. S. A. inició sus actividades en el estado hasta la década de 1940, a través de programas de control de enfermedades tropicales como la Oncocercosis, Fiebre Amarilla, Pinto, Paludismo y Viruela, algunas de las cuales no han sido erradicadas de la entidad. Desde el inicio los Zinacantecos fueron los indígenas con mayor contacto en la Medicina Occidental; el hecho de que el camino a Tuxtla Gutiérrez atravesará su camino los exponía, sobre todo, a las campañas de

vacunación. Sin embargo, muchas veces su experiencia con los técnicos de estas campañas no fue muy buena, ya que en ocasiones estas se realizaban en forma prepotente y arbitraria, por disminuir los aspectos culturales relacionados con la salud.¹⁹

2.3.1 MEDICINA ALOPATA / MEDICINA INDÍGENA

El vínculo más importante entre Medicina Alópata y Tradicional se da con las Parteras y se ha establecido a través de los programas de capacitación que datan de la década de 1970 en Chiapas, que específicamente para ellas han puesto en práctica las Instituciones de Salud, con el fin de "mejorar su práctica".²⁰ Esta relación, desde luego, se ha visto matizada por la diversidad del equipo de salud compuesto por Médicos, Enfermeras, Trabajadores Sociales, etc. Entrevistas con parteras y médicos de diversas comunidades revelaron que la relación entre los representantes de la medicina Alópata y las parteras indígenas puede asumir formas de coordinación, coexistencia, asimilación, subordinación, modificación y exclusión.

Los médicos indígenas aceptaron que la coordinación entre partera y doctor es buena y se aprovecha la experiencia de los dos y que algunas parteras acuden al médico cuando lo necesita, sin embargo, siempre existen doctores que no se interesan en relacionarse con las parteras.

El vínculo entre la práctica médica Alópata y la partera se da generalmente en condiciones de desigualdad y subordinación; esta situación no es nueva ya que se produce el papel de menor jerarquía que siempre ha asumido la partera dentro de la estructura médica indígena, igual que enfermería y médicos.²¹

¹⁹ INEGI. Op. cit p. 264.

²⁰ El 26 de Octubre de 1976, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el Reglamento de Parteras Empíricas Capacitadas, que fue creado para promover la Capacitación de los Parteros Empíricos y convertirlos en auxiliares para la Salud de la Obstetricia, así como autorizarlos para el ejercicio de sus actividades.

²¹ La Partera y el Húscero poseen el estatus más bajo dentro de la estructura de la práctica médica tradicional. El me'santo y ilol tienen uno superior; el primero cuenta con el apoyo divino, el don de la adivinación y para resolver los problemas que se le presentan se valen de un oráculo. El segundo es capaz de resolver las enfermedades de origen sobre natural y todas aquellas que no curan la medicina del doctor.

2.3.2.NIVELES DE CONFIANZA DE LA COMUNIDAD EN LOS CENTROS DE SALUD. MORTALIDAD MATERNA 1990 - 1995

Los determinantes de las distintas formas históricas de coexistencia del sistema de salud han sido diversos, la misma manera que la relación entre los modelos tradicionales y profesional han tenido características distintas. En algunos casos ésta coexistencia consiste en la falta de reconocimiento u aceptación del sistema tradicional, en otros casos, en la complementariedad o en la "integración", y en otros de conflicto. Sin embargo, los médicos y la atención institucional, así como las parteras en tanto respuesta social, no constituyen de ninguna forma los únicos actores. Igual participan en los cambios de las poblaciones y comunidades, así como los determinantes socioeconómicos, políticos y culturales los que han definido históricamente las características y la interrelación de estos modelos. El conocimiento y comprensión de las necesidades macro – micro sociales a las que responden las unidades de salud en las comunidades, así como sus funciones correspondientes deben de ser contempladas para un mejor acercamiento hacia la población usuaria, para que esta se convenza de los beneficios que pueda obtener y revalorar la importancia de la salud como eje de su desarrollo integral.

2.3.3.POLÍTICAS PARA LA ATENCIÓN MATERNO - INFANTIL

CAPITULO V

Art. 61 La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

- I.- La atención de la mujer durante el embarazo, el puerperio;
- II.- La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, y
- III.- La promoción de la integración y del bienestar familiar.

Art. 62 En los servicio de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

Art. 63 La protección de la salud física y mental de los menores es una responsabilidad que comparten los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos, el Estado y la sociedad en general.

Art. 64. En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

- I.- Procedimientos que permiten la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios;
- II.- Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil, y
- III.- Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas de los menores de cinco años

Tomado de la Ley General de Salud

CHIAPAS	1990	1991	1992	1993	1994	1995
	4.8	5.5	6.3	5.3	5.9	6.5

Variación Porcentual (90-95) = 35.4

En materia de salud reproductiva, la tasa de mortalidad materna muestra una tendencia descendente durante los últimos 15 años, aunque es importante señalar que durante 1994 y 1995 este indicador presentó un ligero incremento y alcanzó prácticamente los mismos niveles observados en 1990, probablemente porque mejoró el registro de la información a través del uso del nuevo certificado de defunción donde se investiga la preexistencia de embarazo, en todos los casos donde es una mujer en edad fértil, la persona fallecida.

A pesar de que el número de muertes maternas habían continuado su tendencia a la baja, en 1995 se registraron 1,454 eventos de este tipo, lo cual representó una tasa de mortalidad materna de 5.3 por 10,000n.v.. Esto indica que para cumplir con los compromisos asumidos ante la cumbre Mundial en favor de la Infancia, se deberán reforzar las acciones dirigidas a mejorar la atención perinatal, sobre todo tomando en cuenta que las principales causas de mortalidad materna continua sin modificaciones desde la década de los ochenta, la mayoría de las cuales se pueden reducir con un buen control del embarazo y una adecuada atención del parto y del puerperio. Entre las causas obstétricas directas destacan la toxemia del embarazo, las hemorragias que ocurren durante el embarazo y el parto, así como las complicaciones del puerperio, que en conjunto generaron el 63.5% del total de las muertes maternas ocurridas en 1995.

La atención prenatal es una de las preocupaciones centrales de los servicios de salud reproductiva, debido a que durante esta etapa se pueden identificar y controlar los factores de riesgo que ponen en peligro la salud del binomio madre-hijo.

En el programa de Salud Reproductiva se hace hincapié en que la atención del parto debe ser en condiciones de higiene y por personal adiestrado.

A pesar de que cada vez es mayor el número de partos atendidos a nivel institucional, todavía es alto el porcentaje de eventos obstétricos que son atendidos en condiciones poco favorables, por lo que es necesario intensificar las acciones de capacitación a personal comunitario y parteras tradicionales en la atención del parto limpio y en la referencia de mujeres que presentan un embarazo de alto riesgo.

2.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL EN EL ESTADO DE CHIAPAS.

2.4.1. MORBI-MORTALIDAD MATERNO INFANTIL EN CHIAPAS.

La mortalidad fetal en el estado de Chiapas representa tan solo el 1.043% entre el total de los nacimientos. Esto quiere decir que, de 116,950 nacimientos sólo fueron reportadas 1220 muertes fetales, de entre las cuales 796 fueron atendidas por médicos, 9 por enfermeras, 321 por parteras empíricas, 62 por algún otro personal y los 32 restantes no fueron especificados. Esta estadística se puede clasificar de alta si se considera que desde hace tiempo, el control prenatal ha pasado a ser parte importante dentro de las estrategias de salud, lo que resulta negativo para la evaluación de estas.

2.4.2 MORBI-MORTALIDAD MATERNO INFANTIL EN LOS MUNICIPIOS DE ARRIAGA, TONALA Y PIJJIAPAN.

En cuanto a la mortalidad materna por municipio en la jurisdicción No.8 existe un bajo índice de ésta. De 1993 a 1997, solo se registraron 7 casos en el Municipio de Tonalá, 2 en el de Arriaga y 2 en el de Pijijiapan. Esto refiere que en los últimos tiempos se han diseñado estrategias para mejorar la calidad de vida tanto de la madre como del producto, cabe destacar que en el último año no se registro ninguna defunción materna en ninguno de los tres municipios, donde la ENEO ha contribuido con pasantes en Servicio Social cuyo perfil responde para la solución de este tipo de problemas.

Las estadísticas de defunciones fetales en el estado de Chiapas, de acuerdo al Municipio de Residencia Habitual nos señalan: que en el Municipio de Arriaga en los años 1994 y 1995 se registraron 15 y 7 defunciones respectivamente, en Tonalá 15 (1994) y 14 (1995) y en Pijijiapan 16 en (1994) y 10 en 1995. Esto refiere que la mortalidad neonatal ha venido disminuyendo, en algunos casos hasta en un 50% tal vez debido a que las instituciones de salud en

los últimos años han puesto mayor énfasis en el cuidado materno y se ha tratado de capacitar a las parteras tradicionales para que lleven a cabo directamente en la población y además en la Capacitación de la partera tradicional para que realicen una mejor atención del parto y la mayor higiene posible, para el bienestar del binomio.

2.4.3 ATENCION MATERNO - INFANTIL EN LOS MUNICIPIOS DE ARRIAGA, TONALÁ Y PIJJIAPAN.

El análisis de los problemas de salud de madres y niños, así como la determinación de prioridades siguiendo el concepto de condiciones de vida de los grupos humanos y los factores de riesgo, constituyen los elementos esenciales para la programación y la asignación de recursos de acuerdo con los requerimientos de las estrategias regionales.

Dentro de estas condiciones están los problemas de salud y los factores de riesgo que determinan esos problemas, así como el acceso de los diferentes grupos a los servicios de salud.

El estado actual del conocimiento es suficiente para iniciar la formulación de intervenciones mínimas para afrontar los problemas prioritarios de salud Materno-Infantil.

La SS en la Jurisdicción Sanitaria No. VIII de Tonalá- Chiapas, en el programa de Estrategia de Extensión de Cobertura, en el periodo que comprende de Enero a Abril de 1998, se brindaron 161 consultas de primera vez a mujeres embarazadas, y 439 sub-secuentes, mientras que las Parteras Empíricas dieron 441 consultas a mujeres embarazadas y de éstas sólo una fue referida al Centro de Salud por embarazo de alto riesgo.

En cuanto a la atención de partos, las Auxiliares y Supervisoras de Salud atienden el 30.86% de los partos que se presentan en las comunidades, mientras

que las Parteras Empíricas atienden el 37.39% de los mismos, refiriendo a los hospitales aproximadamente al 4% de las pacientes por presentar un parto de alto riesgo.

En consultas a púerperas la Secretaría de Salud atendió a 49 pacientes de primera vez y a 53 por consultas subsecuentes, mientras que las Parteras Empíricas brindaron 175 consultas del mismo tipo.

Dentro de la Estrategia de Extensión de Cobertura, se ha tratado de introducir a otro tipo de personal para brindar una mayor atención en cuanto a salud en la población, pero aun con eso, la Partera sigue teniendo prioridad en la comunidad, en cuanto a la atención materno-fetal, por ser un recurso que goza de la confianza y disponibilidad para la mujer durante la gestación, atención de parto y vigilancia del puerperio esto también responde al costo de los servicios y la solvencia económica reducida de los núcleos de población de estas comunidades.

2.5 CAPACITACION DE LAS PARTERAS EMPIRICAS EN LAS JURISDICCION No. VIII DEL ESTADO DE CHIAPAS.

2.5.1 ANTECEDENTES DE CAPACITACION DE PARTERAS

Desde 1937 se realizan actividades de capacitación a las parteras en curso con diferentes modalidades. Sin embargo, aún sigue sin cuantificarse exactamente su participación en la atención materno infantil. Se sabe que aproximadamente 25% de los nacimientos son atendidos por ellas, pero no se conoce con precisión su contribución en la morbilidad y mortalidad de las mujeres y niños, así como tampoco se sabe de los riesgos y daños que pueden ser evitados. Por consiguiente, no ha sido factible evaluar el impacto o cuando menos los efectos de la capacitación a través de los años.

Esta fue en 1989 una de las preocupaciones esenciales por lo cual se decide dar prioridad a la continuidad de la capacitación de parteras tradicionales,

preocupación que cabe señalar fue compartida con la Dirección General de Epidemiología. De tal manera que esta última decide incorporar dentro del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, operado principalmente, por personal técnico y profesional institucional, al Sistema sencillo, de fácil manejo, que pudiera ser utilizado por el personal comunitario voluntario, que apoya o efectúa acciones de salud dentro de sus localidades; de esa forma podría conocerse, dar seguimiento y efectuar la vigilancia epidemiológica de las acciones que quedaban completamente fuera, en el caso de la SSA, del Sistema Estatal de Información Básica (SEIB). Así nace el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Simplificada de las Parteras (SS-VES-2).

Como cualquier proyecto, sufrió diversas modificaciones durante su operación, conforme se obtuvieron diferentes experiencias. El primer diseño consistió en un cuadernillo con doce hojas una para cada mes en donde se dibujaron 11 variables: niña viva, niño muerto, mujer embarazada, aborto, muerte materna, complicaciones del embarazo, niña con complicaciones, niño con complicaciones y otros.

Este formato se sometió a prueba en 1991 en el estado de Veracruz obteniendo buenos resultados e inicia su operación ese mismo año en Guanajuato, Querétaro, Sinaloa y Tabasco.

En esa fecha y con la experiencia obtenida, el formato sufre algunas modificaciones en el diseño de los dibujos, agregándose 6 variables más. Este funciona a la fecha.

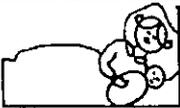
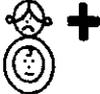
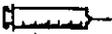
Durante los meses de agosto y septiembre de 1991 se capacitó personal de 27 entidades federativas en el *Curso para Formación de Capacitadores de Parteras* iniciando formalmente la operación del Sistema de Información en junio de 1992, con la indicación de presentar el primer informe en julio de ese año.

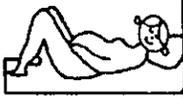
ESTRUCTURA

El Sistema de Vigilancia Epidemiología Simplificada de la Partera actual consta de un cuadernillo, en el cual la partera marca con una "X" cada actividad realizada. Al final de cada mes en el extremo desprendible o colilla, la persona encargada de recolectar la información suma el total de acciones. Las variables que considera son : mujeres embarazadas, parto normal, aborto, niña viva, niño vivo, niña muerta, niño muerto, muerte materna, puerperio normal, muerte neonatal, complicaciones del embarazo, parto complicado, niña con complicaciones, niño con complicaciones, puerperio complicado, dosis aplicadas de Toxoide Tetánico y otras.

Con las colillas recolectadas se concentran la información de cada jurisdicción, llevando el control de las parteras que informan y el número de localidades en donde éstas se encuentran.

Se utiliza para los casos de riesgo detectados por las parteras que deberán ser remitidos a las unidades de salud; contiene las mismas figuras del cuadernillo que significan riesgos y se proporciona a la señora que requiere atención médica, el reverso se utiliza para la contrarreferencia en donde se anotan todas las recomendaciones emitidas por el personal médico que atendió el caso.

		 <p>PUERPERIO NORMAL</p>
		 <p>MUERTE NEONATAL</p>
		 <p>COMPLICACIONES DEL EMBARAZO</p>
		 <p>PARTO COMPLICADO</p>
		 <p>NIÑA CON COMPLICACIONES</p>
		 <p>NIÑO CON COMPLICACIONES</p>
		 <p>PUERPERIO COMPLICADO</p>
		
		<p>? OTROS</p>

FECHA _____		Comunidad _____
		Promotor _____
		Fecha _____
		Capacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		Posada de nacimiento SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
 MUJER EMBARAZADA		
 PARTO NORMAL		
 ABORTO		
 NIÑA VIVA		
 NIÑO VIVO		
 NIÑA MUERTA		
 NIÑO MUERTO		
 MUERTE MATERNA		

FLUJO DE INFORMACIÓN

El funcionamiento del sistema de información en los estados está a cargo de los Servicios de Salud teniendo la responsabilidad operativa el Departamento de Atención Materno Infantil o en las oficinas encargadas del Programa. Cumplido un mes de actividades los supervisores serán los responsables de reunir y revisar la información producida por las parteras, además de verificar el correcto llenado de los formatos. Esto servirá para dar seguimiento y asesoría a las parteras, manteniendo contacto permanente con ellas; por otro lado, la información es utilizada para orientar la capacitación de acuerdo a los problemas detectados.

En el nivel estatal el departamento de Atención Materno Infantil revisa, concentra y valida la información de todas las jurisdicciones y la entrega al Departamento de Epidemiología el cual la envía a la Dirección General de Epidemiología y a la Dirección General de Atención Materno Infantil.✦

2.5.2 DIDACTICA PARA LA CAPACITACIÓN DE LA PARTERA EMPÍRICA.

EL METODO EXPOSITIVO

La didáctica es la parte técnica de aplicación de la Pedagogía. Refiere, entre otros puntos la técnica didáctica específica para las poblaciones en donde se requiere de la herramienta para el proceso enseñanza-aprendizaje.

Dentro de las técnicas están el método expositivo, el cual puede combinarse con discusiones, demostraciones e intercambio de experiencias dado que se trata más de la capacitación sobre prácticas obstétricas interés de las participantes.

✦ PAGINA SSA-IMSS, La partera tradicional en la atención Materno Infantil en México, México 1994, p. 69-78.

El método expositivo es uno de los más antiguos en el terreno de la enseñanza, así como la copia, el dictado y la lectura. Consiste en la presentación oral de un tema, lógicamente estructurado.

El recurso principal de la exposición es el lenguaje oral, que debe ser objeto de la máxima atención por parte del expositor, en el proceso enseñanza aprendizaje el lenguaje además de ser el elemento mediador tiene carácter estimulador que hace que los educandos realicen sus propias representaciones simbólicas de la realidad, porque esta reacción es la que permite ir consolidando toda una serie de elementos que facilitan el aprendizaje y lo llevan a la aplicación en la resolución de problemas.

El empleo del método expositivo requiere bastante preparación en lo referente al asunto a tratar, así como cierta capacidad personal para expresarse y para captar la atención del auditorio. Es preciso, también, que el expositor esté informado con respecto a la capacidad del auditorio, para expresarse en forma más explícita o más implícita, y para tomar ciertas precauciones con el vocabulario a usar.

Para hacerse más eficiente, la exposición requiere, sin embargo, el uso de otros recursos didácticos, ya que la fluidez y la buena expresión verbal no dispensan en absoluto de cierta capacidad de dramatización, de buenos conocimientos sobre el asunto tratado ni de la capacidad de síntesis.

El expositor debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Que él es el único actor, debiendo esforzarse para que otros elementos del auditorio participen también en la apreciación de conceptos, emitiendo sugerencias.
- b) Que el sentido de la audición es el más solicitado, debiendo, pues, imaginar recursos que sensibilicen otros sentidos.

c) Que la fijación del aprendizaje es más difícil cuando el mensaje es sólo oral, por lo que se imponen otros medios para ayudar a los oyentes a elaborar los datos del mensaje transmitido, sobretodo cuando se trata de procedimientos y habilidades para el hacer.

d) Que la motivación es más difícil y que la falta de interés es mayor que en otros métodos de enseñanza, por lo cual el expositor al hacer su intervención más ilustrada.

OBJETIVOS

Los objetivos del método expositivo son:

a) Posibilitar la transmisión de informaciones y conocimientos lógicamente estructurados y que poseen continuidad con un dispendio mínimo de tiempo.

b) Transmitir experiencias y observaciones personales que aun no figuran en las formas convencionales de comunicación.

c) Economizar tiempo y esfuerzos cuando haya urgencia en hacer una comunicación.

d) Motivar a un grupo para que proceda a hacer estudios más profundos sobre un tema determinado.

e) Posibilitar la síntesis de temas extensos y difíciles, que, de otra manera, son complejos y problemáticos al abordarlos.

CONDICIONES PARA UNA EXPOSICION EFICIENTE

La exposición eficiente, requiere de una planeación para hacerla dinámica y alternada con diversos recursos concretizantes y participantes, entre los cuales están:

a) Establecer con claridad los objetivos de la exposición.

- b) Planificar bien y lógicamente la secuencia de los tópicos que constituyen la exposición.**
- c) Conocer bien al auditorio y sus necesidades, a fin de adecuar al mismo la forma de la exposición y los datos a exponer.**
- d) Tratar de satisfacer realmente la expectación creada en la fase inicial de motivación, para impedir que el auditorio se sienta frustrado por no recibir aquello que esperaba.**
- e) Dar un cierto colorido emocional a la exposición pero sin exagerar.**
- f) Mantener al auditorio en actitud reflexiva, planteando, de tiempo en tiempo, cuestiones que exijan razonamientos, con la presentación de situaciones problemáticas, relativas al tema de exposición.**
- g) Intercalar, aquí y allá, breves e inteligentes interrogatorios.**
- h) Relatar, cuando sea oportuno, o para dejar descansar al auditorio, anécdotas pertinentes.**
- i) Promover breves discusiones y aun emplear, cuando sea oportuno, la técnica del cuchicheo.**
- j) Promover la proyección de filmes o diapositivas para motivar, comprobar o provocar observaciones.**
- k) Realizar demostraciones breves y convincentes, en momentos apropiados.**
- l) Mostrar grabados, gráficos o láminas que ilustren mejor la exposición.**
- m) Promover ejercicios rápidos y objetivos, siempre que sea el caso.**
- n) Realizar periódicamente recapitulaciones, que no solo permiten un descanso al auditorio, sino que reavivan las nociones tendientes a facilitar la comprensión de otras, que se van a presentar.**
- o) Promover, antes de la exposición, experiencias que funcionen como motivación, o realizarlas, siempre que no sean muy largas, durante la exposición misma.**
- p) Aprovechar vivencias de los oyentes para enriquecer o comprobar la exposición.**
- q) Suscitar dudas continuamente.**
- r) Realizar al término de la exposición, una labor de síntesis, siempre que sea posible, con la cooperación de los oyentes.**

CONDICIONES REFERENTES A LA EXPOSICIÓN

Las condiciones básicas están enfocadas a: el lenguaje, el tiempo, el uso de pizarrón y a la fluctuación de la atención.

El lenguaje oral es el principal instrumento del método expositivo, el mismo requiere una serie de cuidados, a fin de que la acción del método sea más eficiente.

El tono de voz debe ser el de una conversación de manera que la exposición se haga más informal y para que haya una mejor relación entre el expositor y el auditorio.

La intensidad de la voz debe ser adecuada al tamaño y a la acústica del local de la exposición, porque, si la voz es baja cansara pronto y hará perder el interés al auditorio, que no logrará seguir el razonamiento del expositor, si la voz es demasiado alta, hará perder el interés o posiblemente irritará al auditorio, que prestará más atención a las estridencias o a los agudos del expositor que a su mensaje propiamente dicho.

La pronunciación del expositor es de mucha importancia para el éxito de este método, porque las palabras mal pronunciadas, o masculladas acaban por hacer perder el interés al auditorio, puesto que dificultan la aprehensión del mensaje y contenido en la exposición.

El ritmo de la exposición tiene también mucha importancia en el éxito de la misma, pues es fácil advertir que un expositor que lanza las palabras como una ametralladora lleva a la falta de interés. Esa misma falta de interés es provocada por el expositor que arrastra sílabas, palabras y frases, las cuales de tan lentas, hacen dormir a todos después de los primeros minutos de exposición. El ritmo deseable es aquel que permite al oyente captar adecuadamente el mensaje, reflexionar sobre el mismo, tomar notas cuando sea necesario y hacer preguntas si se permite el diálogo.

El lenguaje debe de ser simple, directo y constituido, con un vocabulario que el auditorio conozca, de manera, que cuando se emplea un término presumiblemente desconocido, debe explicarlo adecuadamente, a fin de facilitar la comprensión del asunto expuesto.

Otra recomendación de gran importancia para el buen éxito de la exposición es evitar torrentes de palabras, floreos o rodeos inútiles, que confunden más de lo que aclaran. Nada de palabras superfluas. Ir directamente al tema, en forma objetiva y clara, sin circunloquios.

La cuestión del tiempo es decisiva para el éxito de una exposición y puede encararse desde dos ángulos.

1.- El tiempo de exposición continua no debe sobrepasar los cinco minutos, sin una interrupción. El tópico de una mensaje debe dosificarse o sintetizarse para que no exceda de ese tiempo, al cabo del cual se hará una interrupción, usando un recurso cualquiera de los ya indicados, antes de proseguir con la exposición de otro tópico.

2.- El tiempo total de una exposición, no sobrepasar a los 40 ó 50 minutos. Lo que exceda de ese límite, a no ser en caso de motivación excepcional, estará fatalmente perdido.

El pizarrón es un excelente auxiliar para una buena exposición, siempre que los datos esenciales de la misma se registren allí en orden lógico y con letra legible.

El acto de consignar algo en el pizarrón funciona también como un descanso para el auditorio, antes de que se prosiga con la exposición.

No presentar informaciones mientras se consigna algo en el pizarrón, pues el oyente no sabrá si copiar o prestar atención a lo que se está escribiendo o a lo que se expresa oralmente.

Reserva una parte del pizarrón, debe para registrar los principales tópicos en exposición, de manera lógica y consecuente. Esto permitirá al oyente ver, en un solo conjunto lo que ya se ha expuesto. Le permitirá además colmar pequeñas lagunas debidas a las distracciones naturales que tienen lugar durante la exposición, dado que la atención no puede seguir, por mas que lo quiera, todos los detalles omitidos oralmente.

Otra recomendación es la de que los nombres, las fechas, las representaciones y los detalles se consignen en el pizarrón.

El retro proyector es también un óptimo auxiliar de la exposición. Dentro de ciertos límites, puede sustituir convenientemente al pizarrón, con la ventaja de que la proyección de datos en la pantalla o aun en el pizarrón mismo puede hacerse con la luz natural y con el expositor vuelto hacia el auditorio.

Hay que tener cuidado, porque a veces por más interesante que sea una exposición, la atención del oyente no puede mantenerse concentrada en ella por largo tiempo. Se producen, fatalmente, evasiones hacia pasajes ajenos a la exposición.

El docente estará atento a ese fenómeno, muy natural, que da margen a los momentos críticos de la exposición. Con ingenio y arte, atraerá nuevamente la atención del auditorio hacia la exposición. El expositor tendrá a su alcance los recursos señalados como condiciones para una exposición eficiente, para usarlos oportunamente en esos momentos que suelen ser dos o tres por sesión expositiva. El expositor estará, prevenido para hacer frente a esos momentos, con ejercicios, proyecciones, anécdotas, discusiones, presentación de material didáctico, etc.

DESARROLLO DEL MÉTODO

La exposición usada como método de enseñanza debe presentar una estructuración adecuada, para que el educando no quede limitado a las palabras del docente.

a) Presentación del tema por parte del docente, según el esquema que sigue:

1.- Introducción motivadora.

2.- Desarrollo lógico del tema, dividido en tópicos significativos.

3.- Realización alternada de ejercicios, interrogatorios y pequeñas discusiones, siempre que sea oportuno.

4.- Realización de una síntesis que integre todos los puntos presentados, siempre que sea posible, con la cooperación de los educandos.

5.- Conclusiones sacadas, cuando sea el caso, con la participación de la clase.

a) Distribución, a la clase, de un plan de la exposición, antes o después de ésta según la naturaleza del tema expuesto y el plan de trabajo elaborado por el docente. Hay casos en que es útil la distribución antes de la clase, pero hay casos en que es mejor la entrega posterior a la misma.

El resumen del docente puede contener los tópicos esenciales de la clase, será una especie de plan, con indicaciones de lecturas obligatorias, ejercicios, experimentos u observaciones a hacer, debiendo consignarse todo ello en el cuaderno de la disciplina.

En caso de que no se distribuya ese plan, los educandos, individualmente o en grupo, y en base las indicaciones del docente, harán el resumen del tema expuesto.

b) Independientemente de que haya, o no, distribución de plan éste debe ser presentado en clase a través de un educando, después del estudio del tema, a lo que seguirá una discusión.

- c) Apreciación, por parte del docente, de ese trabajo de presentación.
- d) Verificación del aprendizaje.
- e) Rectificación del aprendizaje, en caso necesario.

Fuente : <http://keshel.nnt.edu//ragman//programs/rodel1.htm/>

SECRETARIA DE SALUD
SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PUBLICA EN EL ESTADO
DIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD
JURISDICCION SANITARIA NUM. VIII

CARTA DESCRIPTIVA PARA ACTIVIDADES DE CAPACITACION PARA PARTERAS EMPÍRICAS.

NOMBRE DEL CURSO O EVENTO: Capacitación de Parteras.

DIRIGIDO A: PARTERAS TRADICIONALES.

RESPONSABLE DEL CURSO O EVENTO: Gómez Monroy

DURACION MES: ABRIL DÍAS: 12 HORAS: 5

Ana Dionisia, Tovar González Osvaldo

SEDE: Jurisdicción No. VIII club de Leones.

OBJETIVOS GENERALES:

Hospital De Arriaga

1. Mejorar la calidad de vida en el binomio madre e hijo durante

FECHA DE INICIO DEL CURSO: 27/04/98

la Atención Perinatal, Parto y Puerperio.

2. Disminuir la Morbi-Mortalidad materno fetal del Estado.

FECHA Y HORARIO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO TEMÁTICO	TÉCNICA DIDÁCTICA	AUX. DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN	RESPONSABLE	BIBLIOGRAFIA
27/04/98 9:00 a.m. 14:00 p.m.	*Valorar signos y síntomas en el embarazo. *Identificar factores de riesgos en el período gestacional. *Mejorar la calidad de vida del binomio madre e hijo por medio de la consulta prenatal.	*Control Prenatal. *DX de emb. *Factores de riesgo durante el embarazo. *Exploración física. *Auscultación del latido fetal. *Molestias del embarazo.	*Exposición de temas.	*Rota folios. *Película. *Pizarrón. *Acetatos.	*De manera práctica.	PLEO. Tovar González. Osvaldo. PLEO. Gómez Monroy Ana Dionisia.	*Brunner Manual de la enfermera. Ed. Mediterráneo. 3ª. Ed. *Cecil Wyngaarden, Trat. de Medicina. Editorial Interamericana. 6ª. Ed. México 1991. *Dorland Dicc. Médico. Ed. Interamericana 13ª. Edición. México 1996.
25/05/98 9:00 a.m. 14:00 p.m.	*Valorar signos y síntomas de un trabajo de parto. *Identificar signos de alarma durante el trabajo de parto. *Brindar una mejor atención del trabajo de parto.	*Parto limpio. *Curso clínico de trabajo de parto. *Mecanismo de trabajo de parto. *Alumbramiento	*Exposición de temas. *Mesa redonda.	*Rota folios. *Película. *Pizarrón. *Acetatos.	*De manera práctica.	PLEO. Tovar González. Osvaldo. PLEO. Gómez Monroy Ana Dionisia.	*P.I.M. *Lawrence M. DX. Clínico. Ed. Manual Moderno 30ª. Edición. México 1995.
22/06/98 9:00 a.m. 14:00 p.m.	*Disminuir la mortalidad Materno fetal por complicaciones durante el trabajo de parto.	*Parto complicado. *D.C.P. *Gemejar. *Distancia de contracción. *Desgarre perinatal. *DPPNI *Placenta previa *Distocias. *Máterna. *Fetal.	*Exposición de temas. *Mesa redonda.	*Rota folios. *Pizarrón. *Acetatos.	*Teórico.	PLEO. Tovar González. Osvaldo. PLEO. Gómez Monroy Ana Dionisia.	*Mondragón, Castro Obstétrica Básica Ilustrada. Ed. Trillas. 2ª. Edición. México 1982. *Norma Técnica. *Rosales Berrera. Fundamentos de enfermería. Ed Manual Moderno 3ª. Edición México 1991.
20/07/98 9:00 a.m. 14:00 p.m.	*Hacer hincapié en los métodos de Planificación Familiar. *Identificar signos y síntomas de un puerperio fisiológico y complicado. *Cuidado al R.N. *Mencionar y hacer hincapié en las ventajas que ofrece la alimentación al seno materno. *Identificar signos y síntomas de alarma de niños menores de 5 años.	*Atención al R.N. *Exploración física. *Atención al puerperio. *Alimentación al seno materno. *Métodos de P.F.	*Exposición de temas.	*Rota folios. *Pizarrón. *Acetatos.	*Teórico.	PLEO. Tovar González. Osvaldo. PLEO. Gómez Monroy Ana Dionisia.	

III. METODOLOGÍA

3.1 MODELO EDUCATIVO:

Didáctica Crítica

3.2 UNIVERSO DE TRABAJO.

Parteras Empíricas pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No. VIII de Chiapas en los Municipios de Arriaga, Pijijiapan y Tonalá.

3.3 MUESTRA.

Fue de tipo convencional de acuerdo a los criterios de inclusión establecidos y quedó formada de la siguiente manera:

18 Parteras Empíricas.	}	3 de Arriaga. 12 de Tonalá. 3 de Pijijiapan.
---------------------------	---	--

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Parteras pertenecientes a la Jurisdicción No. VIII de los municipios de Arriaga, Tonalá y Pijijiapan.
- Que por lo menos hayan atendido cinco partos.
- Que estén registradas en salubridad.
- Que tengan necesidades de capacitación.
- Que no hayan recibido previamente cursos de capacitación.

3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- ❖ Que sean Auxiliares de Salud.
- ❖ Que nunca hayan atendido partos.
- ❖ Que pertenezcan al Seguro Social.

3.6 CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACION

Es un estudio univariado de una sola muestra.

Estudio Descriptivo: En él se estudian las características de un grupo sin establecer comparaciones.

Estudio Transversal: Se examina las características en un momento dado o durante un tiempo limitado.

Estudio Retrospectivo: Es un estudio de campo por el tipo de recurso a utilizar en la recolección de datos.

3.7 METODO DE INVESTIGACION

Cuantitativa: En la recolección de datos y descripción de los mismos.

Cualitativa: En la interpretación de resultados.

3.7.1 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Encuestas por medio de un cuestionario que se encuentra dividido en cuatro apartados que contienen preguntas abiertas y cerradas que son:

1. La ficha de identificación, características de su vivienda y actividades que ella realiza a parte de la atención del parto.
2. Control prenatal.
3. Atención de parto.
4. Atención al puerperio.

3.8 PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN

La recolección de datos fue tomada de las parteras en las comunidades de origen identificando los objetos de observación, se abordaron para la entrevista estructurada con el cuestionario antes descrito, éste fue llenado por los pasantes, ya que en general la población tiene dificultad para la lectura o bien algunas no saben leer por lo tanto se tuvo que hacer interpretación de las cuestiones para facilitar la comprensión y obtener las respuestas esperadas de acuerdo al tema.

La interrelación con ellas fue de aceptación y reconocimiento, la colaboración que se obtuvo permitió la aplicación del cuestionario posteriormente, el desarrollo de la propuesta para elevar la calidad de las acciones y disminuir el riesgo de complicaciones perinatales.

3.9 PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Una vez aplicados los cuestionarios se procedió al vaciado en hojas tabulares para la concentración en el caso de las preguntas cerradas y la categorización de las respuestas en las preguntas abiertas.

Se elaboraron cuadros de distribución de frecuencia con los números absolutos, se sacaron porcentajes, se elaboraron cuadros y gráficas correspondientes.

El análisis se hizo de acuerdo a las medidas del resumen y en la interpretación se tomo en cuenta las observaciones de la práctica y el marco teórico.

3.10 ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

3.10.1 RECURSOS HUMANOS:

Dr. Margarito Ordóñez Pineda

Dr. Bernardo Arreola Mendoza

Hospital de Arriaga

Club de Leones de Pijijiapan

Dos pasantes de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia.

Administrador Jurisdiccional Lic. José Alfredo Velásquez Vázquez

Jefe Jurisdiccional Lic. Mario Ángel Madrid Tovilla

3.10.2 RECURSOS FINANCIEROS:

\$300.00 quincenales.

3.10.3 RECURSOS MATERIALES:

Computadora, impresora, escáner, acceso a páginas de Internet, hojas, lápices, bolígrafos, material bibliográfico, fólder.

IV DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Respecto a la edad de las Parteras Empíricas el promedio es de 47.83, la desviación estándar 10.84 y el coeficiente de variación de 21%. La población es homogénea a partir del coeficiente, respecto al rango de 48 la amplitud en la población es grande después de los 30 años son mujeres maduras con experiencia la curva con desviación a la izquierda.

Lo anterior permite que en los lugares de Pijijiapan, Tonalá y Arriaga, en el censo de la población se requiere de experiencia y madurez para tener ascendencia en la atención de los partos. Esto refiere haber adquirido conocimientos por las propias vivencias y experiencias de la gente mayor que facilite el aprendizaje. **CUADRO # 1**

La escolaridad de las parteras responde a la situación de educación de la mujer en dichas comunidades, ya que en general la mujer quede marginada por diferentes factores, como las tareas del hogar, por tanto 2/3 partes han asistido a la escuela y el resto es analfabeta, lo que tomamos en cuenta para la capacitación. **CUADRO #2.**

En cuanto al Estado Civil de las Parteras observamos que un 66.6% de ellas se encuentran casadas, mientras que de las restantes, la mitad esta en unión libre y la otra mitad ya enviudó. Llama la atención que existe el consenso de la población de aceptar en esta actividad, mujeres con la experiencia de la maternidad por ser sus propias vivencias un aprendizaje. **CUADRO # 3**

Respecto a los Municipios al que pertenecen las parteras, el 66.6% viven en Tonalá donde se concentra la mayor población en relación con los otros 2 municipios, mientras que del 33.4% restante, la mitad vive en Arriaga y la otra mitad en Pijijiapan. Los 3 municipios se caracterizan por una población dispersa en pequeños grupos o rancherías. **CUADRO # 4.**

La casa de las parteras Empíricas constituye un recurso de salud porque en ellas se atiende la consulta prenatal y en ocasiones el parto. Por lo tanto, tiene relevancia la característica de estas casas, El material de construcción de las viviendas en el 83.3% están hechas de piso de concreto, paredes de ladrillo y techo de teja. Esto beneficia de gran manera la calidad de higiene para la atención del parto puesto que algunas las atienden en una área dentro de su casa. El 11.1% son de ladrillo y piso de tierra. El 5.6% restante son de palma con piso de tierra, por lo que en estas últimas, la madre y el recién nacido tienen riesgo de contraer alguna infección, como el Tétanos neonatal. **CUADRO # 5.**

La mayoría de los partos se atienden en el domicilio de la parturienta y en ocasiones en el de la partera misma. De aquí que la importancia de reconocer aquellas características de las viviendas que afecta la calidad de atención que se les brinda como son los servicios intra domiciliarios que da una pauta sobre las condiciones de higiene en la atención del parto y del recién nacido.

La mayoría de las parteras tienen luz eléctrica, la mitad utilizan agua de pozo, el 66.7% tienen letrina o fosas sépticas y el 33.3% desechan sus excretas al ras del suelo. En cuanto a los combustibles para cocinar, tres cuartas partes utilizan leña y hojas secas. Algunas cuentan con estufa de gas aun cuando usan la leña. **CUADRO # 6.**

En cuanto a los servicios con que cuenta las comunidades donde ejercen las parteras empíricas, 2/3 partes cuentan con servicio telefónico lo cual es de gran ayuda para solicitar apoyo o hacer alguna referencia en algún caso de emergencia que se les presente. **CUADRO # 7.**

En las comunidades del presente estudio, hay diversos medios de transporte dependiendo de la situación geográfica y la densidad de población. Un 77.7% tiene acceso por vía terrestre sólo con colectivo. El 11.1% con tren y lancha, 5.6% con colectivo y tren, y un 5.6% solo en lancha. Esto nos refiere la existencia

de muchos lugares en donde viven marginados y alejados de los servicios de salud por carencia de transporte. **CUADRO # 8.**

En cuanto al acceso a los servicios de salud y el tiempo de traslado a ellos, el 55.6% de las parteras refirieron sus pacientes a clínicas rurales que se encuentran a menos de 30 min. de distancia. El 38.9% de ellas prefiere trasladarlas a Hospitales que quedan a menos de una hora de distancia en automóvil y solo un 5.6% de ellas, las refiere a un Hospital que se encuentra a mas de una hora de distancia. Los medios de transporte son particulares y están sujetos a la disponibilidad de quienes los poseen. En algunos casos la partera acompaña a la parturienta al lugar de referencia con la incertidumbre de la aceptación o no a los centros de salud más cercanos. **CUADRO # 9.**

Con respecto a quien les enseñó a las parteras a atender partos es importante mencionar que más de la mitad de ellas aprendió por la necesidad de atender sus propios partos o el de algún familiar. Aunque es también sabido que a muchas de ellas la profesión les fue heredada por sus madres y a otras quizá las menos les fue heredada por sus suegras, lo que les da una característica de aprendizaje empírico. **CUADRO # 10.**

Respecto a los años de experiencia que tienen las parteras, el 38.9% tienen entre 1 y 10 años de experiencia, 27.8% entre 11 y 20 años y 33.3% restante cuenta con más de 21 años. Estos años de ejercicio les dan la hegemonía y el reconocimiento de la población por lo cual es difícil un cambio, en los servicios de salud institucional son subutilizados porque las personas conservan la tradición de ser atendidas en su domicilio por las parteras. **CUADRO # 11.**

De las instituciones de salud que han brindado cursos de capacitación a las parteras tradicionales solo la Secretaría de Salud se ha preocupado de que este recurso humano tenga un mejor conocimiento de las actividades que realizan para el beneficio de sus propias comunidades. Las otras instituciones del sector salud las han relegado, lo que es manifiesto, al hacer caso omiso de ellas en sus

programas, aun cuando la OMS las ha considerado parte integrante del sistema de salud. **CUADRO # 12**

En cuanto a los cursos que les han impartido a las parteras tradicionales, el 66.7% de ellas han recibido capacitación de como llevar a cabo un parto limpio, los cuidados que se le dan al recién nacido y la atención del puerperio. El 11.1% llevaron además el curso de inserción del DIU y el 22.2% restante no ha tomado ningún curso. Es decir, que aun existe un gran retraso para la detección de riesgo de los factores de Morbi-Mortalidad materna y fetal. **CUADRO # 13.**

La mayoría de los daños obstétricos pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante el enfoque de riesgo tanto para la madre como para el producto y la realización de actividades eminentemente preventivas tienden a favorecer el curso normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, así como mejorar la sobrevivencia materno-infantil con la calidad de vida que brinda una atención de mayor calidez.

Un poco más de la mitad de las parteras, realizan un control prenatal en el tercer trimestre, debido a que la embarazada siente más molestias durante este, acude a la partera para que le realice una manteada o una sobada y mejorar con esto su malestar.

El resto ha comprendido la importancia del control oportuno en las primeras etapas, de manera que puede aplicar medidas de prevención de riesgo materno-fetal. **CUADRO # 14.**

El número de partos atendidos por las parteras responde a la experiencia, madurez y confianza que la comunidad les tiene a cada una de ellas, a través de la técnica y desarrollo de sus actividades. El 38.8% de las encuestadas han atendido más de 150 partos, el 27.8% de 21 a 50 y el 22.2% de 5 a 20 y el resto de 51 a 150 partos. **CUADRO # 15**

Dentro de las comunidades existen costumbres y creencias con relación a la atención del parto en el hogar que son difíciles de erradicar además de la comodidad que representa para la parturienta estar en su casa durante este episodio. A esto se suma que, la mayoría de las parteras carecen de instalaciones especiales para la atención del evento obstétrico, por tanto el 88.9% de los partos son atendidos en el domicilio de las parturientas con todos los riesgos, por las condiciones ambientales. **CUADRO # 16.**

La preferencia en la posición para la atención del parto varía en cuanto a la forma de aprendizaje de la partera, la comodidad de la parturienta y la dificultad para la expulsión del producto. Respecto a la posición para el parto la mayoría ha encontrado mejores resultados en la posición ginecológica. Sin embargo, se siguen utilizando otras posiciones que ayudan a acelerar el proceso de expulsión como en cuclillas o en una silla. **CUADRO # 17.**

Con relación al número de consultas realizadas durante el puerperio por la partera empírica al binomio madre-hijo, tiene relación con el interés y responsabilidad al ejercer su trabajo. El 66.7% de ellas brindan de 6 a 10 consultas durante los 40 días disminuyendo las posibilidades de infección puerperal, mientras que el resto se limitan a la atención del parto y una o dos consultas en esta etapa del puerperio. **CUADRO # 18**

En la Atención al Puerperio el 72% recomienda la deambulacion de la mujer a las 72 horas después del parto. Solo el 27.8% de las parteras recomiendan deambular antes de las 72 horas, a las cuales se les instruyo acerca de las ventajas, que esto conlleva. **CUADRO # 19**

El 50% de las parteras empíricas indican a la parturienta que se bañe al día siguiente. Esta es una etapa de transición donde se aprende lo moderno sin perder lo tradicional del baño con hierbas reflejándose en una atención de calidad a la población sin romper los patrones culturales. **CUADRO # 20.**

Respecto a la actividad sexual en el puerperio, las parteras señalan la conveniencia de la abstención de la actividad sexual, misma que se ve reforzada por la tradición de no tocar a la mujer durante los días de la salida de loquios. **CUADRO # 21.**

Acerca de la profilaxis oftálmica en la atención al recién nacido más de la mitad de las parteras empíricas lo realiza con té de manzanilla; el resto no, por desconocer la importancia que tiene este procedimiento para evitar infecciones oftálmicas y reducir con esto las complicaciones. **CUADRO # 22.**

Con relación al empleo de gotas oftálmicas como antiséptico en los recién nacidos. El 61.1% de las parteras empíricas que han tenido contacto con los sistemas de salud, los utiliza de acuerdo al procedimiento que les han enseñado. El 38.9% no lo llevan acabo. **CUADRO # 23.**

La mayoría de las parteras empíricas realizan el baño del recién nacido inmediatamente después del parto. Esta medida puede ser causa del incremento de las neumonías y enfermedades de vías respiratorias que están señaladas en la estadísticas de la mortalidad perinatal dadas las condiciones del ambiente en donde se lleva a cabo. **CUADRO # 24**

Una costumbre muy difundida entre las parteras tradicionales es la entrega del niño a la madre al nacer, entre otras cosas, con el fin de iniciar la lactancia con el calostro. Además por las condiciones económicas no hay recursos para otro tipo de alimentación que no sea la del seno materno. **CUADRO # 25**

Se ha encontrado que las mujeres que son atendidas en casa o con una partera tienden en mayor proporción a amamantar a sus hijos y por un período más largo de tiempo; esto se suma a los esfuerzos de la campaña Mundial de Lactancia Materna. Las parteras promueven los diez pasos para una feliz lactancia natural, cuestión que es retomada y reforzada en la capacitación de las parteras donde se hace mayor énfasis en favorecer la lactancia al seno inmediatamente después del

nacimiento y su exclusividad por lo menos durante los primeros cuatro meses de vida, lo cual asumen las madres de esos lugares. **CUADRO # 26**

La mayoría de las parteras empíricas realiza el cuidado del cordón umbilical mediante aplicación de alcohol y algunas previo lavado con agua y jabón. Esto demuestra que es de vital importancia la forma de limpiado para evitar complicaciones posteriores, como infecciones.

El resto de las parteras, tienen muy arraigada la tradición ancestral de quemar el extremo distal del cordón y posteriormente hacer la aplicación local de un emplasto de cebo y alcanfor. Este sistema del cuidado del cordón es muy difícil cambiarlo y no se les ha convencido de lo perjudicial que es, a pesar de enseñarles el riesgo que representa el emplasto en esta zona. **CUADRO # 27**

Tradicionalmente, la partera ha ejercido paralelamente las funciones de partera y "medico". Las parteras además de atender los embarazos y partos normales, también aquellos de alto riesgo, prescriben el empleo del temazcal, el uso de plantas medicinales u otras sustancias de origen animal así como el recurso de maniobras manuales que constituyen el armamentarium, que la partera emplea en el momento del parto ya sea eutócico o distócico.

Así por ejemplo, la manteada y la sobadora son dos procedimientos que forman parte integral de las acciones que ejercen las parteras tradicionales durante el embarazo. Su finalidad es la de acomodar al producto y evitar que "se pegue a la placenta" y de esta manera prevenir problemas durante el parto. Además, la partera ha tenido un importante papel como consejera y se ha visto también en la necesidad de proporcionar otro tipo de servicio en su comunidad por ejemplo: el inyectar y poner sueros. **CUADRO # 28**

Uno de los elementos que caracteriza a las parteras tradicionales es la utilización de la herbolaria en el embarazo, parto y puerperio, conocimiento adquirido a través de la transmisión oral, tienen fácil disponibilidad de estos, y en

los mercados cercanos a su lugar de residencia, los que normalmente se adquieren a bajo costo.

Existe también, aquella partera que en vez de hierbas recurre a medicamentos. Su utilización por parteras ha sido desde siempre un aspecto delicado por los riesgos que implica el uso inadecuado. Se sabe que un número importante de ellas recurre a su uso como una rutina en su atención y se desconoce si este manejo es el requerido. Por ello se revalora incluir en los cursos informales de capacitación información sobre los medicamentos que algunas de ellas llegan a utilizar.

Es posible que el uso de tes, se dé en la mayoría de los partos, con la finalidad de apresurarlos. Por las condiciones de vida de las mujeres, para estas parteras la ausencia de leche es un problema grave y, por ello, hacen uso de toda una serie de conocimientos y prácticas tendientes a posibilitar la lactancia.

CUADRO #29 Y 30.

El total de las parteras afirman canalizar a sus pacientes cuando se presentan complicaciones durante el embarazo. Esto no significa forzosamente que así lo hagan, puede ser que contesten "lo socialmente esperado". Otro factor importante de considerar, es que aunque las parteras efectivamente refieran a sus pacientes, es poco probable que las mujeres recurran a las instancias a las que son enviadas cuando se encuentran en zonas aisladas y con deficiente infraestructura de servicios de transporte. Es decir el hecho de que la partera afirme lo anterior de lo que realmente ocurrió, pues la falta de recursos personales de las embarazadas y los problemas de disponibilidad y accesibilidad de servicios de las localidades en donde viven, limitan el número de éstas.

Por otra parte el que las parteras digan que refieren a la mujer cuando se presentan complicaciones en el embarazo, no significa que siempre suceda de esa manera o bien que existen problemas en los tales embarazos. **CUADRO # 31.**

Ante la muerte de un producto, la mayoría de las parteras empíricas señalan, sentimientos de culpa, tristeza y lastima por la madre, sienten desesperanza ya que en ese medio un bebé generalmente significa un nuevo inicio pleno de esperanza y promesa.

La muerte de un bebé establece emociones antagónicas tan fuertes que, en la mente de algunos espectadores, podrían cancelarse la una de la otra. Sin embargo, la muerte de un bebé es tan merecedora de cuidado y comprensión como lo es cualquier tragedia en el mundo. Solo 27.8% de las parteras no le ha sucedido ningún deceso de algún producto

Todos los seres humanos somos diferentes, cada uno de nosotros es un ser único, una composición de influencias múltiples. Cada persona es una acumulación de material genético, factores culturales, antecedentes familiares, experiencias personales, etc., y su forma de enfrentar los problemas es única. Por lo tanto, cuando experimentamos la muerte de una persona querida estos factores son los que determinan las diferencias en nuestra reacción.

No obstante, el duelo sigue un patrón predecible; aún cuando cada uno de nosotros siga los pasos de ese patrón a su propio modo, es muy útil saber que los demás comprenden nuestros sentimientos.

El 11.1% de las parteras están tranquilas porque sabe que los niños regresan con Dios. **CUADRO # 32.**

El papel de la partera respecto a la planificación familiar es fundamental, puesto que se ubica en las comunidades más aisladas, mismas que son las que difícilmente han podido cubrir los programas de planificación familiar de los servicios de salud. La planificación familiar más efectiva es aquella que demanda la mujer por convencimiento. La primera labor de la partera es entonces, la de informar y educar. **CUADRO # 33.**

La gran mayoría de las parteras saben que el utilizar un método de planificación familiar en la actualidad es importante para tener pocos hijos y darles más "ya que la familia pequeña vive mejor". Otra opina que sirve para agrandar el periodo intergenésico.

Algunas no promueven los métodos ya que piensan que la mujer decide sobre su propio cuerpo y que deben de tener los hijos que Dios les de, por tal motivo no informan ni promueven los métodos de planificación familiar. Y una minoría opina que desconoce completamente los métodos y así como la utilización de los mismos. **CUADRO # 34.**

V CONCLUSIONES

En los municipios de Arriaga, Tonalá y Pijijiapan del Estado de Chiapas, existe la cultura de la atención prenatal por las Parteras Empíricas, propiciado por el grado de desarrollo global de esas comunidades en donde aun con los esfuerzos del gobierno de poner a su alcance los servicios de Salud, no se logra el cambio para acceder a ellos. Esto, conlleva a mantener las tasas de morbi-mortalidad en niveles que aun dejan la incertidumbre de la competencia de la atención para estos grupos vulnerables de la población en estas áreas.

Por lo tanto, la Estrategia de Extensión de Cobertura con los recursos propios de la comunidad en donde los Parteras Empíricas son el eje de acción para llevarlas a cabo, lleva a redoblar esfuerzos en la capacitación con objeto de optimizar sus recursos y que sirva de enlace entre la comunidad en sí y los Servicios de Salud del Estado.

En el estudio se presenta el cómo las Parteras Empíricas llevan a cabo la practica Obstétrica, y al mismo tiempo se señalan los factores que limitan mayores avances en la Extensión de Cobertura, en la aplicación de la detección de riesgo, así como la limitación de los daños a la salud.

Respecto a los objetivos de:

-Identificar las necesidades sentidas en la formación Obstétrica de las Parteras Empíricas y crear un Programa de Capacitación con base en las mismas, este se cumplió en la primera etapa de contacto con la población de parteras y permitió detectar la problemática y establecer un vinculo de aceptación.

Mejorar la preparación de las Parteras Empíricas de modo que les permita contribuir en el incremento de la calidad de vida al binomio madre e hijo y disminuir los riesgos perinatales.

Dado que se llevó a cabo el desarrollo del programa de capacitación al tiempo de concluir el servicio social al impacto en la calidad no pudo ser comprobada en las tasas de morbi mortalidad desde una dimensión cuantitativa, sólo se puede inferir que si se logro la motivación por un desempeño mejor de las acciones realizadas, en beneficio de la población materno infantil.

Por otra parte durante el Servicio Social se mantuvo una comunicación abierta para despejar dudas y al mismo tiempo aprender de sus experiencias.

El programa de capacitación en base en las necesidades sentidas por las parteras empíricas, al desarrollarse se dio la respuesta a las inquietudes por ellas manifestadas.

Por lo tanto: La hipótesis planteada fue la siguiente.

Hipótesis Conceptual: Las necesidades sentidas de una nueva formación obstétrica en las parteras empíricas influirá en la calidad de atención perinatal.

Hipótesis de Trabajo: Si las partera empírica siente la necesidad de una formación obstétrica, entonces su capacitación podrá mejorar la calidad de la atención perinatal.

Con base a los resultados de la capacitación comparando el pretest con el pos-test se encontró un cambio en cuanto al mejoramiento de la calidad de las técnicas aplicadas en la atención perinatal así como en el compromiso de colaboración de salud en los programas específicos para esta población.

Como se dio respuesta de las necesidades de una formación obstétrica la actitud ante la capacitación se deja abierta para continuarla.

En los hallazgos del estudio se encuentra que desde la perspectiva de la mujer en esas comunidades, el embarazo es parte de un proceso natural, que da lugar a que tradicionalmente la demanda de atención prenatal ocurra cuando la mujer identifica algún signo o síntoma que percibe como anormal o molesto, o bien,

como parte de un código de costumbres donde solicitan la realización de procedimientos manuales, hidroterapeúticos o remedios tradicionales en lugar de acudir a los Servicios de Salud.

Adicionalmente a estas consideraciones, la insuficiente cobertura de los Servicios de Atención Materna, hace que ésta sea llevada a cabo por Parteras Empíricas haciendo la heterogeneidad del adiestramiento de estas, dando lugar a una variada forma en las funciones de Atención Prenatal que desarrollan, teniendo como consecuencia la insuficiente identificación de factores de riesgo durante la gestación, entre ellas la desnutrición, la toxemia del embarazo, la ausencia de práctica para identificar y valorar el feto, del mismo modo se suman otros factores a los anteriores, tal es el caso del periodo intergenésico corto, la multiparidad, infecciones y otros factores externos que pueden complicar la evolución del embarazo.

La formación del Sector Salud a las Parteras en el pasado, estuvo enfocada a la atención del parto como función principal sin proporcionarle los conocimientos adecuados para la valoración e identificación de factores de riesgo y la detección oportuna del daño a través de signos y síntomas que complican la evolución normal del embarazo y el trabajo de parto.

Por otro lado es evidente que la gran mayoría de las Parteras proporcionan los cuidados básicos de la atención al recién nacido en el momento del parto sin considerar de ellos, provocando en muchas ocasiones infecciones que posteriormente dejan secuelas o que pueden causar la muerte del producto como es el caso del Tétanos Neonatal o la Bronco aspiración por líquido Amniótico.

VI RECOMENDACIONES.

Ante la problemática detectada lo esencial es la capacitación con base en las necesidades sentidas de las Parteras Empíricas dado que la permanencia de los pasantes en esas áreas permitió la socialización para promover un cambio en el desarrollo de las prácticas obstétricas que llevan a cabo, por ello es necesario la adecuación didáctica de los con base en la práctica de ellas, por lo que se plantean las siguientes recomendaciones:

Las parteras son parte fundamental en materia de salud en las comunidades por tanto la capacitación y actualización más constante es sustancial para el apoyo de su trabajo.

Algunos incentivos que pueden ponerse en práctica son:

- Capacitación continua a las parteras.
- Atención Médica gratuita o simplemente con algunas consideraciones.
- Entrega de reconocimientos como constancias, diploma o cartas de felicitación.
- Establecer parámetros para entregar premios a las parteras que cumplan mejor su trabajo.
- Mejoramiento de la casa de la partera tradicional para convertirla en una posada de nacimiento.
- Vincular a la partera tradicional con el personal del establecimiento de salud hacia donde referirá a sus pacientes, ya que si no existe una buena relación, la referencia y contrareferencia no funcionan adecuadamente.

BIBLIOGRAFIA

1. BRUNNER, Manual de la enfermera. 13a edición Ed. Mediterráneo.. México 1986. P.589.
2. CECIL, Wynggarder. Tratado de Medicina Interna. 18ª. edición. Ed. Interamericana México 1991.
3. DE ASIS FLORES Y Troncoso Francisco Historia de la Medicina en México. Desde la época prehispánica hasta la presente. Tomo 1, IMSS. México 1982. P.502. Pp. 287-303.
4. DORLAND, Diccionario Medico. 13a edición Ed. Interamericana. México 1996. P. 882.
5. ENEO-UNAM, Antología Atención de la Salud en México, México, 1992, P. 280.
6. ESPINOZA, García Edith Ma. Arlette. Salud de la mujer, actitud de la mujer hacia el auto-examen mamario en la detección oportuna del cáncer en la población de enfermeras de la ENEO y el Instituto Nacional de la Nutrición, Salvador Subirañ. México, D. F. 1998, UNAM.
7. FERRARA, A Flored et. al. Medicina de la comunidad, Ed. Buenos Aires 1976 P.478.
8. FREYERMUTH, Enciso, Graciela. Médicos Tradicionales y Médicos Alópatas Colección Nuestros Pueblos. Gobierno del Estado de Chiapas, P.187. pp. 34-35, 100-113. 1995.
9. Fundación Mexicana para la Salud, El Paquete Universal de Servicios Esenciales de Salud, 1997.
10. GARCIA E. Juan, "Medicina Perinatal Pre-Hispánica", Revista. Méx., Pediatría 1996 sep-oct, P. 13.
11. HERNANDEZ Corzo Gilberto, El Orbe y México Ed. Kapelusz Mexicana México 1981. P. 31. 1996.
12. <http://kesheñ.nnt.edu//ragman//programs/rode11.html/>
13. <http://www.inegi.gob.mx>
14. <http://www.ssa.gob.mx>
15. IMM-SSA Directorio Nacional de Parteras Rurales México 1994 P. 500

16. INEGI Anuario Estadístico del Estado de Chiapas Edición 1994 , México. P. 397. Pp. 25-32
17. INI La Medicina Tradicional de los Pueblos Indígenas de México I Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana. P. 297 1990.
18. INI-UNICEF Manual para Médicos indígenas, México 1990 P. 287
19. JENNINGS, Gary. Azteca Ed. Planeta, 1981, México, P. 865.
20. LAWRENCE M. Diagnostico Clínico y Tratamiento. 30ª edición Ed. Manual Modemo. México 1995. P. 1241.
21. LORNAINE, Sherr, Agonía, muerte y duelo, Ed. Manual Modemo Pp. 273 p. 105 1996.
22. MARMOLEJO, García Sergio Arturo, Diagnostico de necesidades de salud de la comunidad de linda vista perteneciente al modulo de Santiago Tangamandapio Zamora Michoacán. México, UNAM-ENEO,1998 P117.
23. MONDRAGÓN, Castro. Obstetricia Básica Ilustrada. 2a. edición. Ed. Trillas, México 1982.
24. O. CONNOR, Nancy. Déjalo ir con amor (La aceptación del duelo) Ed. Trillas Pp. 166 1996.
25. OPS-SSA-OMS El Perfil de la Partera Tradicional en México, OPS, México 1994 P.139.
26. Pequeño Larousse en color, Ed Larousse, México Ed.1991, P. 1564.
27. PEREZ, Cabrera Iñiga, Influencia de la comunicación de la Enfermería en el comportamiento de los Neonatos Prematuros. Instituto Latinoamericano de Comunicación Educativa. México, 1998.
28. PEREZ, Cabrera Iñiga, La Partera en el Desarrollo Histórico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), México D. F. 1995.
29. ROSALES, Barrera. Fundamentos de Enfermería. 3ª edición. Ed. Manual Modemo. México UNAM-ENEO,1991.
30. SCOTT, Disnia. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 6ª edición Ed Interamericana.. México 1994.
31. SSA, Sistema Nacional de Salud, Boletín de información Estadístico-Daños a la Salud, Num. 16, Vol. 11, 1996, P.156.

32. SSA. Cifras Municipales en Salud Bases de Información 1996 del Estado de Chiapas, P. 354 pp. 49-59
33. SSA. IMSS La Partera Tradicional en la Atención Materna Infantil en México, México 1994 P. 273, Pp. 69-78.
34. SSA. Mortalidad en el estado de Chiapas, 1996. P.388.
35. SSA. Mortalidad Materna y Perinatal Cifras y Hechos 1989-1994 P. 264. Pp. 17-31.
36. SSA-OPS-OMS-Secretaría Nacional de Salud Bolivia. Una experiencia en el trabajo con Parteras Empíricas, México y Bolivia. 1993.
37. SSA-OPS-OMS-SECRETARIA NACIONAL DE SALUD DE BOLIVIA Una experiencia en el trabajo con Parteras Empíricas México- Bolivia. P. 68 1994.
38. TAMAYO, Tamayo Mario. El proceso de la investigación científica, 3ª edición, Ed. Limusa, P. 231.México, 1997.
39. UNAM Anales de la Antropología, Instituto de Investigaciones Históricas Vol. X y XIV P. 453, pp. 296-309. 1997.
40. UNICEF-OMS Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia 1995-2000 Evaluación 1996 , México. P. 273. pp. 43-53.
41. WERLNER, David y Bower Bill, Aprendiendo a promover la salud, Ed. Centro de Estudios, México, 1987, P. 672.

S

O

X

E

N

V

ANEXO 1

CEDULAS DE ENTREVISTA

A- 77 - - ANEXO 1 CEDULAS DE ENTREVISTA

1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DE LA PARTERA:

EDAD: _____ ESCOLARIDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____ ESTADO: _____

JURISDICCIÓN: _____ COMUNIDAD: _____

FECHA DE ENTREVISTA:

2.- CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS DE LAS PARTERAS.

Condiciones de la vivienda _____

Servicios Intradomiciliarios _____

3.- SERVICIOS CON QUE CUENTA LA COMUNIDAD

Teléfono Público _____ Transporte a la comunidad _____

Servicio de Salud más cercano _____

Tiempo de traslado a la Unidad Médica _____

4.- APRENDIZAJE, EXPERIENCIA Y CAPACITACIÓN DE LAS PARTERAS.

Aprendizaje del Parto (quien las enseñó) _____

- Experiencia como Partera (años) _____

- Recibió cursos de capacitación _____

- Institución que capacito a las Parteras y temas de Capacitación _____

5.- ATENCION PRENATAL.

- Consulta de Atención prenatal por trimestre _____

A- 78 - - ANEXO 1 CEDULAS DE ENTREVISTA

6.- ATENCION DEL PARTO

- Numero de Partos atendidos _____
- Lugar donde atienden los Partos _____
- En donde coloca a la mujer para atender el Parto _____
- Posición para el Parto _____

7.- ATENCION DEL PUERPERIO

- Número de Consultas _____
- Recomendaciones (caminar, bañarse, actividad sexual) _____

8.- ATENCION DEL RECIÉN NACIDO

- Práctica de Atención al Recién Nacido (lava los ojos, aplica desinfectante, cubre al niño, baña al niño) _____
- Recomienda inicio de la Lactancia Materna (al nacer, primeras 24 hrs., después de 24 hrs., no da consejos) _____
- Cuanto recomienda la Lactancia Materna _____
- Cuidado que le da al cordón umbilical _____

9.- OTRA ACTIVIDAD DE LA PARTERA

- (sobadora, curandera, hierbera, huesera, inyectora) _____

10. - UTILIZACIÓN DE REMEDIOS Y MEDICAMENTOS EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

(aceite, albahacar, canela, chocolate, epazote, manzanilla, miel, tomate, toronjil, santa maria, zoapatle, hierva santa.)

(Oxitocina, Ergonovina, Ergotrate, Penicilina, Solución Glucosada, Vitaminas.) _____

A- 79 - - ANEXO 1 CEDULAS DE ENTREVISTA

11. - REFERENCIAS POR COMPLICACIONES.

(Médico, Enfermera, Unidad de Salud, otra Partera, No Refiere.) _____

12. -¿ QUE SIENTE CUANDO SE LE MUERE UN PRODUCTO EN EL PARTO?

13. -¿PROMUEVE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR? _____

- PORQUE.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

A- 80 - - ANEXO 1 CEDULAS DE ENTREVISTA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DE LA PARTERA:

EDAD:

COMUNIDAD:

ESTADO. CIVIL:

ESCOLARIDAD:

ANTIGÜEDAD:

FECHA DE ENTREVISTA:

SERVICIO QUE PRESTA:

1.- CONTROL PRENATAL:

2.- ATENCION DEL PARTO:

3.- ATENCION DEL PUERPERIO:

CONTROL PRENATAL.

- 1.- Identifica y valora signos y síntomas de embarazo _____
- 2.- Identifica y valora factores de riesgo durante el embarazo _____
- 3.- Mide, registra y valora la presión arterial _____
- 4.- Valora la altura del fondo uterino de acuerdo con la edad gestacional y estado de salud fetal _____
- 5.- Mide, registra y valora peso y talla _____
- 6.- Identifica y valora situación y presentación del producto _____
- 7.- Localiza y valora frecuencia cardíaca fetal _____
- 8.- Determina la FPP, de acuerdo a SDG _____
- 9.- Refiere en forma oportuna a la usuaria al Centro de Salud _____
- 10.- En las visitas domiciliarias proporciona Atención Prenatal _____
- 11.- Proporciona orientación sobre como tratar las molestias que se presentan en el embarazo _____
- 12.- Identifica y valora signos y síntomas de alarma _____
- 13.- Proporciona información acerca del Toxoide Tetánico _____
- 14.- Proporciona orientación nutricional y de los cuidados prenatales _____
- 15.- Promociona la lactancia materna _____
- 16.- Proporciona orientación acerca de la Planificación Familiar _____
- 17.- Registra la información _____

A- 81 - - ANEXO 1 CEDULAS DE ENTREVISTA

ATENCION DEL PARTO

- 1.- Identifica y valora signos y síntomas del Trabajo de Parto _____
- 2.- Identifica y valora signos y síntomas que puedan complicar la evolución del Trabajo de Parto _____
- 3.- Propicia la deambulaci3n alternada con el reposo en decúbito lateral para mejora la evolución en el Trabajo de Parto _____
- 4.- Verifica y registra la contractilidad uterina y la FCF antes, durante y después de la contracci3n _____
- 5.- Verifica y valora el progreso de la dilataci3n cervical través de exploraciones vaginales _____
- 6.- Mantiene hidrataci3n de la paciente durante el Trabajo de Parto _____
- 7.- Para la atenci3n del periodo expulsivo efectúa el aseo perineal y de la cara interna de los muslos sin hacer presi3n sobre el útero para acelerar la expulsión _____
- 8.- Para la atenci3n del alumbramiento propicia el desprendimiento espontáneo de la placenta y evita la tracci3n del cord3n umbilical antes de su desprendimiento completo _____
- 9.- Comprueba la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas _____
- 10.- Revisa el conducto vaginal y verifica que el pulso y la presi3n arterial sean normales _____
- 11.- Verifica que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso _____
- 12.- Identifica y valora las condiciones del reci3n nacido al nacimiento _____
- 13.- Realiza los cuidados inmediatos al Reci3n Nacido _____
- 14.- Proporciona los cuidados mediatos al Reci3n Nacido (somatometria, permeabilidad rectal) _____
- 15.- Refiere oportunamente a la paciente al Centro de Salud _____
- 16.- Registra la informaci3n _____

A- 82 - - ANEXO 1 CEDULAS DE ENTREVISTA

ATENCION DEL PUERPERIO

- 1.- Identifica y valora signos y síntomas que pueden complicar la evolución del puerperio _____
- 2.- Valora la normalidad de los signos vitales _____
- 3.- Verifica la normalidad del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de micción _____
- 4.- Orienta a la madre sobre la deambulación la alimentación normal y la hidratación. _____
- 5.- Orienta a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de lactancia materna y sobre los signos de alarma que ameriten atención médica de ambos. _____
- 6.- Durante el puerperio mediato vigila la involución uterina, los loquios y la normalidad de los signos vitales. _____
- 7.- Promueve los métodos anticonceptivos. _____
- 8.- Valora el crecimiento y desarrollo del Recién Nacido. _____
- 9.- Identifica y valora signos y síntomas de riesgo en el recién nacido. _____
- 10.- Refiere de manera oportuna al Centro de Salud. _____
- 11.- Registra la información en el calendario _____

ANEXO 2

PROGRAMA DE TRABAJO Y CAPACITACIÓN

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

PROGRAMA DE TRABAJO

INTRODUCCION

En los últimos 50 años el Gobierno de México ha realizado esfuerzos crecientes para atender a la población más desprotegida que generalmente habita en localidades pequeñas y alejadas en el área rural; en virtud de que los asentamientos humanos dispersos dificultan la instalación de servicios de salud para satisfacer las necesidades de estas comunidades rurales.

Es importante recalcar que en materia de salud, se han realizado programas en las áreas rurales, tratando de involucrar a la comunidad en la restauración de sus propios problemas, siendo las más recientes el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) y el Programa Comunitario Rural (PCR), ambos pertenecientes a la Secretaría de Salud, bajo la implementación de la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados y por la Dirección General de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar, respectivamente.

Con base en lo anterior, la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) tiene como objeto proporcionar servicios de planificación familiar y atención primaria a la salud a la población rural, promover la participación de la comunidad en la satisfacción de sus necesidades y contribuir a formar una cultura de salud a través de acciones educativas y preventivas, lo que coadyuva en la reducción de la fecundidad y contribuye al descenso de la morbilidad y mortalidad materno-infantil.

ANTECEDENTES

En México las parteras tradicionales, también conocidas como comadronas o parteras empíricas, siguen teniendo una participación importante en los cuidados de la mujer durante su etapa reproductiva, en especial durante el parto y en la atención al Recién nacido, la cual goza del reconocimiento de su comunidad, constituyéndola en líder natural. Actualmente el 25% de los partos son atendidos por Parteras Empíricas.

Aunque los servicios de salud han tenido un gran desarrollo en los últimos 50 años y han aumentado su capacidad de cobertura, no ha sido suficiente para atender la demanda de atención especialmente en aquellas áreas rurales muy dispersas o en las zonas marginadas del estado de Chiapas.

Los antecedentes de la Jurisdicción Sanitaria No. VIII sobre la capacitación de parteras ha sido discontinuo. En esta Jurisdicción no se ha trabajado con Licenciados en Enfermería y Obstetricia, en la capacitación de Parteras Empíricas, por lo cual hay mucho que trabajar en esta Jurisdicción y principalmente con parteras.

JUSTIFICACIÓN

Dentro del Servicio Social otorgado al Estado de Chiapas el Pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia han creado un programa de trabajo que realizará en la comunidad asignada y de esta forma la prestación de servicios otorgados por la S.S. por medio de la Estrategia de Extensión de Cobertura a poblaciones rurales dispersas.

OBJETIVOS

La elaboración de un programa de trabajo que se llevara acabo por el Licencia en Enfermería en las comunidades asignadas durante el servicio social en la Jurisdicción No. VIII Tonalá-Chiapas.

La presentación de servicios que se otorga a toda la comunidad, con prioridad a los grupos más desfavorecidos pero al mismo tiempo en un marco de dignidad y trato humano.

Identificar necesidades de formación en Parteras Tradicionales para crear un programa de capacitación pretendiendo mejorar la Atención en la Comunidad.

LIMITES

- Lugar: jurisdicción sanitaria No. VIII Tonalá Chiapas.

- Tiempo: febrero a julio de 1998.

- Espacio:

Tonalá	Belisario Domínguez, Josefa Ortiz de Domínguez, Villahermosa, La Polka, Ignacio Ramírez y Tonalá.
Pijijiapan	Guanajuato, Echegaray, Palmarcito, Jericó, 5 de mayo, Col. 5 de abril, (Mapastepec), San Isidro y Joaquín Amaro.
Arriaga	La Azteca, Nuevo San Pablo y La Línea.

RECURSOS

Humanos: Dos pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia Médico Jurisdiccional Dr. Margarito Ordóñez Pineda, Encargado del servicio de Salud Reproductiva, Dr. Bernardo Arreola Mendoza, el Hospital de Arriaga, club de Leones en Pijijiapan y a la jurisdicción de Tonalá, al Dr. Mario Ángel Madrid Tovilla Jefe Jurisdiccional.

Materiales: Rotafolios, Pizarrón Material y equipo de curación, maniquí, acetatos, diapositivas, carteles, pelvis ósea, Guises, Vídeos, Baumanometro, Estetoscopio de pinar, Hojas blancas, Plumones, pliegos de papel bond, etc.

Financieros: Una beca de Sedesol de 600(seiscientos pesos) mensuales.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

TÉCNICA: Didáctica, exposición de temas teórico-prácticas, mesas redondas y panel.

DOCENTES: Control Prenatal, Parto, Puerperio y Atención al Recién Nacido.

ADMINISTRATIVAS: Se solicita por escrito el apoyo de la Jurisdicción por medio de oficios para la reunión de Parteras, para la asistencia a los cursos de capacitación.

Se solicitó material didáctico a la Jurisdicción para las capacitaciones.

Se solicitó transporte para trasladarnos a los municipios para impartir las capacitaciones.

INVESTIGACIÓN: Aplicación de Guías de detección de Necesidades.

Se llevó a cabo una investigación documental por parte de los pasantes de la Licenciatura para preparar los temas que se van a impartir en los siguientes días a las Parteras Empíricas.

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN**INTRODUCCIÓN**

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y el niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación de algunas prácticas que llevan acabo una forma rutinaria que aumentan la morbi-mortalidad. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional para prevenir la aparición de complicaciones, y mejorar la sobrevivencia materno-infantil.

Dentro de los factores de riesgo que afectan al binomio madre e hijo se puede señalar la multiparidad, los períodos intergenésicos breves, embarazos en los extremos de la vida reproductiva, aspectos nutricionales de la madre y el niño, bajo peso al nacimiento, la estatura de la madre, factores socioeconómicos, antecedentes de exposición a tóxicos, diversos padecimientos, como son las enfermedades infecciosas y deficiencias mentales u hormonales, entre otros.

El crecimiento y desarrollo del niño implica un conjunto de cambios somáticos y funcionales, como resultado de la interacción de factores genéticos y las condiciones del medio ambiente en que vive el individuo. Cuando las condiciones de vida son favorables (físicas, biológicas, nutricionales y Psicológicas) el potencial genético puede expresarse de manera integral y, por el contrario si estas son desfavorables, la expresión se vera disminuida.

JUSTIFICACIÓN

Al detectar las necesidades sentidas en la formación obstétrica de las parteras empiricas con base en la identificación de riesgos que ponen en peligro la vida del binomio madre-hijo por la insuficiencia de Atención Perinatal a la embarazada, lo que conlleva a un alto indice de morbi-mortalidad materno-fetal

debido a complicaciones en el parto, puerperio y recién nacido, los Pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia crean un programa de capacitación para los tres municipios que competen a la jurisdicción No. VIII del Estado de Chiapas.

M E T A S

Realizar una capacitación teórico-practico a las parteras empíricas en la Jurisdicción Sanitaria No. VIII Tonalá-Chiapas.

Transmitir los conocimientos técnicos prácticos de obstetricia aprendidos en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, a las parteras para mejorar la calidad en la atención al binomio madre e hijo y de esta forma disminuir la morbi-mortalidad materno-fetal.

M E T O D O L O G Í A

Técnica Didácticas: Exposición de temas teórico-práctico, mesas redondas, recopilación y exposición de experiencias de las parteras empíricas en la formación Obstétrica.

Recursos Didácticos:

- ❖ Video "con luz propia".
- ❖ Maniquí en posición Ginecológica.
- ❖ Proyector de acetatos.
- ❖ Proyector de diapositivas.
- ❖ Pelvis ginecoide.
- ❖ Maniquí de un producto con el cordón umbilical y placenta.
- ❖ Dibujos en laminas y guises.
- ❖ Cinta métrica.
- ❖ Estetoscopio de pinar.
- ❖ Guantes desechables.
- ❖ Tapas de frascos para medir dilatación cervical
- ❖ 2 pinzas de Kelly curvas.
- ❖ 1 tijera de mayo rectas
- ❖ .Cinta umbilical
- ❖ Gasas.
- ❖ Pizarrón
- ❖ Campos de hule.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Capacitar a las parteras tradicionales para brindar una mayor atención de calidad y calidez a la comunidad

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar necesidades de formación de las parteras empíricas
- Valorar síntomas y signos en el embarazo
- Identificar factores de riesgo en el periodo gestacional
- Mejorar la calidad del binomio madre-hijo, por medio de la consulta prenatal.
- Valorar signos y síntomas del trabajo del parto.
- Identificar signos de alarma durante el trabajo del parto.
- Brindar una mejor atención en el trabajo del parto.
- Hacer hincapié en los métodos de planificación familiar
- Identificar signos y síntomas de alarma en el recién nacido.
- Orientar a la madre sobre el recién nacido
- Verificar y valorar signos y síntomas del puerperio fisiológico y patológico.
- Mencionar y hacer hincapié en las ventajas que ofrece la alimentación del seno materno.

TEMARIO

I.-Control Prenatal.

- 1.1 Diagnóstico de embarazo
- 1.2 Signos y síntomas de embarazo
- 1.3 Factores de riesgo durante el embarazo
- 1.4 Exploración física a la embarazada
- 1.5 Signos y Síntomas de alarma
- 1.6 Tratamiento de algunas molestias
- 1.7 Alimentación

II.-Curso Clínico del Trabajo de Parto

- 2.1 Pre parto
- 2.2 Trabajo de parto
- 2.3 Alumbramiento

III.-Atención al Recién Nacido

- 3.1 Valoración y Exploración Física al Recién Nacido

IV.-Atención al Puerperio

- 4.1 Puerperio inmediato
- 4.2 Puerperio mediato
- 4.3 Puerperio Tardío

V.-Alimentación al Seno Materno

- 5.1 Fisiología de la Lactancia Materna
- 5.2 Ventajas
- 5.3 Desventajas

VI.-Anticonceptivos

- 6.1 Hormonal Oral
- 6.2 Hormonal Inyectable
- 6.3 Dispositivo Intra-Uterino
- 6.4 Vasectomía
- 6.5 Oclusión Tubarica (OTB)
- 6.6 Preservativo

CONTROL PRENATAL

DIAGNOSTICO DE EMBARAZO

A pesar de que en la mayoría de los casos del diagnóstico de embarazo resulta sencillo de realizar porque la propia paciente sabe que está embarazada y sólo consulta al médico para tener la certeza del diagnóstico, en ocasiones ofrece dificultades; por ejemplo: pacientes que han tenido irregularidades menstruales en la que se prolonga la menstruación; en pacientes que ansían tener un embarazo y presentan síntomas subjetivos del mismo sin que éste exista o cuando tratan de confundir al médico falseando los datos a fin de ocultar un embarazo no deseado o recibir algún beneficio.

En el diagnóstico de embarazo se cuenta con signos y síntomas que pueden catalogarse en síntomas de:

Sospecha: signos y síntomas vagos, que en conjuntos puedan orientar, hacia la existencia de un embarazo.

Probabilidad: son aquellos que a pesar de estar presentes en la mayoría de los embarazos, nos orientan hacia el diagnóstico sin confirmar su existencia.

Certeza: son los signos que denotan con seguridad la existencia del embarazo.

Un síntoma de los anteriores en forma aislada no es suficiente para hacer el diagnóstico; el conjunto de ellos es el que tiene un valor clínico innegable.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE EMBARAZO

De sospecha durante el interrogatorio:

Amenorrea(falta o pérdida de fuerza, energía o debilidad), náuseas y vómitos, sialorrea(flujo excesivo de saliva), poliaquiuria, nicturia, mastalgia(dolor en

la glándula mamaria), astenia y adinamia, mareos, irritabilidad, perversión del gusto y el olfato, somnolencia, antojos de alimentos y bebidas.

De sospecha durante la exploración física:

Aumento de tamaño del útero, consistencia y sensibilidad mamaria, pigmentación del pezón, areola secundaria, red venosa de haller, tubérculos de montgomery, calostro, pigmentación cutánea en abdomen, muslos y genitales externos, leucorrea por moniliasis.

De probabilidad durante el interrogatorio:

Intensificación de varios de los síntomas de sospecha, percepción de movimientos fetales por la paciente.

De probabilidad durante la exploración física:

Aumento de peso corporal, modificaciones de órganos pélvicos: como la coloración violácea de Vagina (Chadwick), pulso vaginal (Ossiander), cérvix e istmo reblandecidos (Hegar), cuerpo uterino globoso y fondos de saco ocupados (Noble y Budín) irregularidad del fondo uterino (Piskasek), aumento de tamaño uterino, acorde con amenorrea.

De certeza durante la exploración física:

Auscultación de latidos cardiacos fetales, percepción de partes fetales por el médico (maniobra de Leopold), comprobación de movimientos fetales durante la exploración, percepción de contracciones de Braxton Hicks.

Diagnóstico de embarazo por exámenes de laboratorio:

Estos exámenes se basan en la existencia de gonadotropina coriónicas en sangre y orina de la mujer embarazada, y tratan de demostrar la presencia de aquellas en diversas formas.

“Pruebas inmunológicas: éstas pruebas se basan en la hemoaglutinación, que consiste en la acción antigénica que resulta de poner en contacto la gonadotropina coriónica (proteína presente en la orina y sangre de la mujer embarazada) con suero o glóbulos rojos de camero previamente sensibilizados, o sea, posee anticuerpos (suero antigonadotrópico) que produce una reacción inmunológica al entrar en contacto con la gonadotropina. La respuesta positiva es prueba de certeza después de cuarenta y dos días de la última menstruación. Los productos comerciales más empleados son, entre otros: Gravidex, Diagnetón, Pregnosticon, Planotest, Predictor.”¹

Este tipo de prueba es muy práctico, ya que ofrece una lectura en breve plazo con acierto del 95% de los casos de embarazo y el 98% en los casos negativos.

“Para realizar la prueba, se siguen los siguientes pasos:

- A) Colectar orina de la mañana.
- B) Juntar el líquido del producto con las dos tabletas reactivas y agregar tres gotas de orina.
- C) Agitar la mezcla en forma de péndulo, durante diez segundos.
- D) Colocar en un soporte fijo y observar a las dos horas. Si de forma un anillo oscuro, la prueba es positiva, es decir, indica la existencia de embarazo.”²

¹ LAWRENCE, M. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Ed. Manual Moderno. 30ª ed. México. 1995. P.250.

² LAWRENCE, M. Op cit. P. 258-260.

También existe la determinación cuantitativa de gonadotropinas coriónicas como prueba de embarazo.

FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

En la obstetricia se ha incorporado el concepto de factores de riesgo para señalar algunos procesos que complican el embarazo y hace que éste presente un riesgo mayor para la madre y el producto.

Con base en este concepto la población gestante ha sido clasificada en diversos grupos según el riesgo que ofrezca determinada complicación inherente o asociada al embarazo, y el riesgo que pudiera representar la atención obstétrica, de acuerdo con esta clasificación, poder ofrecer a la paciente una atención perinatal más especializada y cuidadosa en los casos que representan un riesgo más elevado.

Entre los factores más representantes para considerar que se trata de un embarazo de alto riesgo se tiene los siguientes factores: a) Factores maternos generales; b) Factores maternos por patología específica (previa o actual); c) Factores placentarios, y d) Factores fetales.

A) Factores maternos generales:

- 1) Edad materna: Menor de 16 y mayor de 35 años.
- 2) Peso al inicio de la gestación: Menor de 45 Kg. y mayor de 90 Kg.
- 3) Condición socioeconómica: Embarazo no deseado, madre soltera, medio socioeconómico bajo, desnutrición alcoholismo y tabaquismo.
- 4) Antecedentes obstétricos: Abortos, partos prematuros, muertes fetales, muertes neonatales, anomalías congénitas, hijos con daños neurológicos, parto operatorio , trabajo de parto prolongado y gran multiparidad.
- 5) Embarazo actual: Embarazo múltiple, presentación pélvica, situación pélvica, situación transversal, Polihidramnios y administración de fármacos en el primer trimestre.

B) Patología específica (previa o actual):

- a) Hipertiroidismo
- b) Nefropatías
- c) Cardiopatías
- d) Enfermedades endócrinas
- e) Enfermedades infecciosas
- f) Embarazos prolongados
- g) Toxicomanías
- h) Tuberculosis

C) Factores placentarios

Implantación anómala de la placenta

D) Factores fetales

- a) Incompatibilidad al sistema ABO o el factor Rh.
- b) Embarazo múltiple

Después de realizar una historia clínica detallada de la paciente el siguiente paso consiste en llevar a cabo la exploración física.

EXPLORACIÓN FÍSICA

El hecho de que una paciente se encuentre embarazada no significa que el personal de salud centre su atención en abdomen y aparato genital, sino que debe realizar una exploración general, sistemática y cuidadosa, que comprenda también signos vitales (temperatura, pulso, respiración y presión arterial) y somatometría (talla y peso corporal).

La presencia del embarazo, no impide que la paciente sea portadora o adquiera una patología extragenital, o bien que este se agrava. Por eso, el personal

de salud debe realizar la exploración física de la mujer embarazada abarcando desde:

Cráneo: Conjuntivas oculopalpebrales, reflejos oculares, mucosa labial, cavidad bucal y piezas dentarias.

Cuello: Tiroides y grandes vasos

Tórax: Mamas y pezones, Auscultación de áreas cardíacas y pulmonares
Abdomen.

Pelvis: Vagina

Miembros: Superiores e inferiores

Una vez realizada la exploración general se enfatiza la atención en los aspectos obstétricos. Los datos se obtienen mediante exploración manual, abdominal tanto del producto como del útero:

“Del producto:

- **Situación:** Relación que guarda el eje longitudinal del feto, con el eje longitudinal de la madre.
- **Posición :** Relación que existe entre el punto toconómico del producto y la mitad izquierda o derecha de la madre.
- **Presentación:** Parte del producto que se aboca o tiende a abocarse en el estrecho superior de la pelvis materna, que es de tamaño suficiente para llenarla y que sigue un mecanismo de trabajo de parto bien definido. Sólo existen dos presentaciones: Cefálica y pélvica. La situación transversal como modalidad de presentación.
- **Altura de la presentación.**
- **Auscultación del corazón fetal.**³

En el útero:

- **Altura del fondo uterino**

³ MONDRAGÓN, Castro. **Obstetricia Básica Ilustrada**. Ed. Manual Moderno. 3ª ed. México. D. F. P. 105.

- Tono muscular del útero
- Frecuencia, intensidad y duración de las contracciones
- Cantidad de líquido amniótico
- Altura de la presentación: Relación entre el diámetro mayor de la presentación y el estrecho superior de la pelvis.

Actitud: Relación que guardan las distintas partes del feto entre sí, la actitud normal es la flexión. Los cambios de actitud repercuten en forma importante en la relación obstétrica.

ALTURA DEL FONDO UTERINO

"Medir la distancia entre el borde superior de la sínfisis púbica y el fondo uterino es un procedimiento clínico importante, ya que al relacionarlo con el tiempo transcurrido desde la última menstruación, permite valorar en forma indirecta si la evolución del embarazo es correcta y si corresponde al tamaño del producto con la edad del embarazo. Se utilizan dos métodos de medición: a) mediante el pelvómetro o compás de Baudeloque y, b) con ayuda de cinta métrica. Cuando se emplea ésta última, el resultado obtenido de dos o tres centímetros mayor que el que se obtienen con el compás, ya que al tomar la medida con cinta métrica se incluye el espesor de la pared abdominal."⁴

En la paciente primigesta o cuando ocurre el encajamiento, la altura del fondo uterino es menor.

La medición del fondo uterino se realiza para:

- 1.- Correlacionar el tamaño del útero con el tiempo de amenorrea
- 2.- Calcular el tamaño y el peso del producto
- 3.- Sospechar la existencia de alguna patología obstétrica (Polihidramnios, gemelaridad, macrosomias, etc.)

⁴ MONDRAGÓN, Castro. Op. cit P. 220.

Cálculo de la edad del embarazo

Para calcular la edad gestacional probable, con base en la altura del fondo uterino, Alfehld ideó la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Altura del fondo uterino (cm)} + 4}{4} = \text{Número de meses de embarazo}$$

Esta regla se basa, en que el útero es un órgano intra pélvico y que crece cuatro centímetros por cada mes de embarazo. El objetivo de sumar cuatro al número de centímetros, de la altura del fondo uterino es compensar el crecimiento correspondiente al primer mes.

Cálculo de la edad según la medida del fondo uterino:

Altura en centímetros	Meses de embarazo
16	5 meses
20	6 meses
24	7 meses
25	7 meses 2 semanas
28	8 meses
30	8 meses 5 semanas
31	8 meses 7 semanas
32	9 meses
33	9 meses 2 semanas
34	9 meses 5 semanas

Un útero con altura del fondo menor que la correspondiente puede deberse a:

- a) Desnutrición intrauterina del producto
- b) Muerte del producto
- c) Error en el momento de determinar la fecha de la última menstruación
- d) Oligohidramnios

Cuando la altura del fondo uterino es mayor de la que correspondería por amenorrea, puede presentarse por las causas siguientes:

- a) Error al determinar el inicio del embarazo
- b) Embarazo múltiple
- c) Embarazo molar
- d) Polihidramnios
- e) Coincidencia con miomas o tumor pélvico

PALPACIÓN

“Para explorar por palpación el útero y su contenido se puede utilizar las siguientes maniobras, conocidas como maniobras de Leopold:

Primera maniobra: Se coloca la mano izquierda abierta en el fondo del útero, y la derecha en el polo inferior. Con esto se pretende precisar:

- a) Altura del fondo uterino
- b) Situación del producto
- c) Presentación del mismo
- d) Altura de la presentación

Segunda maniobra: Se colocan las palmas de ambas manos en el abdomen uno cada lado del útero. Ésta maniobra permite:

- a) Precisar la posición del producto
- b) Corroborar la situación del mismo

Tercera maniobra: Las palmas de las manos se apoyan en el hipogastrio para localizar el polo inferior del producto, o sea la presentación, lo cual permite conocer:

- a) Actitud de la presentación

b) Grado de encajamiento

En ocasiones es difícil diagnosticar el embarazo, por ejemplo cuando existe: obesidad, hipertonia, Polihidramnios, gemelaridad, etc.⁵

Auscultación del latido fetal.

Este procedimiento exploratorio tiene como finalidad percibir e identificar los ruidos cardiacos fetales. En 1818, se describieron por primera vez.

Pinar inventó un estetoscopio especial para oírlos, que se utiliza hasta nuestros días.

Características del latido cardiaco fetal:

El latido cardiaco fetal tiene un sonido como el de un tic-tac de un reloj, consiste en un primer tono causado por la sístole ventricular, luego una pausa corta, un segundo tono producido por las válvulas semilunares, y un silencio más largo.

Respecto al latido cardiaco fetal se debe estudiar los caracteres siguientes:

Frecuencia: número de latidos cardiacos que se presentan por minuto (normal: entre 120 y 160; promedio 140 por minuto).

Ritmo: Periodicidad o sincronía con que se suceden dichos latidos (normal: rítmico).

Intensidad: fuerza o claridad con que se manifiestan las contracciones cardiacas (normal: de buena intensidad, es decir, que permite oír las claramente).

⁵ SCOTT, Disnia. Tratados de Obstetricia y Ginecología. Ed. Interamericana, 6ª ed. México. 1994. P. 160.

Factores que modifican los caracteres del latido cardiaco fetal.

La frecuencia puede modificarse debido a: sufrimiento fetal agudo (primero taquicardia y luego bradicardia), fiebre de la paciente, hemorragia materna, las contracciones uterinas, algunas drogas u otras causas.

El ritmo se modifica por el sufrimiento fetal agudo, por mal formaciones cardiacas congénitas del producto y otras condiciones.

La intensidad difiere según la variedad de la posición del producto, el grosos de la pared abdominal de la madre y la cantidad de liquido amniótico.

El latido cardiaco de un feto normal debe ser rítmico, regular de buena intensidad y con frecuencia entre 120 y 130 por minuto.

Técnica para la Auscultación

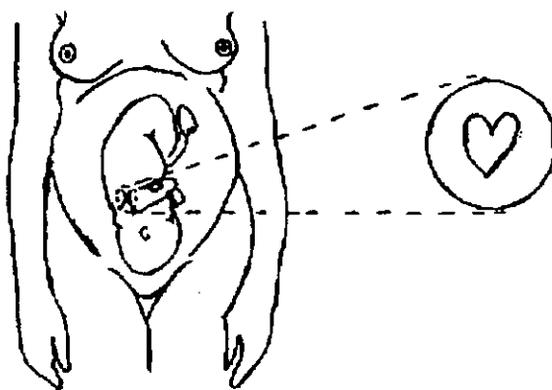
Se coloca el estetoscopio de Pinar en el vientre de la madre sujetándolo únicamente por la presión que se ejerce con la cabeza.



FRECUENCIA CARDIACA FETAL

La colocación del estetoscopio depende de la edad gestacional en la primera mitad del embarazo, el estetoscopio se sitúa en la línea media, entre el ombligo y el pubis, y se dirige hacia el ombligo buscando la zona de mayor intensidad. En la segunda mitad es conveniente auscultar el corazón fetal de acuerdo con el esquema Aubard.

El sitio donde son audibles al máximo los latidos es el que se encuentra a la mayor distancia entre el corazón fetal y la pared abdominal, y corresponde al hombro anterior el sitio se conoce como foco.



Se recomienda auscultar de 15 a 30 segundos, contando los latidos y multiplicar el número de ellos por cuatro o dos, respectivamente, para conocer el número de latidos por minuto.

La auscultación no debe realizarse durante la contracción uterina porque varía la frecuencia en condiciones normales.

Cuando el médico no tiene la suficiente experiencia puede llegar a confundir el latido cardiaco fetal con el pulso materno, por lo que se recomienda tomar al mismo tiempo el pulso radial y cerciorarse de que la frecuencia y el ritmo son diferentes.

Exploración vaginal.

La exploración por vía vaginal de la paciente con embarazo cercano es termino fundamental, ya que proporciona datos importantes al clínico. Dicha exploración consta de los siguientes pasos:

- **“Presencia de cicatrices.** Episiotomías previas, desgarros perineales o intervenciones quirúrgicas que pueden condicionar fibrosis del periné y dificultar el parto.
- **Lesiones Dermatológicas.** Lesiones herpéticas o verrugosas pueden aparecer en la vulva o periné. Los condilomas perineales pueden dificultar una episiotomía. El herpes puede constituir una contra indicación en el parto.
- **Lesiones Quísticas en la vulva.** La asociación del embarazo con bartolinitis aguda o crónica es poco frecuente pero puede ocurrir.
- **Frecuencia de varices vulvares.** La insuficiencia venosa de miembros inferiores puede extenderse hacia uno o ambos lados mayores, y puede ocasionar hemorragias si se seccionan durante el parto, o formar hematomas si hay ruptura interna.
- **Leucorrea.** La secreción vaginal consecutiva a infecciones de monilia o gérmenes patógenos y a la infestación por tricomonas, es frecuente en embarazadas con aseo personal deficiente. La leucorrea puede favorecer infección puerperal o sepsis en el recién nacido.
- **Sangrado.** El sangrado es un signo de alarma en cualquier etapa del embarazo.
- **Palpación o tacto.** No se debe practicar en forma sistemática; cuando se requiera debe realizarse con suavidad para molestar lo menos posible a la paciente. Este procedimiento se utiliza para conocer las características de la Vagina, como su consistencia y superficie vaginal y se aprecia la elasticidad potencial de la misma y configuración de los fondos del saco.

- **Exploración del cérvix.** Es la parte más importante de la exploración; permite identificar, forma, posición, longitud, consistencia y dilatación del cérvix.⁶

Calculo de la fecha probable del parto.

La fecha probable del parto no siempre se puede determinar porque la fecha de la ovulación es variable; sin embargo puede utilizarse la regla de Nagele: Se suman siete días a la fecha en que comenzó la última menstruación y se restan tres meses. Por ejemplo: Si empezó el 14 de agosto.

$$14 / VIII / + 7 = 21-3 \text{ meses} = 21 \text{ de mayo FPP}$$

SIGNOS DE ALARMA QUE SE PRESENTAN DURANTE EL EMBARAZO

- Sangrado transvaginal
- Acufenos y fosfenos
- Hipertensión
- Edema
- Hiperémesis
- Cardiopatías
- Diabetes
- Enfermedades de transmisión sexual
- Polihidramnios
- Oligohidramnios
- Ruptura prematura de membranas

⁶ LAWRENCE, M. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Ed. Manual Moderno. 30ª ed. México 1995. P. 352.

TRATAMIENTO DE ALGUNAS MOLESTIAS FRECUENTES DURANTE EL EMBARAZO

Cuando la paciente presenta molestias como nauseas y vómitos se le recomienda que coma cuatro o cinco veces durante el día pero en pocas cantidades, además se le sugiere que evita alimentos caldosos y grasosos.

Para el dolor de cadera intenso se le recomendará reposo cama dura, se utiliza faja obstétrica y que no realice trabajos demasiados pesados como lavar ropa o cargar cosas pesadas.

El edema que pueden presentar las embarazadas en el transcurso de su embarazo, puede deberse al exceso en la ingesta de sal o puede deberse también a que la mujer se pasa mucho tiempo de pie.

Como nota importante se debe recomendar a la mujer para que se aplique la vacuna de toxoide tetánico en su centro de salud más cercano aplicándose las dos dosis correspondientes. Esto es para prevenir al binomio de sufrir la enfermedad.

Alimentación:

Es de gran importancia una alimentación balanceada porque facilita el desarrollo del feto y mejora las condiciones de salud de la madre durante el embarazo, parto y puerperio.

Una embarazada bien alimentada tiene más posibilidades de tener un hijo sano, en cambio, sino recibe una buena alimentación, el niño podrá nacer desnutrido y por lo tanto con mayor riesgo de enfermar.

La embarazada debe comer todo tipo de alimentos, pero lo más importante de esto es la necesidad de combinar los tres grupos de alimentos para integrar una dieta balanceada con el aporte nutritivo balanceado y necesario.

ALIMENTOS QUE CONTIENEN VITAMINAS Y HIERRO

Vegetales	Carnes	Leche y Derivados	Huevo
Frijol Haba Lenteja Garbanzo Soya	Res Puerco Camero Chivo Conejo	Vaca Cabra	Gallina Guajolote

Alimentos que contienen vitaminas y minerales:

FRUTAS	VERDURAS
Naranja	Quelite
Papaya	Chile
Guayaba	Espinaca
Guanábana	Zanahoria
Mandarina	Berro
Mango	Huauzontle
Pitaya	Rábano
Chirimoya	Chayote
Mamey	Cilantro
Nanche	Romeritos
Tejocotes	Verdolaga
Zapote chico	Col
Sandía	Acelga
Durazno	Lechuga
Chabacano	Betabel
Manzana	Chicharos
Limón	Coliflor
Piña	Calabacitas
Melón	Jitomate
Jocote	Cebolla

ALIMENTOS QUE DAN ENERGÍA

CEREALES	FRUTAS	AZÚCARES	GRASAS
Maíz	Arroz	Azúcar	Margarina
Tortilla	Avena	Miel	Grasa vegetal
Pozole	Cebada	Mermelada	Manteca
Tamales	Papa		Crema
Atole	Centeno		Mantequilla
Pan	Camote		
Galletas	Plátano		
Pastas	Coco		
	Aguacate		

Además de combinar los anteriores alimentos, se debe recomendar que se agregue a su dieta, una ración más de lo que normalmente consume, la cual puede ingerir en una de sus comidas o distribuirlas durante el día. También se debe sugerir la utilización de los alimentos que se producen en la comunidad ya que son más fáciles de conseguir y en ocasiones más baratos. Todos los alimentos deben ser preparados higiénicamente.

CURSO CLINICO DEL TRABAJO DE PARTO.

“El curso clínico del trabajo de parto es un fenómeno dinámico que pasa por las siguientes etapas:

1.-Preparto: Es la etapa de formación del segmento uterino y de la maduración cervical. (indoloro) ocurre tres semanas antes de la FPP.

2.-Pródromos de trabajo de parto: Es la etapa en que ocurre irregularidad en la dinámica uterina.

3.-Trabajo de parto: Etapa en que la dinámica uterina es regular y efectiva; consta de:

- a) Primer periodo o fase de borramiento y dilatación cervical.
- b) Segundo periodo o fase de expulsión del feto.
- c) Tercer periodo o etapa de alumbramiento.⁷

PREPARTO.

Durante este periodo ocurre con más frecuencia las contracciones de Braxton Hicks, que se caracterizan porque:

- a) Se presentan de manera irregular
- b) Son indoloras.
- c) No siempre son perceptibles por la paciente.
- d) No se irradian a la región lumbro-sacra.
- e) No se modifica en breves plazo.

⁷ LAWRENCE, M. Op. cit. P. 249.

Las contracciones de Braxton Hicks tienen la finalidad de:

- a) Favorecer que ocurra la presentación cefálica.
- b) Lograr en el producto una actitud de flexión óptima.
- c) Orientar la presentación hacia la excavación pélvica.
- d) Expandir el segmento inferior del útero.
- e) Encajar la presentación en las primigestas y abocarlas en las multigestas.
- f) Acortar el cérvix.

En las primigestas el encajamiento se manifiesta por:

- a) Descenso del fondo uterino
- b) Mejoría de la función respiratoria por descenso del diafragma.
- c) Aumento de molestias urinarias por compresión vesical.
- d) Aumento de edema de miembros inferiores por dificultad en el retorno venoso
- e) Aumento de calambres en miembros inferiores.
- f) Constipación

PRODROMOS DE TRABAJO DE PARTO.

Es muy difícil de precisar su duración y se manifiesta por:

- a) Contracciones uterinas irregulares que aumentan en frecuencia e intensidad.
- b) Maduración de la cérvix , fenómeno que propicia:
 - 1.-Mayor reblandecimiento
 - 2.-Acortamiento cervical que permita el paso de un dedo y orientación de la cérvix hacia el centro del eje de la Vagina.

TRABAJO DE PARTO

El trabajo de parto, para su estudio, se divide en los tres períodos siguientes:

PRIMER PERIODO DE TRABAJO DE PARTO: Este comprende del inicio del trabajo de parto regular hasta la dilatación cervical completa. El primer periodo

se caracteriza por la presencia de contracciones dolorosas en abdomen, irradiadas hacia la región lumbrosacra, y progresiva en frecuencia, intensidad y duración.

Un trabajo de parto bien establecido tiene tres contracciones uterinas en 10 minutos, con una duración de cada una de ellas de 30 a 60 segundos, que se manifiestan en la paciente por dolor. Tales contracciones son eficaces para modificar el cuello del útero, ya que producen borramiento y dilatación.

En las primigestas primero ocurre el borramiento y después se inicia la dilatación ; en la multigesta ocurre simultáneamente ambos fenómenos.

A medida que el cuello uterino se va borrando, las fibras musculares que la forman se incorporan a un nivel más alto del útero, dando lugar a la ampliación del segmento inferior del útero.

A medida que la presentación se apoya, la actividad uterina es más intensa, con lo cual progresa la dilatación.

Para fines prácticos, en nuestro medio se ha estudiado una forma gráfica que registra la evolución del trabajo de parto correlacionando el número de horas transcurridas con la dilatación cervical y el grado de descenso de la presentación en las exploraciones sucesivas.



PRIMIGESTA

MULTIGESTA

VISTA DE FRENTE	SEGMENTO UTERINO	PRESION DE LAS MEMBRANAS	VISTA DE FRENTE	SEGMENTO UTERINO	PRESION DE LAS MEMBRANAS

“Con objeto de tener un pronóstico de la progresión del trabajo de parto se ha ampliado la curva de dilatación cervical normal, calculando una desviación estándar a cada lado del trazo. Si la evolución del trabajo de parto cae dentro de esa área en el registro, entonces se considera que está dentro de los límites normales. Si la dilatación cervical ocurre antes de la curva normal, traduce hipertonia, polisistolía o mayor facilidad de la cérvix para dilatarse, lo cual provoca un parto precipitado; si sucede lo contrario, es decir, la dilatación se mantiene estacionaria saliendo de la zona de normalidad o no desciende la presentación de acuerdo con la curva normal, llama la atención este hecho al obstetra acerca de que existe alguna dificultad para que ocurra un parto normal.”⁸

RUPTURA DE MEMBRANAS: Puede ocurrir en el momento en que la dilatación cervical es mayor de 4 cm dicha ruptura se produce por la presión de las contracciones uterinas (ruptura espontánea). En otras ocasiones el obstetra produce la ruptura artificial de ellas, pretendiendo acelerar el trabajo de parto, técnica no recomendable cuando existen presentaciones muy altas y el trabajo de parto no es regular.

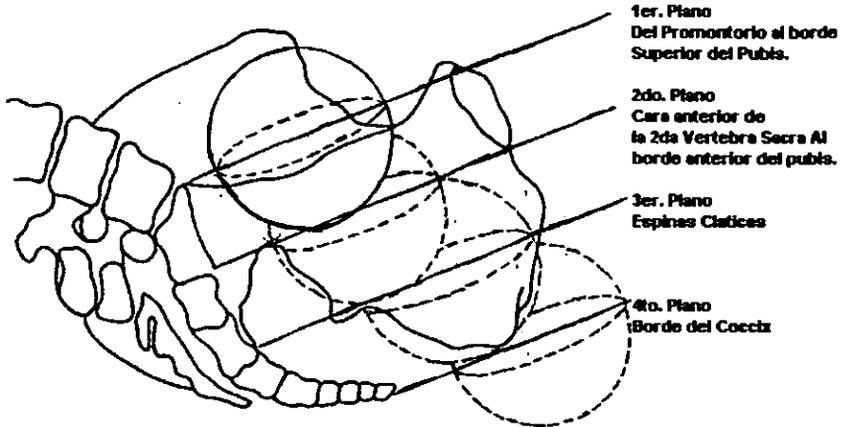
Al ocurrir la ruptura de las membranas ovulares se puede observar líquido amniótico, cuyas características e interpretaciones se muestra en el cuadro.

Tipo de líquido	Características	Interpretación
Normal	Claro transparente Cetrino Olor sui generis	Embarazo normal
Meconial	Color verde turbio Espeso	Hipoxia fetal (sufrimiento fetal) Infección pélvica
Hemático	Color rojo vino turbio	Patología placentaria Desprendimiento de Placenta (Ruptura uterina)
Purulento	Blanquecino amarillento Grumoso Espeso Fétido	Amnioítis

⁸ MONDRAGÓN, Castro. Obstetricia Básica Ilustrada. Ed. Trillas. 2ª ed. México 1982. P.220.

SEGUNDO PERIODO DE TRABAJO DE PARTO: Al completarse la dilatación cervical entra en juego otra fuerza muy importante en el parto: La presión abdominal, que aunada a la fuerza contráctil del útero, impulsa al feto hacia el exterior y propicia el descenso de la presentación así como la expulsión del producto.

PLANOS DE HODGES

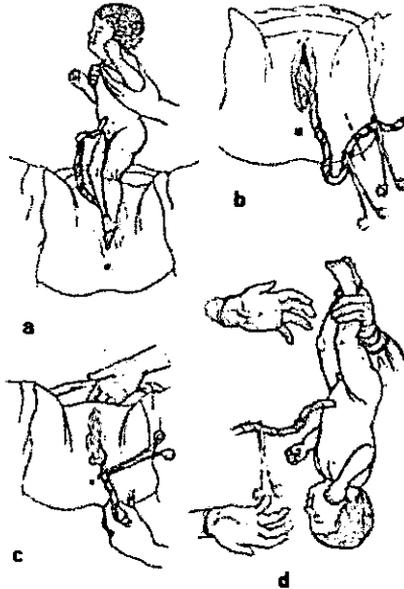


- I.- **TODOS LOS DEDOS**
- II.- **MEDIOS DEDOS**
- III.- **SE VA EL CABELLO**
- IV.- **YA SALIO**

Es por lo anterior que en la actualidad se prefiere el bloqueo epidural o el parto natural a la sedación porque la paciente conserva el reflejo del pujo; con ese fin se han diseñado mesas obstétricas especiales.

TERCER PERIODO DE TRABAJO DE PARTO: Este periodo comprende desde el nacimiento del producto hasta la expulsión de la placenta y sus membranas.

TERCER PERIODO DE TRABAJO DE PARTO



MECANISMO DE TRABAJO DE PARTO

El mecanismo de trabajo de parto es la serie de movimientos que realiza la presentación durante su tránsito por el canal del parto. Las etapas de que consta este mecanismo, en una presentación cefálica de vértice, son las siguientes:

1.-Encajamiento

- a) Flexión
- b) Orientación
- c) Asinclitismo

2.-Descenso

- a) Rotación Interna

3.-Expulsión o desprendimiento

- a) Extensión
- b) Restitución
- c) Rotación externa
- d) Desprendimiento de los hombros
- e) Nacimiento del resto del producto

ENCAJAMIENTO

Es el proceso dinámico mediante el cual, el polo cefálico del producto, que se encuentra por arriba del estrecho superior de la pelvis, desciende y penetra en la excavación pélvica.

Para que ocurra el encajamiento, se requiere de la flexión del producto, orientación del punto toconómico y el asinclitismo de la presentación.

FLEXIÓN

Para que el feto descienda en la excavación pélvica necesita que el polo cefálico, para ofrecer sus diámetros menores.

La presión de la contracción uterina se trasmite a través de la columna vertebral, y hace que se flexione la cabeza a nivel de la articulación occipital, la cual actúa como palanca de primer grado.

ORIENTACIÓN

En el estrecho superior de la pelvis el producto conjuga su diámetro mayor (occipito-frontal) con uno de los diámetros mayores de la pelvis (oblicuo). Orientación: Este movimiento obedece a la Ley de Selheim, que dice: "Dos óvalos desiguales únicamente pueden quedar orientados, conjugando sus ejes mayores.

Al quedar orientado el diámetro antero posterior de la cabeza fetal con un diámetro oblicuo del estrecho superior de la pelvis, queda fija la cabeza del producto, por medio de lo cual es posible relacionar el punto toconómico con un cuadrante específico de la pelvis materna (variedad de posición).

ASINCLITISMO

“Al encontrar en el promontorio un obstáculo natural para el encajamiento, la presentación tiende a inclinarse lateralmente para franquearlo; en esta forma ofrece mayor superficie de un parietal que del otro. Este movimiento de conocer como asinclitismo.”⁹

Para entender con claridad el mecanismo del asinclitismo observamos el ejemplo siguiente: si queremos introducir un libro en una caja de tamaño justo, es más fácil meterlo si se inclina, es decir, introducirlo asinclíticamente.

DESCENSO

Gracias a la dinámica uterina el producto continua su descenso hacia la pelvis; al llegar el vértice de la presentación cefálica el piso muscular del periné, que forma un ángulo diedro, tiende a orientar su diámetro mayor (occipitofrontal) en ese ángulo quedando con el diámetro antero posterior de la pelvis.

En este momento el diámetro bipariental del producto coincide con el diámetro biciático.

ROTACIÓN INTERNA

Para lograr lo anterior se necesita efectuar un giro de la cabeza fetal, dentro de la pelvis, movimiento que se designa como rotación interna.

EXPULSIÓN O DESPRENDIMIENTO

EXTENSIÓN: Cuando la cabeza fetal se encuentra a la altura señalada en el párrafo anterior, el occipucio se apoya en el arco subpúbico de la pelvis, y la cabeza se extiende siguiendo la curva del sacro, lo cual facilita el nacimiento de la misma;

⁹ MONDRAGÓN, Castro. Op cit. P. 225.

en esta forma, primero nace el occipucio, luego la sutura sagital, la frente, la nariz y el mentón. Este movimiento de la presentación se designa con el nombre de extensión.

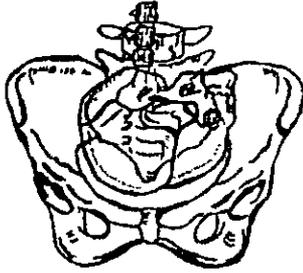
RESTITUCIÓN: Es el movimiento que realiza la cabeza fetal una vez que se encuentra en el exterior, para mantener su posición anatómica en relación a los hombros. Para lograr lo anterior la cabeza fetal debe realizar un giro de 45 grados en sentido inverso al que efectuó durante la rotación interna.

ROTACIÓN EXTERNA: Es el movimiento que ejerce la cabeza fetal, que ya se encuentra fuera de la pelvis materna en el momento en que desciende los hombros en uno de los diámetros oblicuos de la pelvis y giran para acomodarse en el diámetro antero-posterior de la parte baja de la pelvis. Este giro es de 45 grados y se realiza en el mismo sentido que el de la restitución.

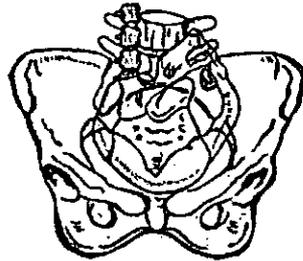
EXPULSIÓN DE LOS HOMBROS: Al terminar la rotación externa, el hombro anterior desciende y se apoya en el arco subpúbico de la pelvis, lo cual permite que con facilidad el hombro posterior se deslice por la concavidad sacra, al ser impulsada por las contracciones uterinas; esto se logra con el esfuerzo de los músculos abdominales y la tracción moderada que ejerce el obstetra sobre la cabeza fetal.

El hombro posterior, o sea el que se desliza en el sacro, es el primero que sale y ulteriormente, el hombro anterior.

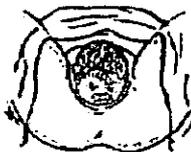
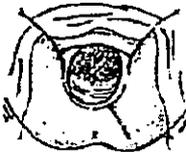
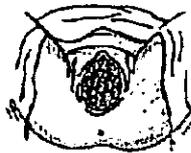
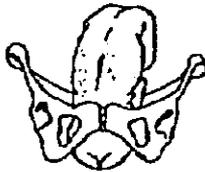
EXPULSIÓN DEL RESTO DEL CUERPO FETAL: Al salir los hombros prácticamente cesa el obstáculo para la salida del producto, ya que, en condiciones normales, el abdomen, la pelvis y los miembros inferiores, gracias al tamaño de sus diámetros y a que son susceptibles de reducción, no ofrece dificultades para su expulsión.

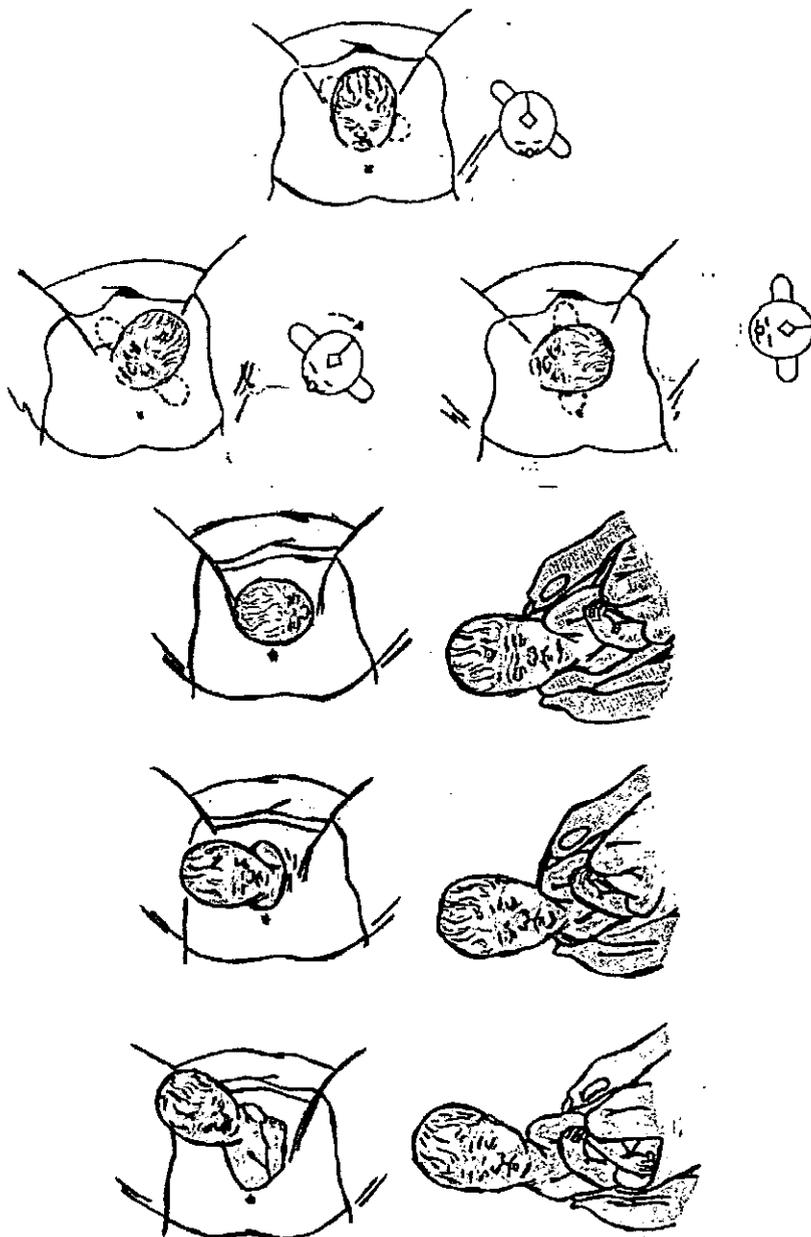


Presentación Cefálica
Libre



Presentación Cefálica
Con flexión





TECNICA DE ATENCION DOMICILIARIA DEL PARTO

Actualmente, toda paciente obstétrica, de preferencia debe mantenerse una vía venosa permeable en los miembros superiores durante el parto, para contar con un acceso directo a medicamentos y soluciones:

- 1.-Colocar a la paciente en posición ginecológica.
- 2.-Colocar adecuadamente las piernas.
- 3.-Efectuar aseo vulvoperineal con jabón y benzal.
- 4.-Vaciar la vejiga.
- 5.-Colocar en posición de litotomía o ginecoide y limitar el campo
- 6.- Vigilar la expulsión de la cabeza fetal y protege el peiné para evitar laceraciones del mismo.
- 7.- Limpiar la cara y aspirar la boca y faringe del producto.
- 8.- Girar la cabeza del producto para que ocurra la restitución y la rotación externa; después, hacerla descender suavemente para favorecer el encajamiento del hombro anterior en el pubis.
- 9.- Elevar ligeramente el producto para lograr el desprendimiento del hombro posterior.
- 10.- Permitir el nacimiento del producto, controlando la velocidad de la expulsión.
- 11.- Manejar adecuadamente el cordón umbilical sobre todo en caso de que existan circulares del cordón al cuello o miembro del producto, deslizarlo sobre el hombro y cabeza o seccionarlo entre dos pinzas si lo anterior no es posible.
- 12.- Al termino de la expulsión colocas al producto en un plano inferior al abdomen materno antes de pinzar y seccionar el cordón cuando éste deje de latir, para facilitar un aporte de sangre adicional. Cuidar que el producto se encuentre en decúbito ventral en el brazo de la partera para evitar la aspiración de secreciones.
- 13.- Atender al recién nacido y pasarlo a la madre para que comience a amamantarlo.
- 14.- Atender el alumbramiento en forma bimanual colocando una mano en el abdomen de la paciente y otra manejando el cordón umbilical.
- 15.- Evitar tirar del cordón umbilical y presionar el fondo uterino hacia abajo que no ocurra inversión uterina.

16.- Favorecer el desprendimiento placentario mediante presión lateral del útero y tensión suave y sostenida del cordón umbilical.

17.- Al sentir el descenso de la placenta distender el segmento uterino con la mano colocada en el abdomen de la paciente presionándola suavemente hacia el fondo del útero.

18.- Al tomar la placenta revisar su cara materna y fetal, buscando:

- a) Integridad de cotiledones.
- b) Integridad de membranas.
- c) Presencia de anomalía del cordón. (inserción, nudos, etc)
- d) Zonas de desprendimiento recientes o antiguas.
- e) Zonas de infartos hemorrágicos o calcificaciones.

19.- .-En caso de duda acerca de la integridad del canal de parto o retención de anexos ovulares trasladar al centro de salud más cercano.

20 En condiciones ideales de atención obstétrica con técnicas estrictas de limpieza se recomienda la revisión de la Vagina o canal de parto.

21.- Siempre se debe tener cuidado de que no quede alguna gasa en la Vagina después del parto.

22.- Tomar signos vitales y observar si no hay sangrado.

23.-Referir al centro de salud para revisión tanto del producto como de la madre.

ALUMBRAMIENTO

El alumbramiento constituye el tercer periodo de trabajo del parto y se extiende desde el nacimiento hasta la salida de la placenta.

MECANISMO.

Al salir el producto, el útero se contrae y disminuye su superficie interna, en la que se inserta la placenta; ésta se desprende y queda sujeta únicamente por las vellosidades.

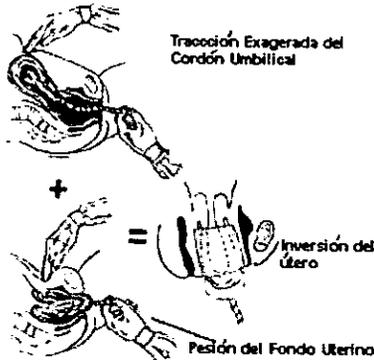
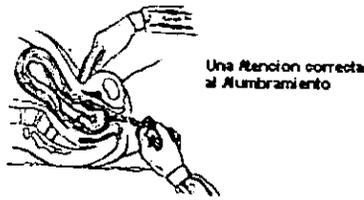
Al sangrar los vasos residuales forman un hematoma retro-placentario y finalmente la placenta se desprende en su totalidad y sale, la placenta normalmente tarda en desprenderse de 5 a 10 minutos después del parto.

El hematoma reto-placentario puede seguir dos mecanismos: El de Baudeloque Schultze, en el que la sangre queda retenida sin aparecer en el exterior, y en el de Baudeloque Ducan, en el que ocurre un desprendimiento del borde placentario y escurre la sangre por la Vagina.

ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO

Para favorecer la salida de la placenta se presiona la región hipogástrica con la mano izquierda para elevar el fondo uterino y con la derecha se tracciona suavemente el cordón umbilical.

No se debe traccionar bruscamente el cordón umbilical ni ejercer grandes presiones en el fondo uterino, ya que puede producirse inversión uterina o favorecer hipotonía uterina.



Con objeto de apresurar el alumbramiento se utiliza la administración de oxitócicos, técnica designada como alumbramiento dirigido.

Una vez extraída la placenta debe revisarse cuidadosamente, tanto en su cara materna como en su cara fetal, de tal manera que: No falte ningún cotiledón, no exista la presencia de zonas de hemorragia, infartos o calcificaciones. Al visualizar a trasluz las membranas, se puede apreciar su integridad y el sitio de inserción del cordón y se puede detectar anomalías vasculares.

CARA MATERNA



- * No falte ningún cotiledón
- * No exista la presencia de zonas de emorragia, infarto o calcificación

CARA FETAL

* Al visualizar a través las membranas, se puede apreciar su integridad y el sitio de inserción del cordón

* Se pueden detectar anomalías vasculares

Nunca debe tirarse la placenta sin ser examinada previamente.

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

“La federación internacional de Ginecología y Obstetricia define como recién nacido vivo a la expulsión o extracción completa de la madre, el producto de la concepción (independientemente de la duración del embarazo), que, después de la separación, respira o muestra evidencia de vida, como el latido cardiaco, la pulsación del cordón umbilical o los movimientos definidos de los músculos voluntarios a pesar o no de que el cordón umbilical haya sido seccionado y la placenta retirada; cada producto con estas características es considerado nacido vivo.”¹⁰

Durante el manejo del recién nacido se debe tener cuidado en:

- 1- Al momento del parto, mantenerlo por abajo del nivel placentario, a fin de que reciba mayor cantidad de sangre.
- 2- Mantener su cara hacia abajo para facilitar la expulsión de secreciones bucofaringeas.
- 3.- Aspirar de inmediato: primero la faringe y luego las fosas nasales, para evitar que se estimule el reflejo de aspiración.
- 4.- Pinzar y seccionar el cordón umbilical.
- 5.- Colocarlo en la mesa pediátrica en posición de Rosier (decúbito dorsal con la cabeza en hiperextensión) para facilitar la respiración.

¹⁰ SCOTT, Disnia. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Ed. Interamericana. 7ª ed. México 1994. P. 315

A - 125 – ANEXO 2 PROGRAMA DE TRABAJO Y CAPACITACIÓN

- 6.- Aplicar calor radiado para evitar pérdida de calorías.
- 7.- Hacer la valoración inicial de Apgar en el primer minuto.
- 8.- Secar la superficie corporal para evitar pérdida de calorías por evaporación.
- 9.- Administrar oxígeno , según lo requiera el caso.
- 10.- Explorar la permeabilidad esofágica, aspirar y medir el contenido gástrico para evitar una broncoaspiración.
- 11.- Comprobar la permeabilidad anorrectal.
- 12.- Valorar de acuerdo con el método de Apgar a los 5 minutos (criterio pronóstico).
- 13.- Practicar exploración general (peso y talla) y perímetro cefálico.
- 14.- Ligar el cordón umbilical con doble ligadura a 5 cm de la pared abdominal.
- 15.- Identificar al producto y tomar su huella plantar.
- 16.- Aplicar los medicamentos necesarios para la profilaxis oftálmica.
- 17.- Administrar vitamina K por vía intramuscular o gotas.
- 18.- Mostrarlo a su madre si esta conciente, haciendo énfasis en el sexo del producto.

EXPLORACION FISICA DEL RECIEN NACIDO

El pediatra (en su ausencia, el mismo médico que atiende el parto) debe proceder a realizar una exploración física general del recién nacido para conocer el estado de salud y descartar la existencia de alguna anomalía congénita. En el cuadro siguiente se muestran las características de algunos órganos que pueden servir como orientadores para conocer el grado de madurez del recién nacido cuando se trata de un producto pretérmino.

	27 semanas	30 semanas	35 semanas	Termino
Pliegue del talón	Ninguno	Mínimo uno o dos pliegues	Tercio anterior	
Escroto	Testículos sin descender	Testículos altos. Escroto poco rugoso	Testículos arriba del rafé. Escroto más rugoso	Testículos colgados o debajo del rafé. Escroto completamente rugoso.
Labios vulvares	Labios mayores no desarrollados	Labios menores prominentes	Ambos labios prominentes	Labios mayores cubren los menores
Cartílago de la oreja	Pabellón suave y plegado	Aún plegado	Regresa de su posición plegable	Erecto en bordes bien definidos
Tejido mamario	Ausente	Ausente	Mayor de 4cm	Mayor de 5 cm
Piel	Translúcida y edematosa	Roja	Rosada	Blanca rosada
Ojos	Cerrados	Cerrados	Abiertos	Ojos abiertos que se fijan

Otros datos orientadores de la edad intrauterina lo constituyen los reflejos, que traducen la madurez neuromuscular alcanzada por el recién nacido, los podemos apreciar en el cuadro siguiente:

	27 semanas	30 semanas	35 semanas	Término
Flexión Corporal	Ninguna	Piernas flexionadas	Brazos flexionados. Rodillas debajo del abdomen	Igual
Reflejo del moro	Ausente	Extensión lateral	Inicio de brazo	Abrazo
Tono del cuello	Débil	Débil	Control de la cabeza en la flexión del brazo	Levanta la cabeza en la posición prona
Succión y deglución	No sincronizados	Insuficiente para una total alimentación al pezón	Adecuado para una ingesta normal	Igual
Parpadeo	No presenta	Se desarrolla	Buena respuesta	Igual
Respuesta pupilar a la luz	No respuesta	Contracción gradual	Buena respuesta	Empieza a seguir la luz

La exploración física del recién nacido debe seguir la guía siguiente:

- ❖ -Sexo
- ❖ -Coloración de tegumentos
- ❖ -Postura
- ❖ -Tipo de llanto
- ❖ -Peso
- ❖ -Longitud coronilla-talón
- ❖ -Circunferencia cefálica
- ❖ -Circunferencia braquial
- ❖ -Reflejo de Moro.

CABEZA

- ❖ -Tamaño de fontanelas
- ❖ -Tensión de fontanelas
- ❖ -Separación de suturas

OJOS

- ❖ -Reflejo ocular
- ❖ -Buscar cataratas o fibroplasia lenticular
- ❖ -Posición de pabellón auricular.

BOCA

- ❖ -Color de mucosas
- ❖ -Labio o paladar
- ❖ -Fístula traqueal o esofágica.

EXTREMIDADES

- ❖ -Percibir pulso femoral
- ❖ -Contar número de dedos de manos y pies
- ❖ -Descartar anomalías congénitas en cadera.
- ❖ -Buscar el reflejo prensil.

GENITALES

- ❖ -Descartar hipospadias y testículos no descendidos al escroto
- ❖ -Verificar permeabilidad rectal y certificar si elimina meconio
- ❖ -Certificar si hay función renal y eliminación de orina.

TORAX

- ❖ -Expansión pulmonar
- ❖ -Grado de ventilación
- ❖ -Auscultación de campos pulmonares
- ❖ -Frecuencia de latidos cardiacos
- ❖ -Sonidos cardiacos: buscar soplos.

ABDOMEN

- ❖ -Delimitar bordes hepáticos
- ❖ -Delimitar borde esplénico
- ❖ -Determinar tamaño de riñones
- ❖ -Descartar presencia de masas tumorales
- ❖ -Identificar el número de vasos del cordón
- ❖ -Descartar hernia umbilical

VALORACION DEL RECIEN NACIDO

Dos métodos son los que se emplean con mayor frecuencia para valorar el estado del recién nacido en forma cuantitativa: el de Apgar y el de Silverman-Andersen.

METODO DE APGAR

La doctora Virginia Apgar ideó el siguiente método para valorar el estado del recién nacido, gracias a la sencillez del mismo ha sido adoptado en la mayoría de las instituciones médicas.

Calificación	0	1	2
Frecuencia Cardíaca	No hay	Menos de 100	Más de 100
Esfuerzo Respiratorio	No hay	Llanto Débil	Llanto Fuerte
Tono muscular	Flácido	Flexión discreta de extremidades	Movimientos activos
Respuesta a estímulos	No hay	Llanto	Llanto Vigoroso
Coloración de tegumentos	Pálido o cianótico	Acrocianosis	Sonrosado

La valoración del recién nacido debe realizarse en el primer minuto del nacimiento y el resultado que se obtenga sirve para establecer un criterio de reanimación; esta misma valoración debe repetirse a los 5 minutos y la calificación que se obtenga ser útil para establecer un criterio pronóstico del recién nacido (utilizar el cuadro siguiente).

1 minuto			Calificación Apgar	5 minutos		
0	1	2	Color	0	1	2
0	1	2	Frecuencia Cardíaca	0	1	2
0	1	2	Respiración	0	1	2
0	1	2	Tono	0	1	2
0	1	2	Respuesta	0	1	2
0	1	2	Calificación	0	1	2

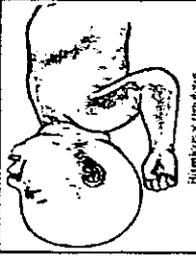
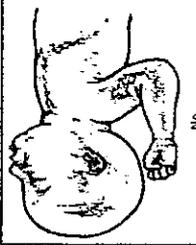
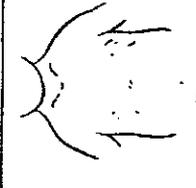
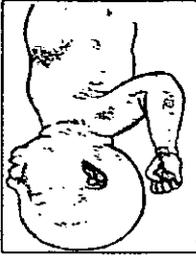
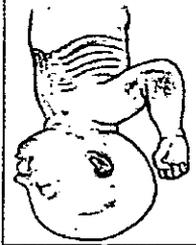
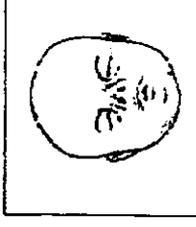
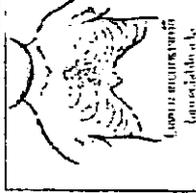
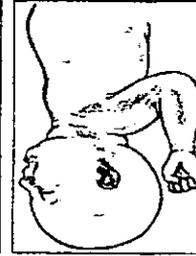
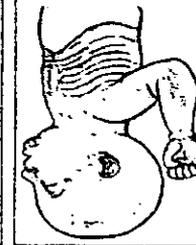
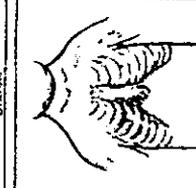
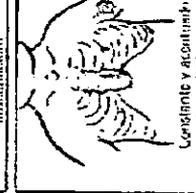
Si el recién nacido no logra una recuperación adecuada debe calificarse después de los 5 minutos cuantas veces sea necesario hasta que mejore y sus signos vitales sean estables.

METODO SILVERMAN-ANDERSEN

Este método se emplea de preferencia en recién nacidos prematuros, por la posibilidad de que desarrollen un problema respiratorio, así como en los recién nacidos de término que presenten signos de insuficiencia respiratoria. En este método se toman en cuenta los parámetros que se muestran en la figura.

A - 130 – ANEXO 2 PROGRAMA DE TRABAJO Y CAPACITACIÓN

La valoración del recién nacido con el método de Silverman-Andersen resulta de especial utilidad en los servicios de terapia intensiva cuando se tiene a niños con atelectasia pulmonar, broncoaspiración, membrana hialina y otras complicaciones pulmonares. Debe realizarse con la frecuencia que cada caso requiera.

Calificación	Movimientos Incoordinados	Tono muscular	Reflexos albaños	Alceas orales	Orejas castradas
0	 <p>Manos y brazos</p>	 <p>No</p>	 <p>No</p>	 <p>No</p>	 <p>No</p>
1	 <p>Manos y brazos en movimiento</p>	 <p>Normal</p>	 <p>Normal</p>	 <p>Discreto</p>	 <p>Manos y brazos en movimiento Incoordinados o incoordinados</p>
2	 <p>Manos y brazos fuertemente incoordinados</p>	 <p>Grande (res. aumentado y constante)</p>	 <p>Muy intenso</p>	 <p>Muy aumentado</p>	 <p>Constitución y crecimiento Incoordinado o discreto</p>

METODO DE SILVERMAN - ANDERSEN

ATENCIÓN DEL PUERPERIO.

El puerperio fisiológico esta etapa constituida por el tiempo necesario para que el organismo materno recupere el estado anterior al embarazo, este oscila entre seis y ocho semanas.

El cuadro clínico varía en el paciente según se trate del puerperio inmediato, mediato o tardío.

Durante el puerperio inmediato la paciente se encuentra agotada físicamente además de padecer:

- -Escalofríos
- -Somnolencia
- -Febrícula
- -Bradycardia
- -Loquios abundantes de aspecto hemático
- -Coágulos sanguíneos
- -Altura del fondo uterino 4 cm.
- -Útero muy contraído.

Durante el puerperio mediato la paciente se encuentra ya recuperada. A la exploración se encuentra:

- -Temperatura y pulsos normales
- -Loquios serohemáticos
- -Fondo uterino progresivamente más abajo
- -Dolor a la contracción uterina (entortos)
- -Puede existir depresión posparto en las mujeres que han tenido conflictos psico-emocionales durante el embarazo.

En el puerperio tardío los datos clínicos son:

- -Útero de tamaño normal que ocupa la cavidad pélvica
- -Loquios muy escasos y serosos.

A través de las diferentes fases en que se divide esta condición ocurren cambios locales y generales en el organismo:

- a) *Locales:* en útero, ovarios y mamas.
- b) *Generales:* En peso y signos vitales como temperatura, pulso, respiración, etc.

UTERO

Puerperio inmediato; tamaño 17x12x8 cm, espesor de la pared 3cm, peso 1000gr, localización pélvica abdominal, consistencia dura, sangrado, sangre roja oscura al principio serohemática de los 4 a los 8 días y serosa posteriormente.

Al término del puerperio; tamaño 8x5x4 cm, espesor 1.5cm, peso de 60 a 80gr, localización pélvica, consistencia muscular, sangrado; aparece la menstruación entre 40 y 80 días (cuando no hay lactancia).

CERVIX

Puerperio inmediato: Al disminuir su consistencia cuelga de los fondos de sacos vaginales.

Al término del puerperio: En el octavo día se encuentra nuevamente formado con su disposición anatómica normal.

OVARIOS

Puerperio inmediato: Persiste la anovulación.

Al término del puerperio: Entre 40 y 80 días después del parto ocurre nuevamente la ovulación siempre que no haya inhibición por aumento de la prolactina.

MAMAS

Puerperio inmediato: Congestión y aparición de secreción láctea. Las glándulas producen entre 1000 y 2000 ml en 48 horas por acción de la prolactina que se manifiesta intensamente a partir del 5o día.

Puerperio tardío: Características mamarias normales al cesar la lactancia (se recomienda suspender la lactancia entre el 3o y 4o mes).

PESO CORPORAL

Se pierde peso en forma brusca después del parto, debido a la expulsión del producto y sus anexos por la diaforesis y diuresis considerablemente aumentadas.

Al término del puerperio: disminución de 8 a 10 kilos de peso en total al regresar los órganos genitales a sus condiciones normales.

TEMPERATURA

El primer día del puerperio aumenta de 38 °C a 38.5 °C. porque ocurre la resorción de pirógenos durante el trabajo de parto.

Al término del puerperio: Si se prolonga la hipertermia por dos o mas días no se debe descartar que pueda existir una infección puerperal.

PULSO

La frecuencia del pulso disminuye después del parto, por el estímulo del plexo nervioso abdominal (neurogástrico) entre 60 y 70 pulsaciones por minuto pueden considerarse normales.

Al término del puerperio: Si se presenta taquicardia hay que descartar anemia o infección.

RESPIRACIÓN

Puerperio inmediato: Desaparece la disnea mecánica que por compresión abdominal se manifiesta en el último trimestre del embarazo.

PRESION ARTERIAL

Puerperio inmediato: No se modifica en el puerperio normal.

Al término del puerperio: Si existiese hipertensión se buscará descartar toxemia grávidica, nefropatía, hipertensión esencial.

Si existe hipotensión se debe pensar en: Hipotensión supina por compresión de grandes vasos, hipovolemia, estado de choque, infección por trabajo de parto prolongado, deshidratación.

APARATO URINARIO

Puerperio inmediato: La eliminación de orina aumenta de 1000 a 2000 ml en 24 hrs. puede ocurrir albuminuria en los primeros 5 días del puerperio, se debe vigilar que ocurra micción en el puerperio inmediato, ya que puede ocurrir retención urinaria por hipotonía vesical secundaria o sobre distensión o enervación vesical.

SISTEMA ENDOCRINO

Ocurre disminución brusca de los niveles de estrógenos, progesterona y gonadotropinas, hay elevación de la prolactina.

ALIMENTACION AL SENO MATERNO

El alimento natural del recién nacido es la leche humana, ningún otro tipo de leche resulta un sustituto totalmente apropiado. La leche materna cumple con los requisitos de una alimentación adecuada, o sea, se produce en suficiente cantidad, tiene la calidad nutricional requerida y es apropiada para la edad del niño.

La leche materna, a diferencia de otros tipos de leche, es apta nutricionalmente para que el niño pueda tomarla, digerirla y absorber los nutrimentos que contiene; así como la integración del binomio madre-hijo, ya que le transmite el cariño y el afecto al amamantarlo, lo que propicia la relación entre ambos.

El inicio de la alimentación al seno materno debe comenzar en las primeras horas posteriores al nacimiento, se recomienda no poner horario de alimentación fijo o rígido, sino establecerlo de acuerdo a la demanda del niño (con intervalos no menores de dos horas, ni mayores de cinco) para permitir que coma a la hora que, él mismo lo solicite. Este acto tiene un doble fin: nutrir al niño y fomentar las relaciones afectivas entre la madre y el niño.

FISIOLOGIA DE LA LACTANCIA

En caso de que la madre haya decidido amamantar a su hijo, habrá que empezar a hacerlo lo antes posible, la leche aparece entre el segundo y el cuarto día después del parto.

El primer día aparece una secreción láctea muy rica en grasas que se denomina calostro, tiene acción laxante sobre el producto y proporciona anticuerpos, en los días siguientes la leche es acuosa y aumenta progresivamente

su consistencia, adquiriendo un color blanco amarillento y se eleva la cantidad de la misma.

El aspecto de las mamas adquieren las siguientes características: turgencia, piel tersa, aspecto congestivo, aumento local de temperatura, red venosa superficial evidente, pezón formado, erecto fácilmente estimulable, con salida de leche en forma espontánea.

VENTAJAS DE LA LECHE MATERNA

- -Ser bacteriológicamente pura, ya que no esta contaminada
- -No necesita preparación
- -No es costosa
- -Está a la temperatura adecuada para el consumo del niño
- -No requiere utensilios, biberones, ni leche en polvo para su preparación.
- -Es de fácil digestión para el niño y no causa alergias
- -Protege al niño de las enfermedades, durante los primeros meses de vida, ya que a través de ella le transmite anticuerpos.
- -Disminuye la mortalidad infantil
- -Favorece la relación afectiva madre-hijo
- -Es completamente gratuita.

Por ello los niños alimentados con leche materna son más sanos, más fuertes que los que consumen leche industrializada.

DESVENTAJAS

No se sabe de ninguna desventaja, excepto la molestia física que representa la succión para la madre.

Para que tenga éxito la alimentación del recién nacido al seno materno se necesitan conjugar tres factores:

- a) La aceptación de la madre para brindar la alimentación a su hijo con apoyo de su esposo y familiares.
- b) La capacidad física del recién nacido.
- c) La orientación del médico.

La cantidad de leche materna depende del estado nutricional. Para que la lactancia sea efectiva, se deben tener debidos cuidados de acuerdo con los siguientes periodos:

ANTEPARTO: Es conveniente tomar la decisión de amamantar o no al recién nacido, antes de que se inicie el trabajo de parto de tal manera que:

El médico erradique temores y prejuicios y si es necesario modifique actitudes de los padres.

La madre realice ejercicios para formar y fortalecer el pezón mediante masaje mamario y expresión del pezón para disminuir la posibilidad de que aparezcan lesiones.

Que la madre cuente con una alimentación balanceada durante el embarazo.

PARTO: Cuando se usa premedicación, anestesia o sedación durante el parto disminuye la capacidad de succión y esto ocasiona la deshidratación y acidosis en el niño y falta de confianza en la madre, por esta razón entre otras se usa con mayor frecuencia el bloqueo peridural.

POSPARTO: Que la madre ofrezca al lactante en cada ocasión ambos senos, primero el menos lleno durante 5 minutos el primer día , 10 minutos el segundo y 15 el tercero, luego se ofrece el seno mas lleno para favorecer la contracción de las células mioepiteliales, gracias a la cual el recién nacido recibe mayor cantidad de leche con menos esfuerzo.

Que los alimentos y medicamentos administrados a la madre no tengan importancia clínica para el niño.

Que la madre ingiera un mínimo de 6 vasos de agua al día durante la lactancia y que su dieta sea suficiente y balanceada.

METODOS ANTICONCEPTIVOS

HORMONAL ORAL

Los hormonales orales constituyen el método temporal de regulación de la fertilidad más popular en el mundo. A partir de la introducción de compuestos hormonales en 1960, se han desarrollado preparados con dosis menores y menos efectos adversos que llevan menos alteraciones metabólicas.

Composición y Farmacocinética: El anticonceptivo oral hormonal combinado, de que se dispone en la Secretaría de Salud, posee el nombre de Lofemenal, y se encuentra constituido por 0.3mg de Norgestrel que es un progesteno sintético y 30mg de etinilestradiol que es un estrógeno.

"Mecanismos de acción a nivel central: En el hipotálamo existen múltiples interacciones de enorme complejidad que involucran a los centros técnico y cíclicos. Es aquí donde los compuestos hormonales modifican la secreción de hormona liberadora de gonadotropinas, provocando a nivel hipofisiario se bloquee la liberación de hormona luteinizante (HL) y hormona estimulante del foliculo (HFE)."¹¹

Mecanismos de acción a nivel periférico:

Ovario: El bloque de liberación de la HL y HFL, que ocurre a nivel central, provoca que en el ovario no se efectuó la maduración folicular y por lo tanto, no se presenta la ovulación.

Morfológicamente, los ovarios disminuyen de tamaño; histológicamente se ha encontrado engrosamiento de técnica albugínea, y en ocasiones, también fibrosis

¹¹ CECIL, Wyngaarder. Tratados de Medicina Interna. Ed. Interamericana. 18ª ed. México 1991, P. 551.

del estroma ovárico, cambios que son reversibles ante la suspensión de los hormonales.

Oviductos: El consumo de esteroides anticonceptivos altera la motilidad de los oviductos y por lo tanto el transporte de los gametos, lo que rompe la sincronización del posible encuentro entre el óvulo y el espermatozoide.

Endometrio: Después de la exposición a esteroides anticonceptivos, se observa alteración en el desarrollo de los componentes histológicos haciendo que por un lado la porción glandular no tenga un desarrollo óptimo y por otro, el estroma sufra decidualización con edema apenas moderado; el resultado final es la disociación del blastocito en el supuesto caso de que existiera fertilización de un óvulo.

Cuello uterino: Se ha observado que durante el uso de anticonceptivos hormonales, el moco cervical se vuelve escaso y espeso, disminuyendo con esto su eficacia; hay aumento en el número de células que se encuentran en el moco y en el interior de las criptas. Todos estos cambios disminuyen la capacidad de los espermatozoides para pasar a través del moco cervical.

Indicaciones:

Los anticonceptivos orales, como un método de regulación de la fertilidad altamente eficaz, se indican preferentemente a mujeres en edad fértil, menores de 35 años, con o sin hijos y que desean un método temporal.

Contraindicaciones absolutas:

- -Tromboflebitis, trastornos trombo-embólicos, enfermedad cerebro-vascular, coronariopatías, y antecedentes de estos trastornos.
- -Trastornos de la función hepática
- -Sospecha o certeza de embarazo
- -Tumores mamarios benignos o malignos
- -Hemorragia genital anormal

- -Deseo de lactancia
- -Diabetes
- -Nefropatías
- -Hiperlipidemias
- -Tabaquismo

Contraindicaciones relativas:

- Mujeres mayores de 35 años. En caso de que la mujer opte por este método deberá recibir vigilancia médica periódica.
- -Depresión
- -Miomatosis uterina
- -Hipertensión arterial
- -Insuficiencia venosa periférica
- -Síndrome epiléptico
- -Hemoglobinopatías
- -Intervención quirúrgica reciente o colectiva
- -Inmovilización de alguna extremidad.

Efectos Adversos:

La presentación de aspectos adversos varían notablemente, y el clínico debe valorar cuidadosamente aquellos que son debidos al anticonceptivo y los que pueden derivar de la apreciación subjetiva de la usuaria u otra causa. La mayoría de estos efectos son menores, y generalmente desaparecen conforme se prolonga su administración: (náuseas, vómitos, cambios de peso, depresión, goteo intermenstrual) etc.

Dosificación y Administración:

Su presentación es de burbujas plásticas que contienen 21 tabletas blancas con 0.3mg de norgestrel y 30mcg de etinilestradiol cada una, además de 7 tabletas color marrón que contienen 75 Mg. de fumarato ferroso cada una.

Debe administrarse una tableta diaria a intervalos no mayores de 24hrs por espacio de 21 días consecutivos, seguidas de una tableta color marrón por siete días más.

Efectos Benéficos:

Las usuarias de anticonceptivos hormonales obtienen regularización de sus ciclos y clínicamente se observa disminución en la cantidad y duración del sangrado menstrual; esto último conlleva menos riesgo de presentar anemia ferropriva.

HORMONAL INYECTABLE

Indicaciones:

- -Mujeres mayores de 30 años, que no desean un método permanente
- -Inmunización con la vacuna de rubéola para evitar el embarazo durante tres meses
- -Mujeres con deficiencia mental
- -Mujeres en quienes están contraindicados los estrógenos

Contraindicaciones:

- -Además de las mencionadas en los hormonales orales:
- -Nulíparas y adolescentes.

Efectividad:

La administración de noritindrona cada 60 días, proporciona una efectividad de 0.4 embarazos por 100 años mujer.

CYCLOFEM: Una de las ventajas de este compuesto, es que puede ser administrado en mujeres desde los 18 hasta los 35 años de edad.

Efectos adversos:

Irregularidades Menstruales: Puede existir aumento en la duración del sangrado, pero se ha observado que, a medida que se prolonga el tratamiento, los sangrados se acortan y son menos frecuentes. También se puede presentar amenorrea; este es un fenómeno que cuando aparece en mujeres previa y suficientemente informadas y motivadas, es aceptado de buen grado por lo que no constituye problema.

Dosificación y Administración:

La noretodrona se encuentra disponible en las unidades de la Secretaría de Salud en ampolletas de 200mg disueltos en solución oleosa.

La primera aplicación debe efectuarse dentro de los primeros 5 días de haber iniciado la menstruación y, para máxima protección, después de aplicada se recomienda usar algún método local durante las dos primeras semanas. Las dosis subsiguientes se aplicaran cada 60 días, independientemente del sangrado.

Seguimiento:

Las consultas subsiguientes se llevan a cabo cada 60 días.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO

“El dispositivo intrauterino (DIU), provoca reacción inflamatoria localizada en el endometrio lo que promueve migración de macrófagos, células cebadas y células plasmáticas, esto causa la liberación de enzimas lisosomales como fosfatasa,

glucomidasa y betaglucoronidasa las que destruyen a los espermatozoides que son fagocitados por los macrófagos.¹²

La T de cobre 380 A esté constituido por un cuerpo de polietileno formado por una rama transversal que posee una placa con 66.5 Mg. de cobre en cada uno de sus brazos y una rama vertical con 176 Mg. de cobre aproximadamente.

Indicaciones:

- -Mujeres en edad fértil, nuliparas o multiparas que desean espaciar sus embarazos.
- -Lactancia.
- -Intolerancia al uso de anticonceptivos orales.

Contraindicaciones:

- -Malformaciones congénitas de vagina o útero, estenosis de cérvix.
- -Sospecha o presencia de embarazo.
- -Miomatosis uterina.
- -Sospecha o presencia de cáncer uterino.
- -Insuficiencia cardiaca
- -Anemia severa
- -Antecedentes de embarazo ectópico
- -Dismenorrea incapacitante
- -Hemoglobinopatías, leucemia y alteraciones de la coagulación.
- -Sangrado genital anormal
- -Cervicitis, endometritis o anexitis agudas o crónicas
- -Parto o cesárea con ruptura de membranas de 6 o más horas de evolución.
- -Aborto complicado.
- -Infección pélvica
- -Enfermedad inflamatoria pélvica crónica.

¹² SCOTT, Disnia. Tratados de Obstetricia y Ginecología. Ed. Interamericana. 6ª ed. México 1994. P. 270.

Efectos Adversos:

Hiperpolimenorrea: es el que se observa con mayor frecuencia y puede ser causa del retiro del método.

Dolor pélvico: Cuando se presenta esta eventualidad durante la primera semana posterior a la inserción se deberán prescribir antiespasmódicos a las dosis habituales; si no se observa mejora, se recomienda cambiar el método.

Dispareunia: Se deberá verificar que el DIU se encuentre correctamente insertado y si se requiere cortar las guías.

Complicaciones:

Perforación Uterina: Se presenta con más frecuencia durante la inserción, la usuaria deberá referirse para extraerle el DIU por laparotomía. Si se deja el DIU puede presentarse perforación u obstrucción intestinal y reacción inflamatoria local.

Infección pélvica: El riesgo es mayor en mujeres que tienen múltiples compañeros sexuales. El tratamiento requiere del retiro del DIU lo más pronto posible y antibióticoterapia adecuada.

Embarazo ectópico: Deberá ponerse atención especial a una usuaria que presente retraso en su menstruación, metrorragia o dolor pélvico unilateral, ya que pueden ser signos de embarazo ectópico.

Embarazo accidental: Cuando ocurre embarazo con DIU in-situ, los riesgos de aborto o infección son altos, por lo que debe retirarse solamente cuando se cumplan las tres condiciones siguientes:

- Que el embarazo sea menor de ocho semanas
- Que los hilos del DIU sean visibles, y
- Que el DIU no ofrezca resistencia a su extracción.

TÉCNICAS DE INSERCIÓN:

Existen varias técnicas dependiendo del momento en que se decida insertar el DIU de intervalo y durante el posparto inmediato.

De Intervalo: De preferencia la inserción del DIU se hará durante los primeros días de la menstruación, para aprovechar la dilatación cervical y descartar un embarazo.

- -Todo el procedimiento deberá realizarse con técnica estéril.
- -Previa a la aplicación del DIU, deberá realizarse exploración pélvica, aun cuando la paciente haya sido examinada recientemente, mencionándole la importancia del procedimiento y la forma en que se llevara a cabo. La exploración será bimanual para conocer, forma, tamaño, estado de la superficie y posición del útero.
- -Se coloca un espejo vaginal de dimensiones adecuadas.
- -Al observar el cérvix, éste deberá limpiarse con una solución antiséptica que se aplica con una gasa montada.
- -Con una pinza de Pozzi se toma el labio cervical anterior, el que tracciona suavemente para rectificar el ángulo entre el canal cervical y la cavidad uterina.
- -De acuerdo a lo encontrado en la exploración bimanual, se practica medición de la cavidad uterina con un histerómetro de preferencia maleable, determinándola por la marca de sangre que aparece sobre el instrumento, o bien, en casos de sangrado abundante, se coloca la punta del dedo índice sobre el histerómetro y en contacto con el cérvix. Posteriormente se retira el histerómetro sin movilizar el dedo de esa posición. No deberá intentarse la inserción del DIU si la histerometría es menor de 5.5 cm.
- -En condiciones estériles se extraen el émbolo, la camisa y el DIU de la envoltura.
- -Se extrae el DIU de la camisa aproximadamente 1.5 cm y con los dedos pulgar e índice se doblan los brazos de la rama horizontal para ser introducidos. Las placas de cobre no deben introducirse en la camisa y los brazos no deben permanecer doblados por más de 5 minutos antes de la inserción en la cavidad uterina.

- -Se ajusta el calibrador de fondo de color azul, de acuerdo a la medida obtenida por la histerometría, observando que su plano horizontal corresponda a los brazos de la rama horizontal de la T.
- -Sosteniendo con una mano se introduce la pinza Pozzi, se tracciona firme y suavemente, y con la otra mano se introduce la camisa a través del canal cervical, hasta el fondo uterino, lo cual se evidencia cuando el calibrador de fondo se pone en contacto con el cérvix.
- -Con el propósito de liberar los brazos del DIU se retira la camisa, sosteniéndola entre los dedos índice y medio, y se mantiene en su posición el émbolo con el pulgar en el anillo. El émbolo nunca debe utilizarse como disparador.
- -Una vez que se han liberado los brazos de la T, con mucho cuidado y en forma suave se impulsa la camisa en dirección al fondo uterino nuevamente hasta sentir ligera resistencia. El efectuar este paso permite asegurarse que los brazos de la T se ubiquen los más posible en la cavidad uterina.
- -Se retira el émbolo y luego la camisa.
- -Al observar los hilos el DIU se procederá a cortarlos a 3 cm del orificio externo del cérvix.
- -Se retira la pinza de Pozzi; si existe sangrado se efectúa hemostasia por compresión con una gasa estéril montada.
- -Se retira el espejo vaginal.
- -El DIU debe ser aplicado por personal capacitado, el cual deberá tener una práctica previa con mínimo de 15 aplicaciones bajo supervisión.
- -Esta técnica también se puede utilizar para la inserción del DIU pos-aborto no complicado del primer trimestre.

Seguimiento:

Las consultas subsecuentes para vigilar el uso de este método deben realizarse: La primera entre las 4 y 6 semanas posteriores a la aplicación; la segunda a los 6 meses, y posteriormente cada año hasta cumplir cuatro de uso, después de lo cual se procederá a su retiro con la inserción inmediata de otro DIU si así lo requiere la usuaria.

VASECTOMIA

La vasectomía es un procedimiento que tiene como propósito la sección y obstrucción por medios quirúrgicos de los conductos deferentes.

Indicaciones:

- -Fecundidad satisfecha
- -Transmisión de algunos padecimientos genéticos
- -Deficiencia mental

Contraindicaciones:

Las contraindicaciones de este método pueden clasificarse como absolutas y de resolución previa a la intervención quirúrgica.

Absolutas:

- -Tumores testiculares
- -Varicocele
- -Coagulopatías o uso de anticoagulantes.
- De resolución previa:
 - -Infección genitourinaria
 - -Hernia escrotal
 - -Dermatitis del escroto
 - -Anemia severa
 - -Diabetes descompensada.

Es importante mencionar que no se recomienda la vasectomía en varones que presenten desajustes emocionales, ya que cuando existen, el hombre puede atribuir al procedimiento cambios indeseables orgánicos y psíquicos.

Ventajas:

- -Es un procedimiento simple y fácil de realizarse.
- -Es un método que permite la participación activa del varón en la planificación familiar.
- -Es de bajo costo.
- -No requiere quirófano, aunque si de un lugar acondicionado.
- -No interfiere con la capacidad del hombre para mantener relaciones sexuales satisfactorias.

Complicaciones:

Pueden presentarse algunas complicaciones derivadas de la cirugía como:

Equimosis: Es una de las mas frecuentes y su incidencia es variable, se observan áreas de color púrpura en la piel que aproximadamente desaparecen en una semana y no requieren tratamiento.

Hematoma: Se presenta con una frecuencia de 1 a 4%, dependiendo de la importancia, se deberá tratar con bolsas o fomentos de agua caliente, pero debe ser necesario efectuar drenajes y ligar los vasos sangrantes.

Infección: En la mayoría de los casos deberá tratarse por medio de antibióticos y antiinflamatorios, si existe formación de abscesos será necesario drenarlo y efectuar curación diaria hasta su completa resolución.

Epididimitis: Puede ser congestiva o piógena. El tratamiento de la primera consiste en reposo, aplicación de calor local y anti-inflamatorios; si se agrega infección se utilizaran además antimicrobianos.

Efectividad:

Se considera que la vasectomía es uno de los métodos más seguros, con una efectividad de 0.1 a 0.15 embarazos por 100 años mujer.

Para no disminuir la protección que otorga este método, todo paciente vasectomizado deberá utilizar un método de barrera o bien se indicara un método temporal para su pareja hasta que ocurra alguna de las siguientes condiciones:

- a) Que el usuario tenga un mínimo de veinte eyaculaciones.
- b) Que hayan transcurrido tres meses de la intervención.
- c) Espermatobioscopia directa negativa.

Recomendaciones Post-quirúrgicas:

Se recomienda evitar esfuerzos físicos durante una semana y utilizar un suspensorio escrotal por siete días. En caso de dolor se indicaran analgésicos y aplicación de frío local.

Seguimiento:

Citar al paciente a los ocho días de haber sido intervenido para su primera consulta de control, en la unidad médica donde se realizó la intervención.

Efectos de la vasectomía:

La vasectomía no altera la función endocrina del eje hipotálamo-hipófisis testículo. Se ha comprobado que la elevación de anticuerpos antiespermatozoides no implica riesgo de enfermedad auto inmune.

OCLUSION TUBARICA BILATERAL (OTB)

La oclusión tubarica es un procedimiento que consiste en el corte o sección, ligadura y obstrucción de la luz de los oviductos, con objeto de impedir la unión del espermatozoide y el óvulo.

Indicaciones:

- -Paridad Satisfecha: La (OTB) se aconseja cuando la pareja considera que ha completado el número de hijos que desea tener.
- -Riesgo Reproductivo elevado: Si un nuevo embarazo pone en peligro la vida de la madre o bien la mujer ha rebasado los 35 años de edad, existe la posibilidad de que se presenten embarazos de alto riesgo. En estos casos el número de hijos no será motivo de contraindicación.
- -Transmisión de padecimientos Genéticos: Cuando los antecedentes familiares señalan la presencia de anomalías genéticas que pudieran ser transmisibles.
- -Deficiencia Mental: Previa autorización de los padres o tutores.

Contraindicaciones:**Posparto o Pos aborto:**

- -Si no existe paridad satisfecha
- -Toxemia grávida precedente
- -Infección pélvica aguda o potencial

De Intervalo:

- -Sospecha de embarazo
- -Infección pélvica hasta su resolución
- -Grandes tumoraciones pélvicas
- -Parto o cesárea con ruptura prematura de membranas de más de 6 horas de evolución.

En caso de que el procedimiento se quiera realizar mediante laparoscopia esté contraindicado cuando hay hernia abdominal, cirugía abdominal previa, tumoración pélvica y procesos adherenciales.

Ventajas:

- -El procedimiento por laparotomía es fácil y simple de realizar
- -No interfiere con la capacidad de la mujer para mantener relaciones sexuales satisfactorias.

Complicaciones:

Infección: Su tratamiento se realizará con antibióticos, anti-inflamatorios y curación diaria hasta su resolución total.

Hematoma: Se tratarán localmente con bolsas o fomentos de agua caliente, dependiendo de su magnitud si se considera necesario se efectuará drenaje y ligadura de los vasos sangrantes.

Dolor: Es una molestia común, más importante en las mujeres que son sometidas a laparoscopia por la inclusión de gas en la cavidad peritoneal. Por lo regular se puede tratar con analgésicos del tipo de los salicilatos.

Efectividad: La tasa de embarazos por 100 años mujer, es de aproximadamente entre 0.2 y 1.3%, y puede variar de acuerdo a la técnica empleada.

PRESERVATIVO

Una de las actividades prioritarias, dentro del programa de planificación familiar actualmente, es fomentar la participación del varón para compartir la responsabilidad procreativa y enriquecer la relación de la pareja.

El preservativo o condón disponible en las unidades de la Secretaría de Salud, es una cubierta de látex con un grosor de 0.03 a 0.07mm. Los preservativos son fabricados en cuatro colores. Para su distribución se dispone de tiras de cuatro unidades.

Indicaciones:

- -Relaciones sexuales esporádicas
- -Como apoyo a otros métodos anticonceptivos.

Contraindicaciones:

Intolerancia al lubricante o al látex.

Efectividad: Se calcula que la tasa de embarazos por 100 años mujer oscila entre 3 y 12.

Lo anterior va en relación al correcto uso del preservativo; esto deja ver la importancia de que el prestador de servicios tenga otro contacto directo con el usuario, además de poseer conocimientos precisos para instruirle.

Forma de Uso:

Para el personal de salud debe ser una tarea importante al hacer saber a la población que para lograr máxima protección, el condón debe utilizarse correctamente. El personal de las unidades aplicativas no debe dar por hecho que todo mundo sabe usar un condón, por lo que deberán aprovechar las visitas de consulta para proporcionar instrucciones claras y explícitas sobre su utilización, entre las que podemos mencionar las siguientes:

- -Se debe usar un condón siempre que se practique el coito, sobre todo si no lo realiza con su pareja habitual.
- -No deberán usarse condones caducos o en mal estado. Apriete la bolsita del condón antes de abrirla, para verificar que no este rota. Observe que la fecha de manufactura (MFD) no exceda 5 años.
- -Coloque siempre el condón cuando el pene ya está en erección antes de comenzar el coito.

- -No estire con fuerza el condón contra la punta del pene. Deje un poco de espacio en el extremo del condón para retener el semen.
- -Desarrolle el condón hasta la base del pené.
- -Si el condón llega a romperse durante el coito, retire el pene inmediatamente y colóquese otro condón.
- -Después de eyacular retire el pene cuando aún no ha perdido completamente la erección. A medida que retire el pene, sostenga la base del condón de forma que no se caiga.
- -Use un condón nuevo cada vez que practique el coito.
- -Si necesita lubricante utilice uno a base de agua.
- -Los lubricantes preparados con vaselina o aceites pueden dañar los condones.
- -No use saliva porque quizá tenga el virus del SIDA.
- -Guarde los condones en lugar fresco y seco.

Ventajas:

- -Protege de las enfermedades de transmisión sexual.
- -Puede durar mas tiempo la erección.
- -Al colocarlo la mujer participa activamente
- -Disminuye la preocupación de un embarazo no deseado.

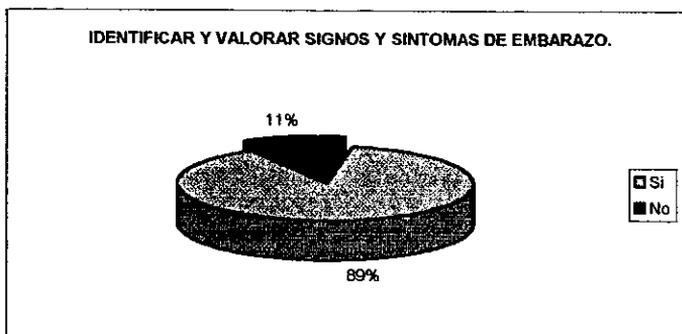
ANEXO 3

CUADROS Y GRAFICAS

A-156- ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No.1
CONTROL PRENATAL**

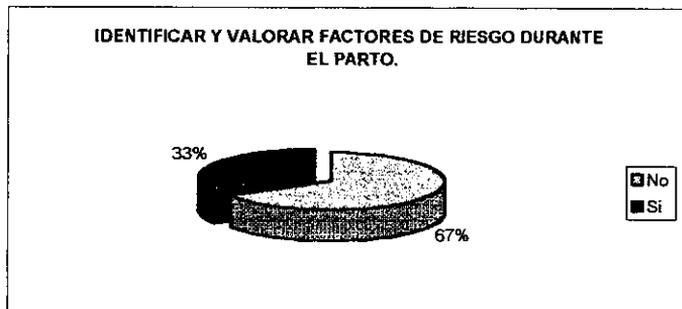
IDENTIFICAR Y VALORAR SIGNOS Y SINTOMAS DE EMBARAZO	Fo	%
Si	16	88.9
No	2	11.1
Total	18	100



Fuente: Datos Obtenidos de las Primeras Cedula Aplicadas a las Parteras Empíricas
 Lugar: Jurisdicción Sanitaria No.VIII Tonalá, Arriaga y Pijijiapan Edo. de Chiapas
 Fecha: Agosto, Septiembre y Octubre 1997

**CUADRO No.2
CONTROL PRENATAL**

IDENTIFICAR Y VALORAR FACTORES DE RIESGO DURANTE EL PARTO	Fo	%
No	12	66.7
Si	6	33.3
Total	18	100



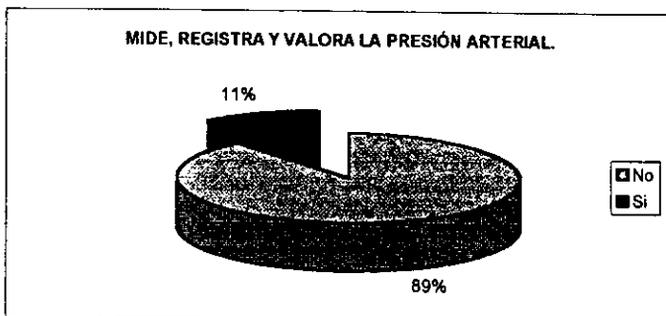
Fuente: Misma del Cuadro No. 1

CONTROL PRENATAL

A- 157- ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

CUADRO No.3
CONTROL PRENATAL

MIDE, REGISTRA Y VALORA LA PRESION ARTERIAL	Fo	%
No	16	88.9
Si	2	11.1
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

CUADRO No.4
CONTROL PRENATAL

VALORA LA ALTURA DEL FONDO UTERINO DE ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL Y ESTADO DE SALUD FETAL	Fo	%
Si	10	55.6
No	8	44.4
Total	18	100



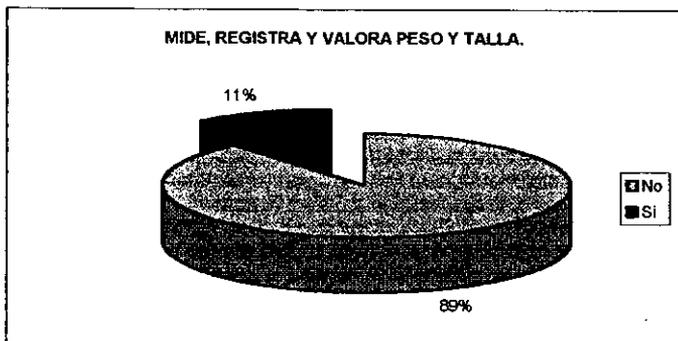
Fuente: Misma del Cuadro No.1

CONTROL PRENATAL

A- 158- ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

CUADRO No.5
CONTROL PRENATAL

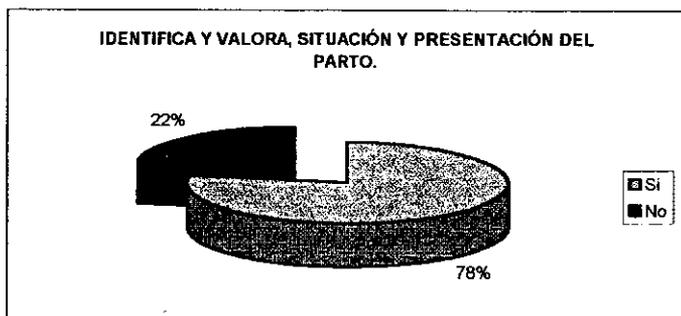
MIDE, REGISTRA Y VALORA PESO Y TALLA	Fo	%
No	16	88.9
Si	2	11.1
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

CUADRO No.6
CONTROL PRENATAL

IDENTIFICA Y VALORA SITUACION Y PRESENTACION DEL PARTO	Fo	%
Si	14	77.8
No	4	22.2
Total	18	100



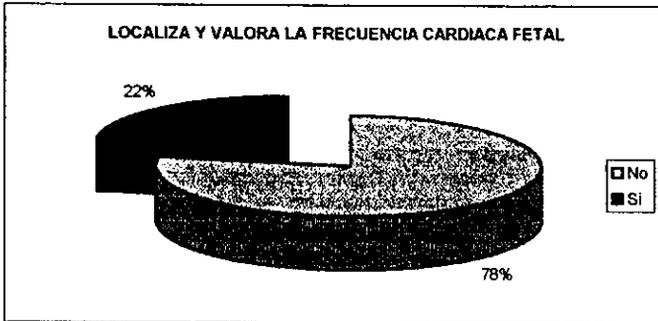
Fuente: Misma del Cuadro No.1

CONTROL PRENATAL

A- 159- ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No.7
CONTROL PRENATAL**

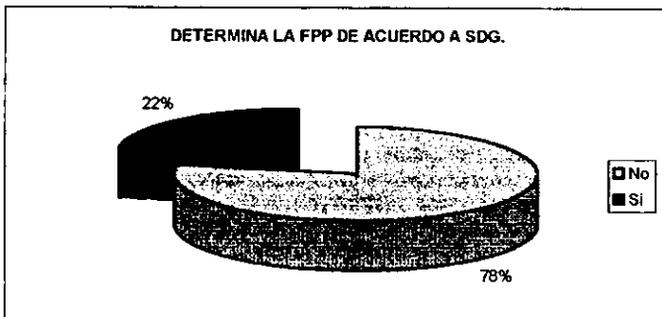
LOCALIZA Y VALORA LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL	Fo	%
No	14	77.8
Si	4	22.2
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

**CUADRO No.8
CONTROL PRENATAL**

DETERMINA LA FPP DE ACUERDO A SDG	Fo	%
No	14	77.8
Si	4	22.2
Total	18	100



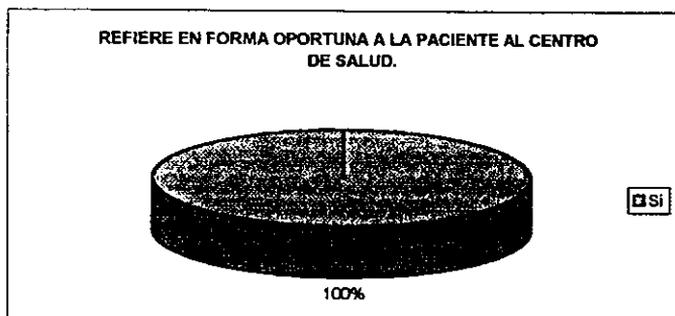
Fuente: Misma del Cuadro No.1

CONTROL PRENATAL

A-160- ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No.9
CONTROL PRENATAL**

REFIERE EN FORMA OPORTUNA A LA PACIENTE AL CENTRO DE LA SALUD	Fo	%
Si	18	100
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

**CUADRO No.10
CONTROL PRENATAL**

EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS PROPORCIONA ATENCION PRENATAL	Fo	%
No	12	66.7
Si	6	33.3
Total	18	100



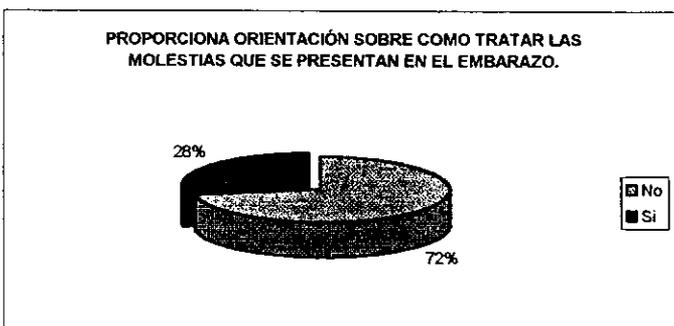
Fuente: Misma del Cuadro No.1

CONTROL PRENATAL

A- 161- ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No.11
CONTROL PRENATAL**

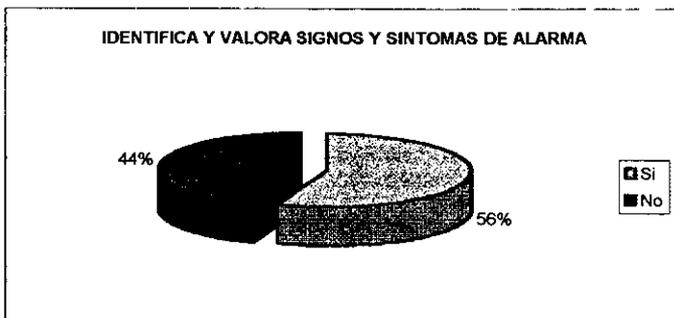
PROPORCIONA ORIENTACION SOBRE COMO TRATAR LAS MOLESTIAS QUE SE PRESENTAN EN EL EMBARAZO	Fo	%
No	13	72.2
Si	5	27.8
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

**CUADRO No.12
CONTROL PRENATAL**

IDENTIFICA Y VALORA SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA	Fo	%
Si	10	55.6
No	8	44.4
Total	18	100



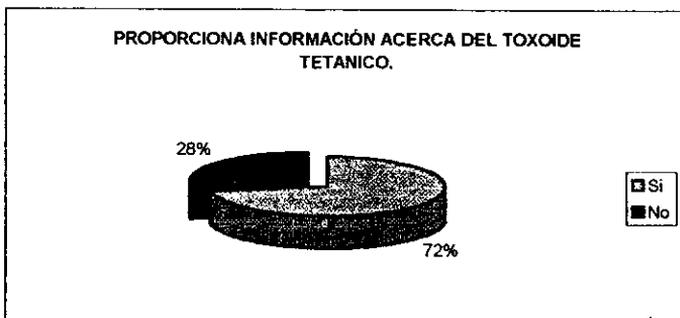
Fuente: Misma del Cuadro No.1

CONTROL PRENATAL

A-162- ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No.13
CONTROL PRENATAL**

PROPORCIONA INFORMACION ACERCA DEL TOXOIDE TETANICO	Fo	%
Si	13	72.2
No	5	27.8
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

**CUADRO No.14
CONTROL PRENATAL**

PROPORCIONA ORIENTACION NUTRICIONAL Y DE LOS CUIDADOS PRENATALES	Fo	%
No	13	72.2
Si	5	27.8
Total	18	100



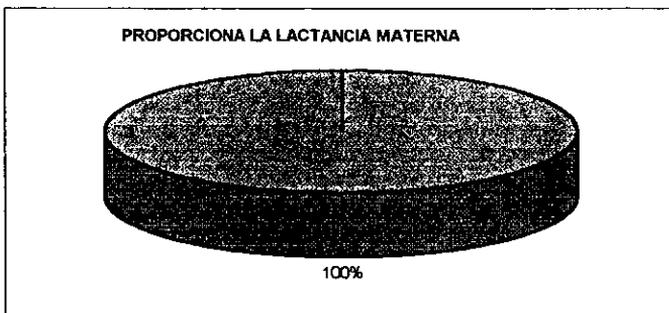
Fuente: Misma del Cuadro No.1

CONTROL PRENATAL

A- 163- ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No.15
CONTROL PRENATAL**

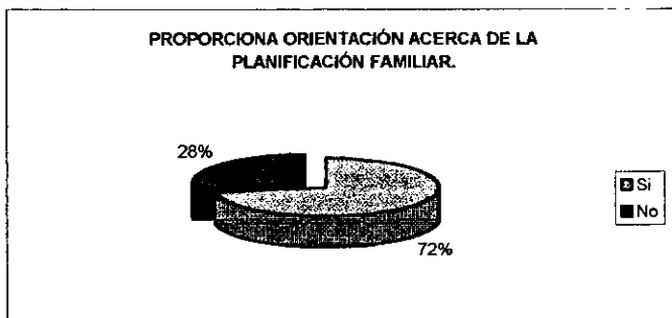
PROPORCIONA LA LACTANCIA MATERNA	Fo	%
Si	18	100
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

**CUADRO No.16
CONTROL PRENATAL**

PROPORCIONA ORIENTACION ACERCA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR	Fo	%
Si	13	72.2
No	5	27.8
Total	18	100



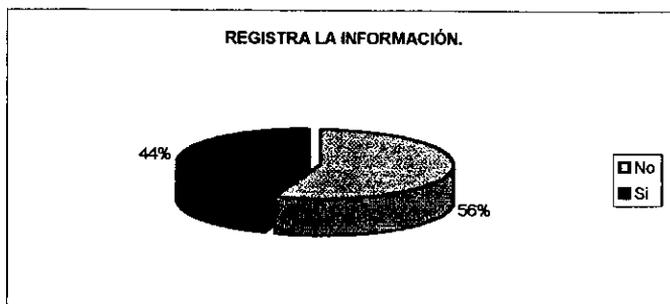
Fuente: Misma del Cuadro No.1

CONTROL PRENATAL

A- 164 - ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

CUADRO No.17
CONTROL PRENATAL

REGISTRA LA INFORMACION	Fo	%
No	10	55.6
Si	8	44.4
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

CONTROL PRENATAL

A-165 - ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No. 1
ATENCIÓN DEL PARTO**

IDENTIFICA Y VALORA SIGNOS Y SINTOMAS DEL TRABAJO DE PARTO	Fo	%
Si	14	77.8
No	4	22.2
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

**CUADRO No. 2
ATENCIÓN DEL PARTO**

IDENTIFICA Y VALORA SIGNOS Y SINTOMAS QUE PUEDAN COMPLICAR LA EVOLUCION DEL TRABAJO DEL PARTO	Fo	%
No	13	72.2
Si	5	27.8
Total	18	100



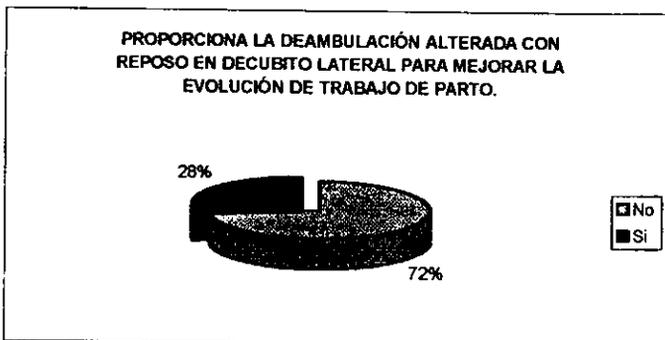
Fuente: Misma del Cuadro No.1

ATENCIÓN DEL PARTO

A- 166 - ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No. 3
ATENCIÓN DEL PARTO**

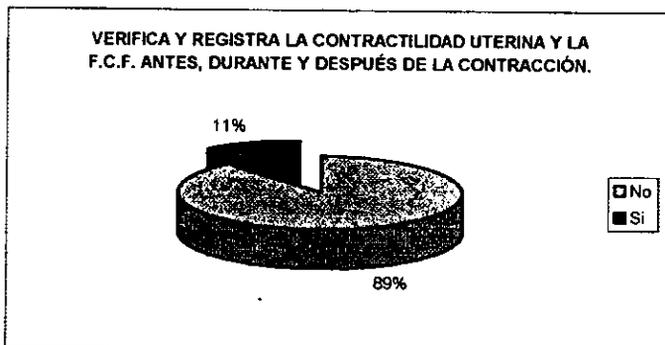
PROPORCIONA LA DEAMBULACION ALTERADA CON REPOSO EN DECUBITO LATERAL PARA MEJORAR LA EVOLUCION DE TRABAJO DE PARTO	Fo	%
No	13	72.2
Si	5	27.8
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

**CUADRO No. 4
ATENCIÓN DEL PARTO**

VERIFICA Y REGISTRA LA CONTRACTILIDAD UTERINA Y LA F.C.F. ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA CONTRACCION	Fo	%
No	16	88.9
Si	2	11.1
Total	18	100



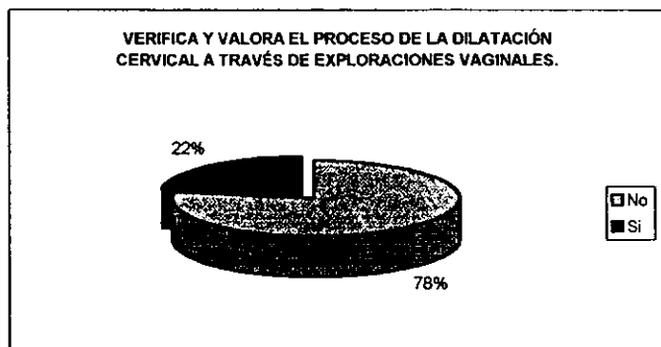
Fuente: Misma del Cuadro No.1

ATENCIÓN DEL PARTO

A-167 - ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No. 5
ATENCIÓN DEL PARTO**

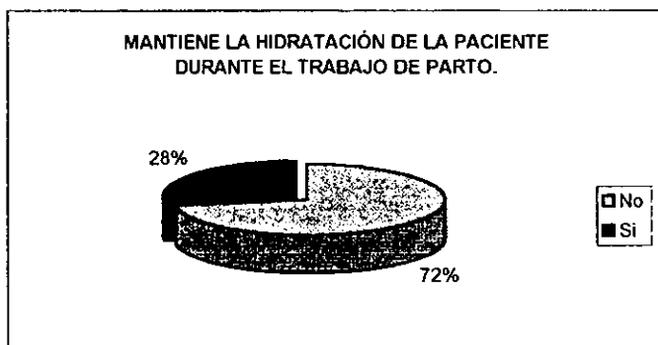
VERIFICA Y VALORA EL PROCESO DE LA DILATACION CERVICAL A TRAVES DE EXPLORACIONES VAGINALES	Fo	%
No	14	77.8
Si	4	22.2
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

**CUADRO No. 6
ATENCIÓN DEL PARTO**

MANTIENE LA HIDRATACION DE LA PACIENTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	Fo	%
No	13	72.2
Si	5	27.8
Total	18	100



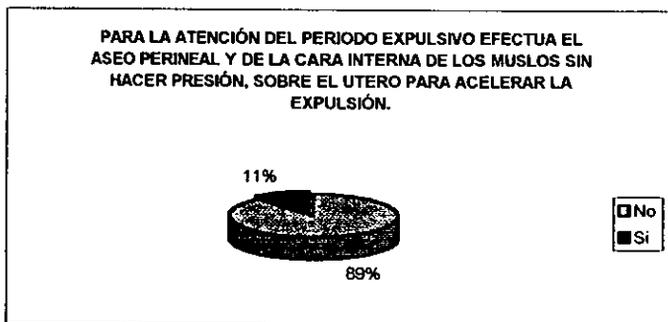
Fuente: Misma del Cuadro No.1

ATENCIÓN DEL PARTO

A- 168 - ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No. 7
ATENCIÓN DEL PARTO**

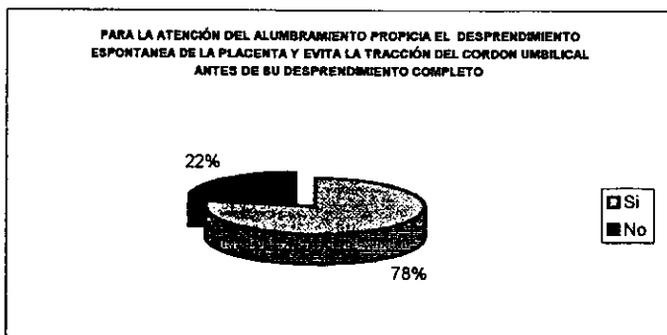
PARA LA ATENCIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO EFECTUA EL ASEO PERINEAL Y DE LA CARA INTERNA DE LOS MUSLOS SIN HACER PRESIÓN, SOBRE EL UTERO PARA ACELERAR LA EXPULSION	Fo	%
No	16	88.9
Si	2	11.1
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

**CUADRO No. 8
ATENCIÓN DEL PARTO**

PARA LA ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO PROPICIA EL DESPRENDIMIENTO ESPONTANEO DE LA PLACENTA Y EVITA LA TRACCIÓN DEL CORDON UMBILICAL ANTES DE SU DESPRENDIMIENTO COMPLETO	Fo	%
Si	14	77.8
No	4	22.2
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

ATENCIÓN DEL PARTO

A- 169 - ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No. 9
ATENCIÓN DEL PARTO**

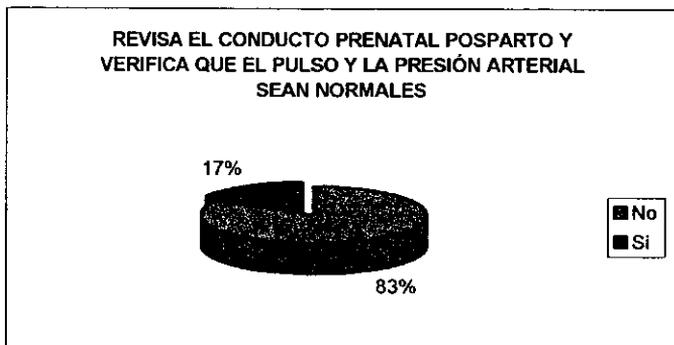
COMPRUEBA LA INTEGRIDAD Y NORMALIDAD DE LA PLACENTA Y SUS MEMBRANAS	Fo	%
Si	15	83.3
No	3	16.7
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

**CUADRO No. 10
ATENCIÓN DEL PARTO**

REVISAR EL CONDUCTO PERINEAL POSPARTO Y VERIFICAR QUE EL PULSO Y LA PRESIÓN ARTERIAL SEAN NORMALES	Fo	%
No	15	83.3
Si	3	16.7
Total	18	100

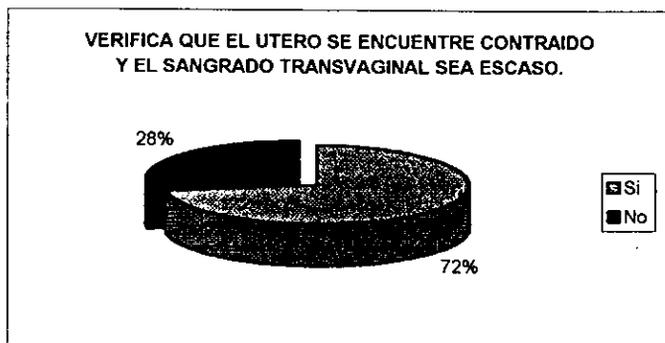


Fuente: Misma del Cuadro No.1

ATENCIÓN DEL PARTO

**CUADRO No. 11
ATENCIÓN DEL PARTO**

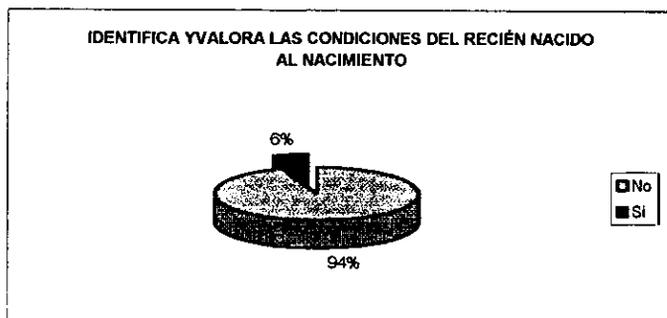
VERIFICA QUE EL UTERO SE ENCUENTRE CONTRAIDO Y EL SANGRADO TRANSVAGINAL SEA ESCASO	Fo	%
Si	13	72.2
No	5	27.8
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

**CUADRO No. 12
ATENCIÓN DEL PARTO**

IDENTIFICA Y VALORA LAS CONDICIONES DEL RECIÉN NACIDO AL NACIMIENTO	Fo	%
No	17	94.4
Si	1	5.6
Total	18	100



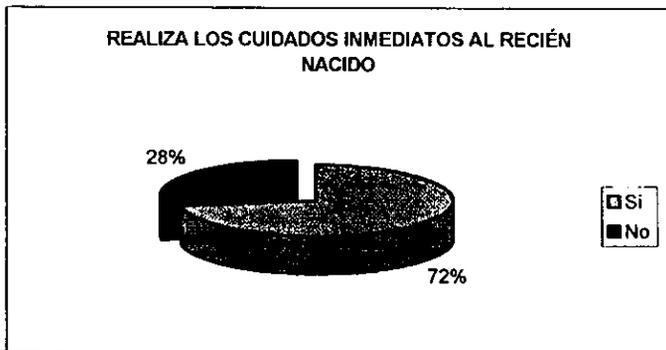
Fuente: Misma del Cuadro No.1

ATENCIÓN DEL PARTO

A-171 - ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No. 13
ATENCIÓN DEL PARTO**

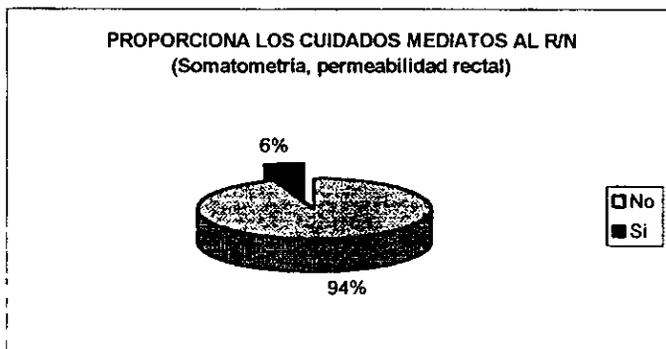
REALIZA LOS CUIDADOS INMEDIATOS AL RECIÉN NACIDO	Fo	%
Si	13	72.2
No	5	27.8
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

**CUADRO No. 14
ATENCIÓN DEL PARTO**

PROPORCIONA LOS CUIDADOS MEDIATOS AL R/N (Somatometría, permeabilidad rectal)	Fo	%
No	17	94.4
Si	1	5.6
Total	18	100



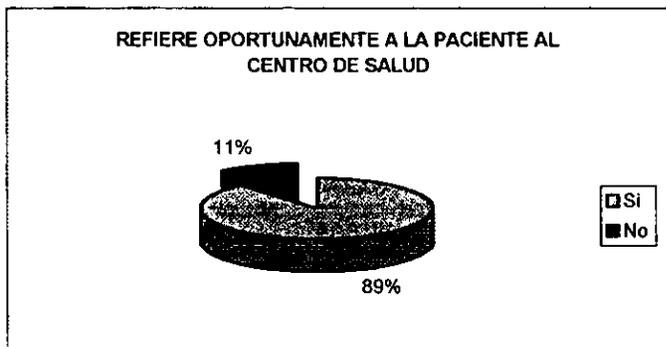
Fuente: Misma del Cuadro No.1

ATENCIÓN DEL PARTO

A- 172 - ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No. 15
ATENCION DEL PARTO**

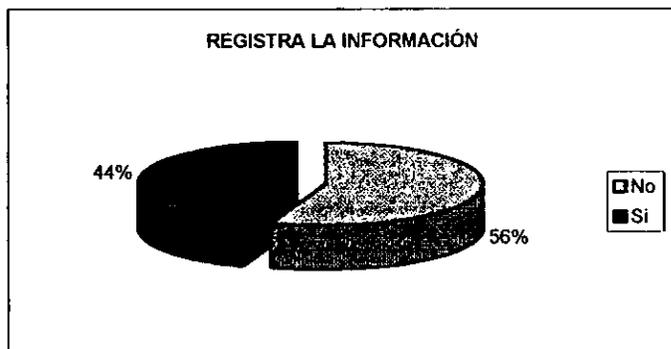
REFIERE OPORTUNAMENTE A LA PACIENTE AL CENTRO DE SALUD	Fo	%
Si	16	88.9
No	2	11.1
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

**CUADRO No. 16
ATENCION DEL PARTO**

REGISTRA LA INFORMACION	Fo	%
No	10	55.6
Si	8	44.4
Total	18	100



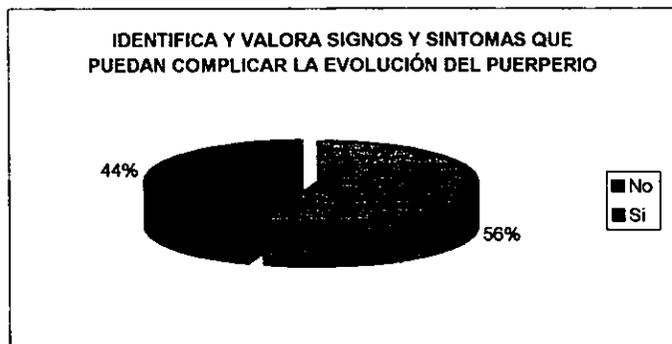
Fuente: Misma del Cuadro No.1

ATENCIÓN DEL PARTO

A- 173 - ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No.1
ATENCIÓN AL PUERPERIO**

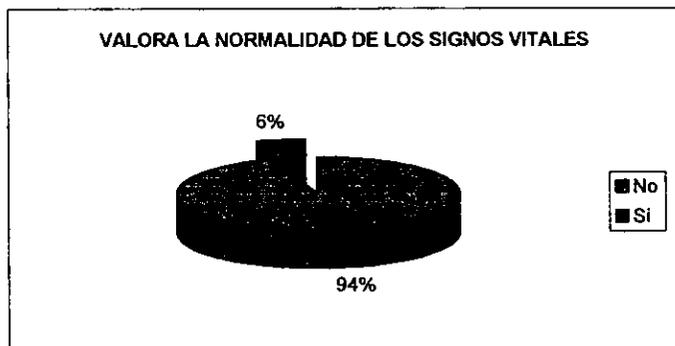
IDENTIFICA Y VALORA SIGNOS Y SINTOMAS QUE PUEDAN COMPLICAR LA EVOLUCION DEL PUERPERIO	Fo	%
No	10	55.6
Si	8	44.4
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

**CUADRO No.2
ATENCIÓN AL PUERPERIO**

VALORA LA NORMALIDAD DE LOS SIGNOS VITALES	Fo	%
No	17	94.4
Si	1	5.6
Total	18	100



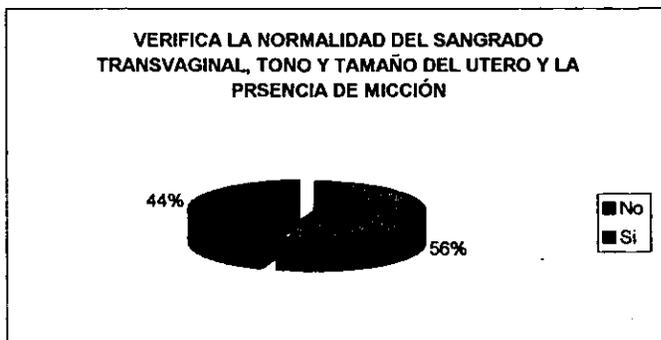
Fuente: Misma del Cuadro No.1

ATENCIÓN AL PUERPERIO

A-174 - ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No.3
ATENCIÓN AL PUERPERIO**

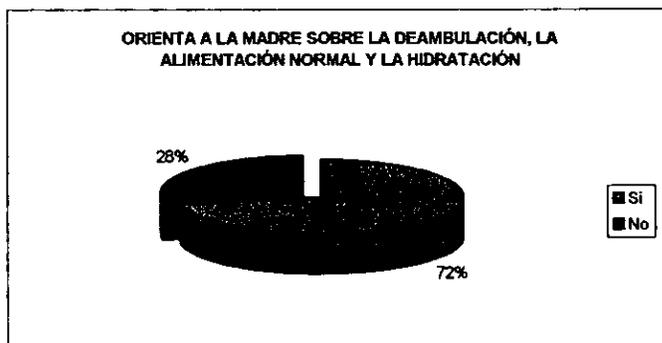
VERIFICA LA NORMALIDAD DEL SANGRADO TRANSVAGINAL, TONO Y TAMAÑO DEL UTERO Y LA PRESENCIA DE MICCIÓN	Fo	%
No	10	55.6
Si	8	44.4
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

**CUADRO No.4
ATENCIÓN AL PUERPERIO**

ORIENTA A LA MADRE SOBRE LA DEAMBULACION, LA ALIMENTACION NORMAL Y LA HIDRATACION	Fo	%
Si	13	72.2
No	5	27.8
Total	18	100

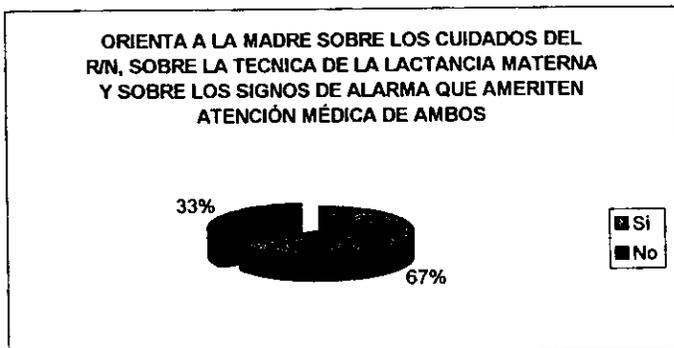


Fuente: Misma del Cuadro No.1

ATENCIÓN AL PUERPERIO

CUADRO No.5
ATENCIÓN AL PUERPERIO

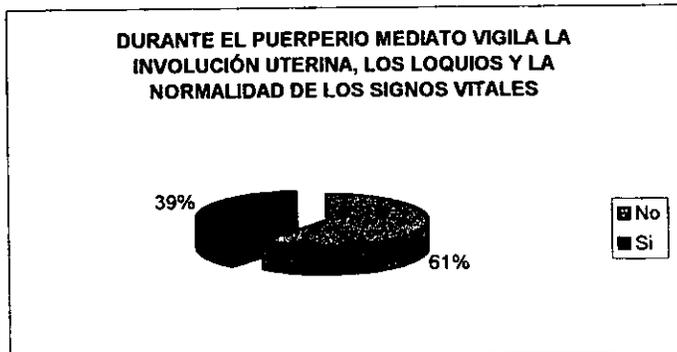
ORIENTA A LA MADRE SOBRE LOS CUIDADOS DEL R/N, SOBRE LA TÉCNICA DE LA LACTANCIA MATERNA Y SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA QUE AMERITEN ATENCIÓN MÉDICA DE AMBOS	Fo	%
Si	12	66.7
No	6	33.3
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

CUADRO No.6
ATENCIÓN AL PUERPERIO

DURANTE EL PUERPERIO MEDIATO VIGILA LA INVOLUCIÓN UTERINA, LOS LOQUIOS Y LA NORMALIDAD DE LOS SIGNOS VITALES	Fo	%
No	11	61.1
Si	7	38.9
Total	18	100



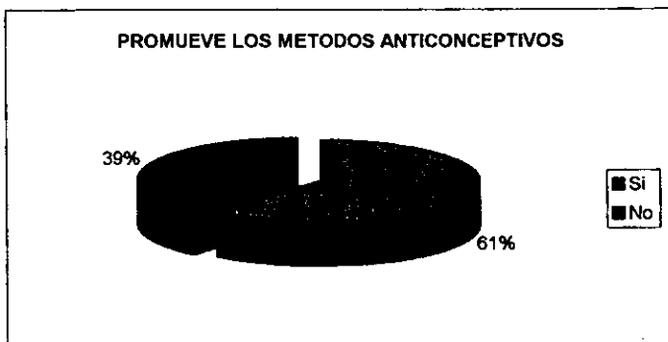
Fuente: Misma del Cuadro No.1

ATENCIÓN AL PUERPERIO

A-176 - ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No.7
ATENCIÓN AL PUERPERIO**

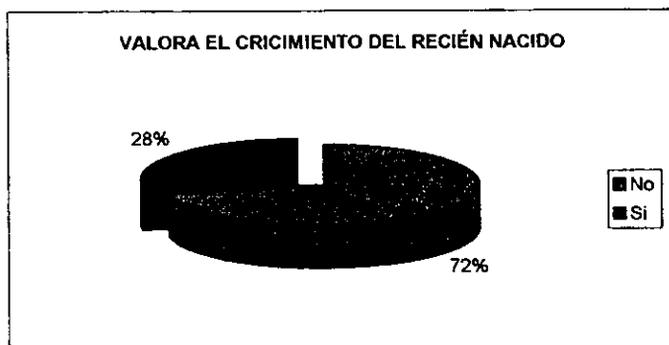
PROMUEVE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS	Fo	%
Si	11	61.1
No	7	38.9
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

**CUADRO No.8
ATENCIÓN AL PUERPERIO**

VALORA EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL R/N	Fo	%
No	13	72.2
Si	5	27.8
Total	18	100



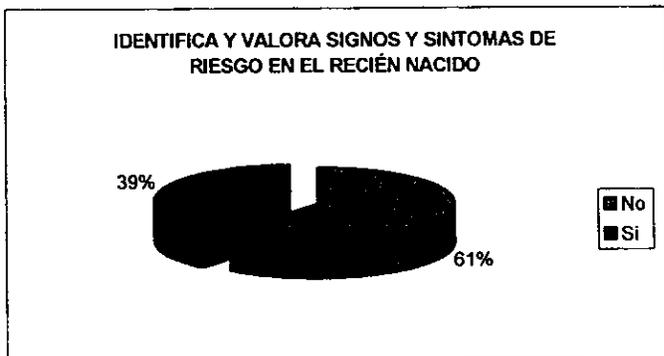
Fuente: Misma del Cuadro No.1

ATENCIÓN AL PUERPERIO

A-177 - ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No.9
ATENCIÓN AL PUERPERIO**

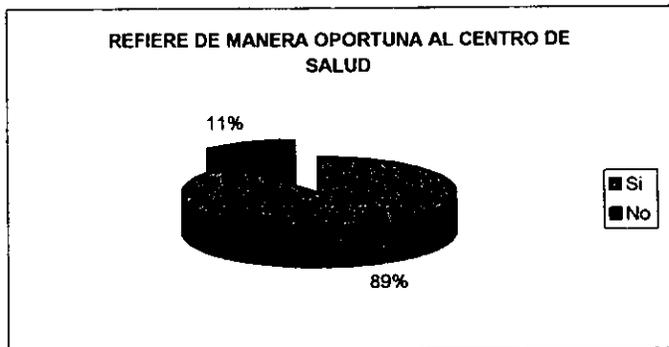
IDENTIFICA Y VALORA SIGNOS Y SINTOMAS DE RIESGO EN EL RECIEN NACIDO	Fo	%
No	11	61.1
Si	7	38.9
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

**CUADRO No.10
ATENCIÓN AL PUERPERIO**

REFIERE DE MANERA OPORTUNA AL CENTRO DE SALUD	Fo	%
Si	16	88.9
No	2	11.1
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

ATENCIÓN AL PUERPERIO

**CUADRO No.11
ATENCIÓN AL PUERPERIO**

REGISTRA LA INFORMACION	Fo	%
No	10	55.6
Si	8	44.4
Total	18	100

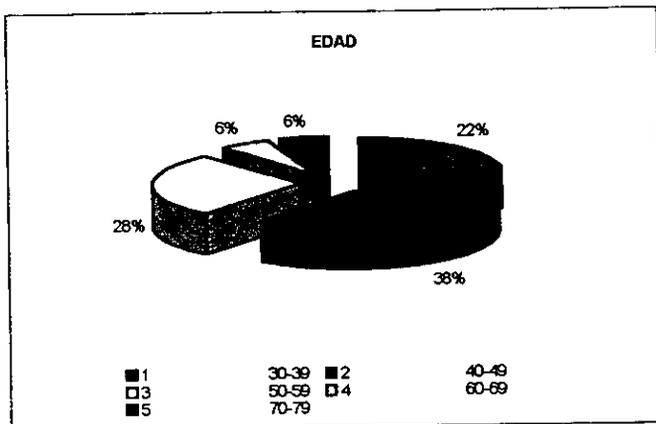


Fuente: Misma del Cuadro No.1

A- 179 - ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No.1
EDAD DE LAS PARTERAS EMPÍRICAS**

EDAD			
K	Clase	Fo	%
1	30-39	4	22.3
2	40-49	7	38.9
3	50-59	5	27.8
4	60-69	1	5.5
5	70-79	1	5.5
Total		18	100



Fuente: Datos Obtenidos de las Cédulas Aplicadas a las Parteras Empíricas
 Lugar: Jurisdicción Sanitaria No.VIII Tonalá, Ariaga y Pijijiapan Edo. de Chiapas
 Fecha: Abril - Julio de 1998

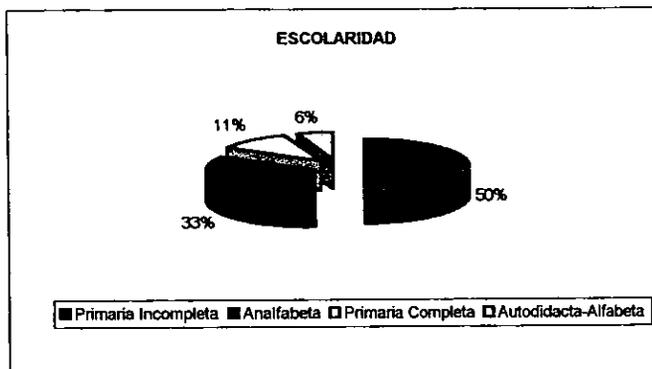
Datos obtenidos del Cuestionario No.2 Aplicado a las Parteras Empíricas

EDAD DE LAS PARTERAS EMPÍRICAS

A- 180 - ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No.2
ESCOLARIDAD**

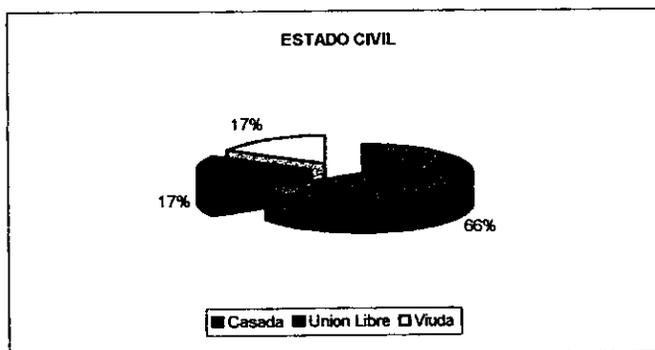
ESCOLARIDAD	Fo	%
Primaria Incompleta	9	50
Analfabeta	6	33.3
Primaria Completa	2	11.1
Autodidacta-Alfabeta	1	5.6
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

**CUADRO No.3
ESTADO CIVIL DE LAS PARTERAS**

ESTADO CIVIL	Fo	%
Casada	12	66.6
Union Libre	3	16.7
Viuda	3	16.7
Total	18	100

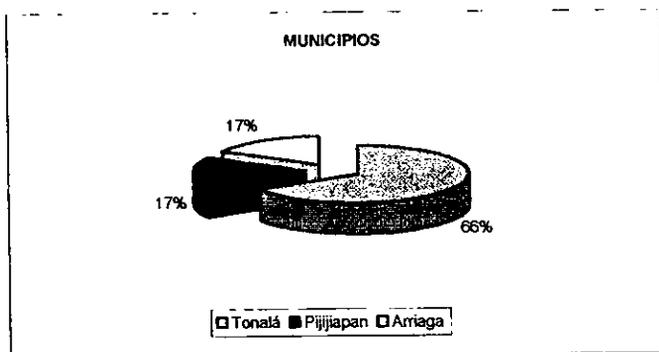


Fuente: Misma del Cuadro No.1

A- 181 - ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

CUADRO No.4
MUNICIPIOS A LOS QUE PERTENECEN LAS PARTERAS

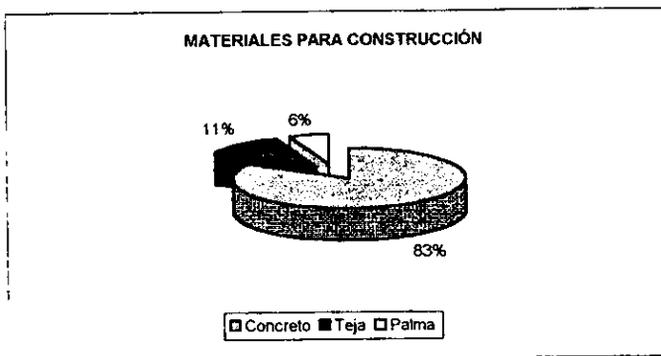
MUNICIPIOS	Fo	%
Tonalá	12	66.6
Pijijiapan	3	16.7
Arriaga	3	16.7
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

CUADRO No.5
MATERIAL DE CONSTRUCCION DE LAS VIVIENDAS DE LAS PARTERAS

MATERIALES DE CONSTRUCCION	Fo	%
Concreto	15	83.3
Teja	2	11.1
Palma	1	5.6
Total	18	100



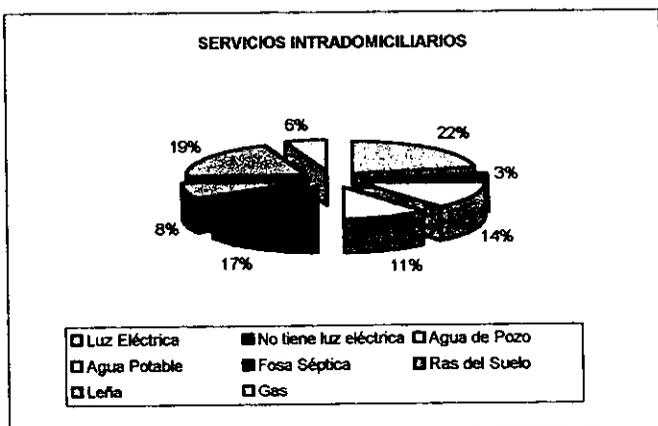
Fuente: Misma del Cuadro No.1

MUNICIPIOS

MATERIALES PARA CONSTRUCCIÓN

CUADRO No.6
SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS

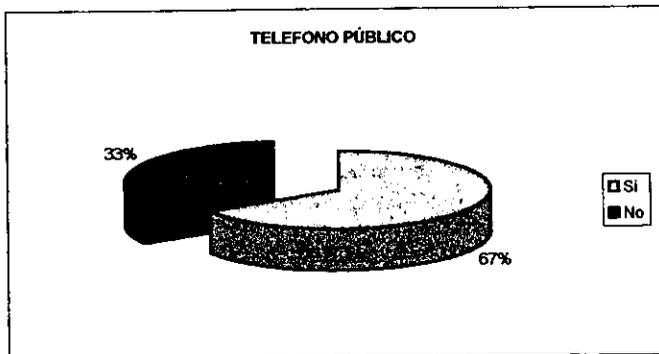
SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS	Fo	%
Luz Eléctrica	16	88.9
No tiene luz eléctrica	2	11.1
Agua de Pozo	10	55.6
Agua Potable	8	44.4
Fosa Séptica	12	66.7
Ras del Suelo	6	33.3
Leña	14	77.8
Gas	4	22.2
Total	72	400



Fuente: Misma del Cuadro No.1

CUADRO No.7
SERVICIOS CON QUE CUENTA LA COMUNIDAD

TELEFONO PUBLICO	Fo	%
Si	12	66.6
No	6	33.4
Total	18	100

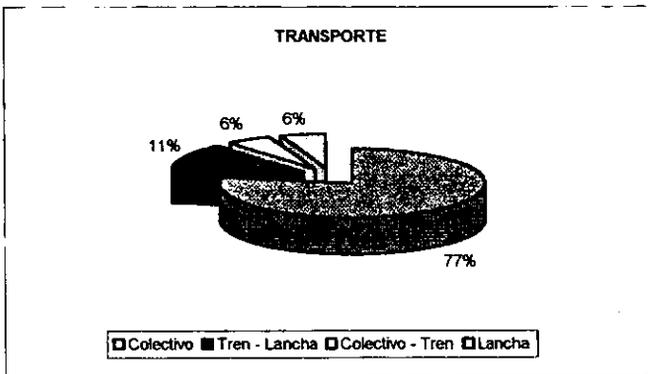


Fuente: Misma del Cuadro No.1

A-183 - ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No.8
TRANSPORTE A LA COMUNIDAD**

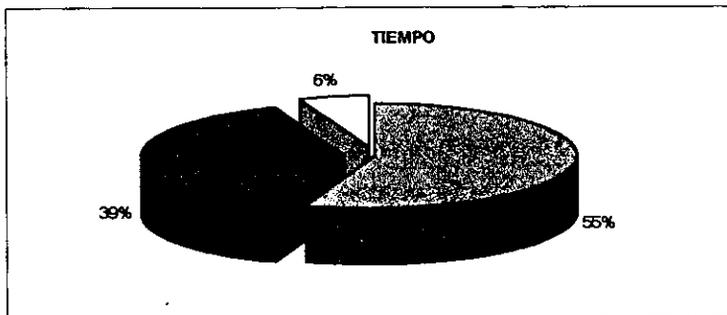
TRANSPORTE	Fo	%
Colectivo	14	77.8
Tren - Lancha	2	11.2
Colectivo - Tren	1	5.5
Lancha	1	5.5
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

**CUADRO No.9
SERVICIOS DE SALUD**

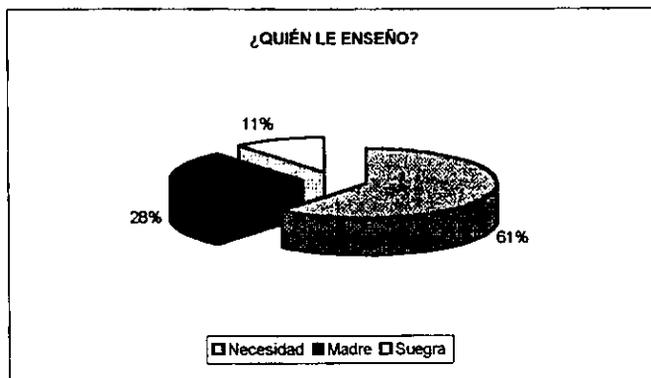
TIEMPO	CLINICA		HOSPITAL		Total
	Fo	%	Fo	%	
0-30 min	10	55.6			55.6
31-60 min			7	38.9	38.9
61-más			1	5.5	5.5
Total	10	55.6	8	44.4	100



Misma del Cuadro No.1

CUADRO No.10
APRENDIZAJE DEL PARTO

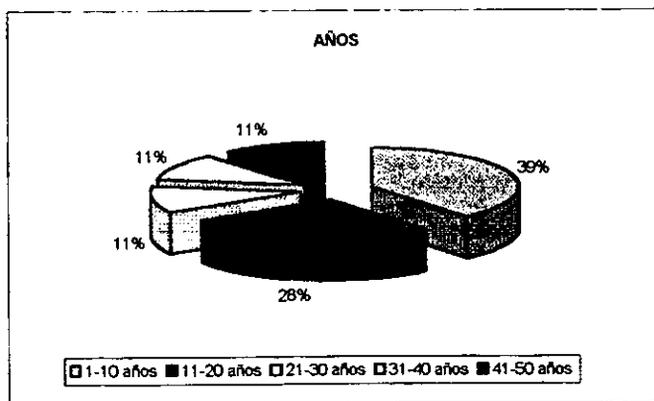
QUIEN LE ENSEÑO	Fo	%
Necesidad	11	61.1
Madre	5	27.8
Suegra	2	11.1
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

CUADRO No.11
AÑOS DE EXPERIENCIA

AÑOS	Fo	%
1-10 años	7	38.9
11-20 años	5	27.8
21-30 años	2	11.1
31-40 años	2	11.1
41-50 años	2	11.1
Total	18	100

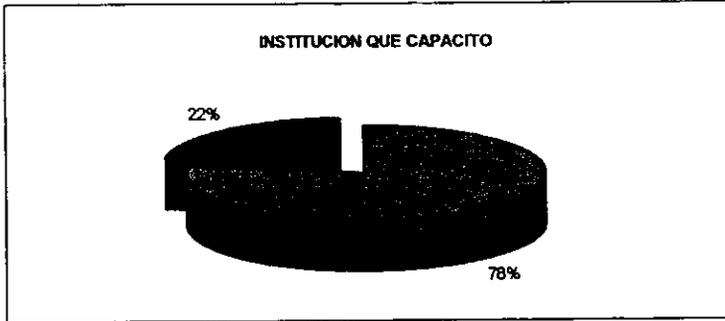


Fuente: Misma del Cuadro No.1

A- 185 - ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No.12
CURSOS DE CAPACITACION**

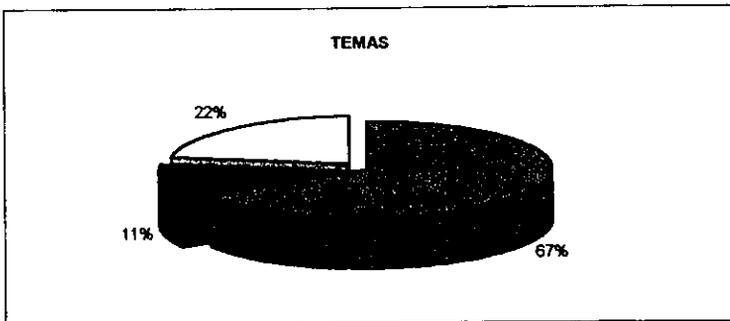
INSTITUCION QUE CAPACITO	SI Fo	%	NO Fo	%	Total
SSA	14	77.8			77.8
IMSS				22.2	
No ha recibido cursos			4		22.2
Total	14	77.8	4	22.2	100



Misma del Cuadro No.1

**CUADRO No.13
RECIBIO CURSOS DE CAPACITACION**

TEMAS	SI Fo	%	NO Fo	%	Total
Parto limpio, atención al R/N, Atención al Puerperio	12	66.7			66.7
Inserción de DIU	2	11.1			11.1
No ha recibido cursos			4	22.2	22.2
Total	14	77.8	4	22.2	100

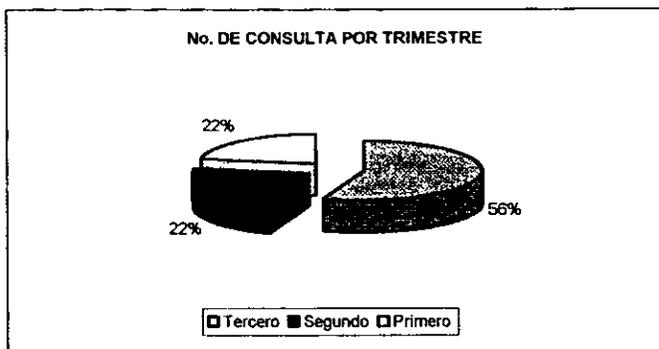


Misma del Cuadro No.1

CAPACITACIÓN

CUADRO No.14
ATENCIÓN PRENATAL

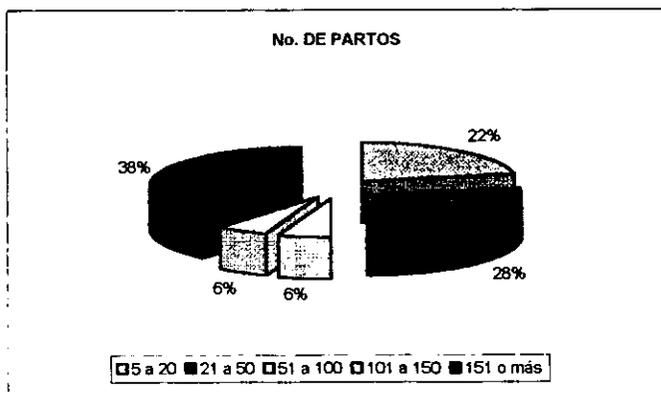
No. de Consultas por Trimestre	Fo	%
Tercero	10	55.6
Segundo	4	22.2
Primero	4	22.2
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No.15
ATENCIÓN DEL PARTO

No. DE PARTOS	Fo	%
5 a 20	4	22.2
21 a 50	5	27.8
51 a 100	1	5.6
101 a 150	1	5.6
151 o más	7	38.8
Total	18	100



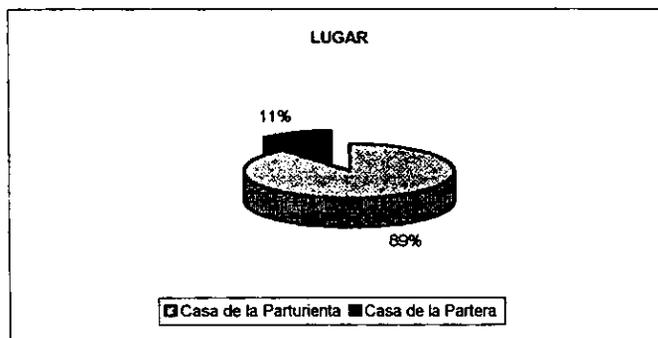
Fuente: Misma del Cuadro No. 1

ATENCIÓN PRENATAL Y PARTO

A- 187 - ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No.16
LUGAR DONDE SE ATIENDEN LOS PARTOS**

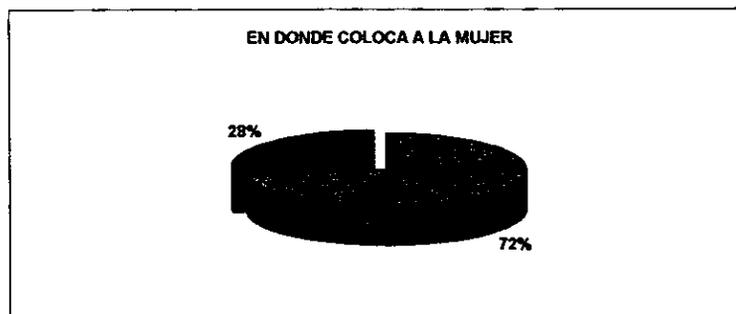
LUGAR	Fo	%
Casa de la Parturienta	16	88.9
Casa de la Partera	2	11.1
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

**CUADRO No.17
POSICION PARA EL PARTO**

EN DONDE COLOCA A LA MUJER	GINECOLOGIC A		GINECOLOGICA Y SENTADA		Total
	Fo	%	Fo	%	
Cama	13	72.2		72.2	77.8
Silla o piso			5	27.8	
Total	13	72.2	5	100	77.8



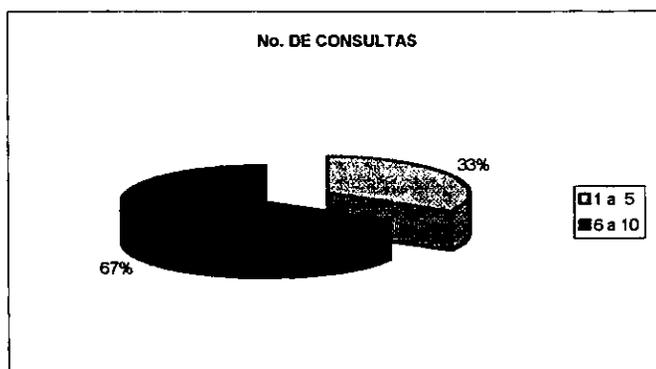
Misma del Cuadro No.1

LUGAR Y POSICIÓN PARA EL PARTO

A- 188 - ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No.18
ATENCION AL PUERPERIO**

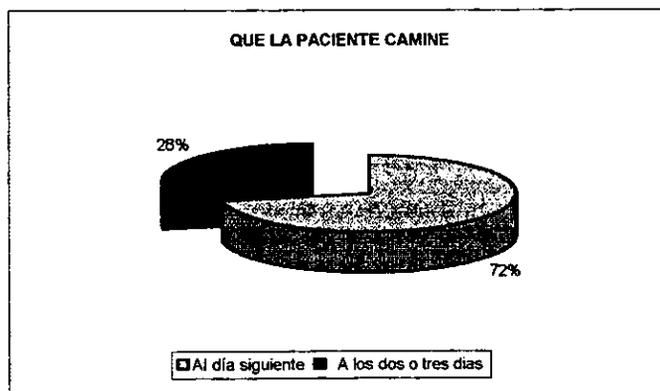
No. DE CONSULTAS	Fo	%
1 a 5	6	33.3
6 a 10	12	66.7
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

**CUADRO No.19
RECOMENDACIONES DURANTE EL PUERPERIO**

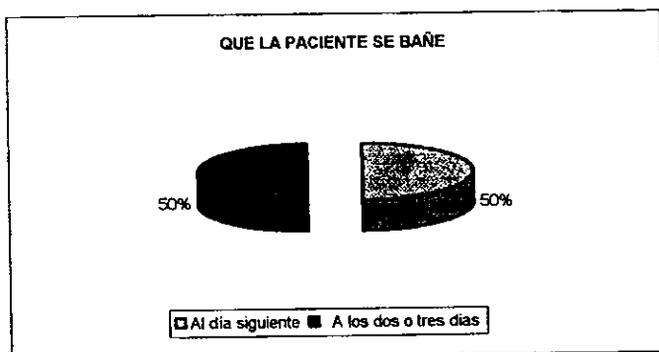
QUE LA PACIENTE CAMINE	Fo	%
Al día siguiente	13	72.2
A los dos o tres días	5	27.8
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

CUADRO No. 20
RECOMENDACIONES DURANTE EL PUERPERIO

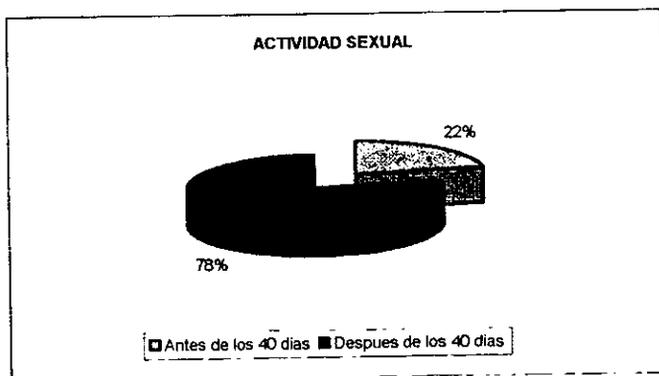
QUE LA PACIENTE SE BAÑE	Fo	%
Al día siguiente	9	50
A los dos o tres días	9	50
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

CUADRO No. 21
RECOMENDACIONES DURANTE EL PUERPERIO

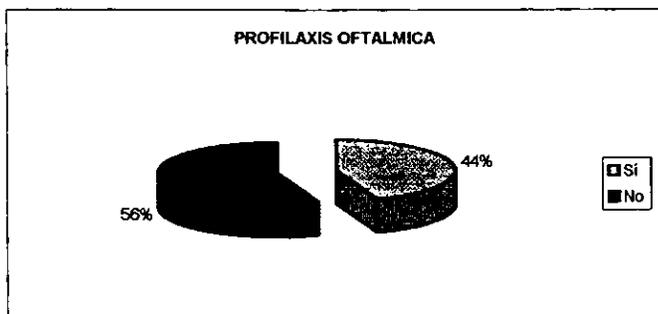
ACTIVIDAD SEXUAL	Fo	%
Antes de los 40 días	4	22.2
Despues de los 40 días	14	77.8
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

CUADRO No. 22
ATENCIÓN AL RECIEN NACIDO

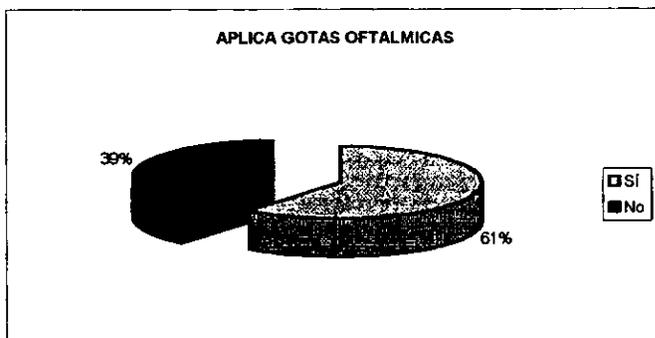
PROFILAXIS OFTÁLMICA	Fo	%
Sí	8	44.4
No	10	55.6
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

CUADRO No. 23
ATENCIÓN AL RECIEN NACIDO

APLICA GOTAS OFTÁLMICAS	Fo	%
Sí	11	61.1
No	7	38.9
Total	18	100

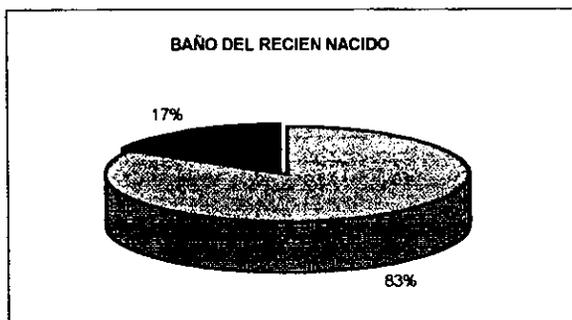


Fuente: Misma del Cuadro No.1

A-191 - ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

CUADRO No. 24
ATENCIÓN AL RECIEN NACIDO

BAÑO DEL RECIEN NACIDO	Fo	%
Inmediato	15	83.3
Al siguiente día	3	16.7
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

CUADRO No. 25
¿RECOMIENDA INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA?

RECOMIENDA LACTANCIA MATERNA	Fo	%
Al nacer	14	77.8
Despues de 24 hrs.	4	22.2
Total	18	100

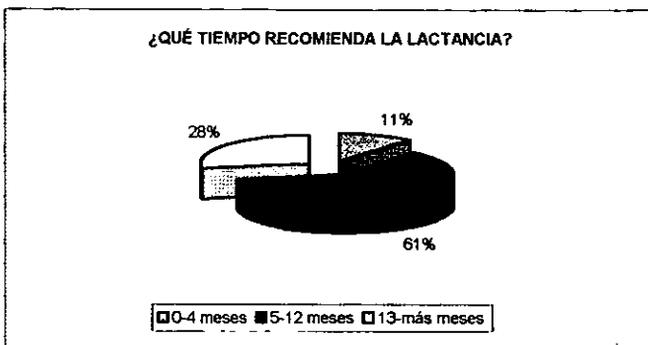


Fuente: Misma del Cuadro No.1

A- 192 - ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No. 26
RECOMENDACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA**

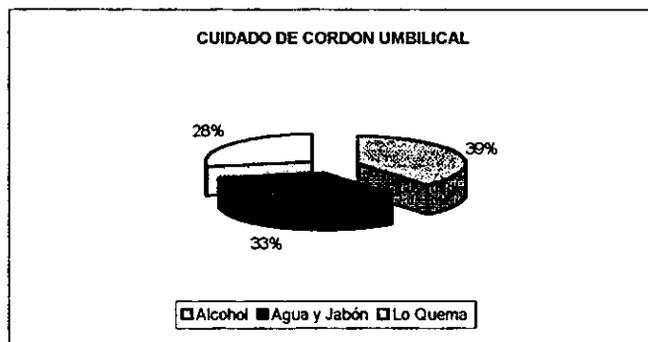
¿QUE TIEMPO RECOMIENDA LA LACTANCIA?	Fo	%
0-4 meses	2	11.1
5-12 meses	11	61.1
13-más meses	5	27.8
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No. 1

**CUADRO No. 27
CUIDADOS QUE LE DAN AL CORDON UMBILICAL**

CUIDADO DEL CORDON UMBILICAL	Fo	%
Alcohol	7	38.9
Agua y Jabón	6	33.3
Lo Quema	5	27.8
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No. 1

RECOMENDACIONES DE LACTANCIA Y CUIDADOS AL CORDON UMBILICAL

CUADRO No.28

OTRA ACTIVIDAD DE LAS PARTERAS

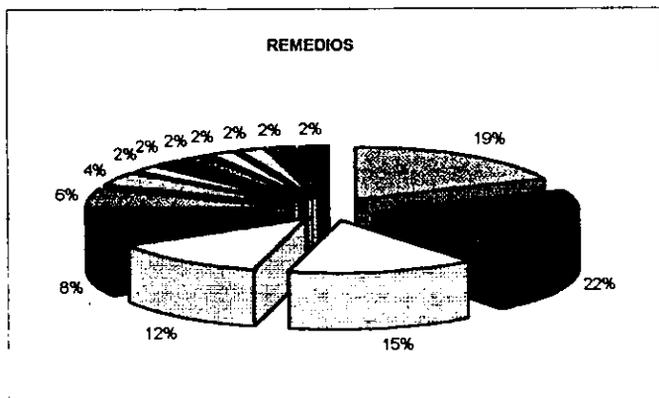
ACTIVIDAD DE LAS PARTERAS	SI		NO	
	Fo	%	Fo	%
Sobadora	12	66.6	6	33.3
Yerbera	9	50	9	50
Curandera	2	11.1	16	88.9
Huesera	1	5.6	17	94.4
Inyecta	11	61.1	7	39
Pone Suero	1	5.6	17	94.4
Total	36	200	72	400

Misma del Cuadro No.1

CUADRO No. 29

REMEDIOS UTILIZADOS POR LAS PARTERAS EMPIRICAS

REMEDIOS	Fo	%
Albahacar	9	50
Manzanilla	10	55.6
Yerba Santa	7	38.9
Pimienta Gorda	6	33.3
Alcanfor	4	22.2
Canela	3	16.7
Chocolate	2	11.1
Aceite de Palo	1	5.6
Berenjena	1	5.6
Epazote	1	5.6
Hoja de Chayote	1	5.6
Romero	1	5.6
Santa María	1	5.6
Té de Naranja	1	5.6
Total	48	267



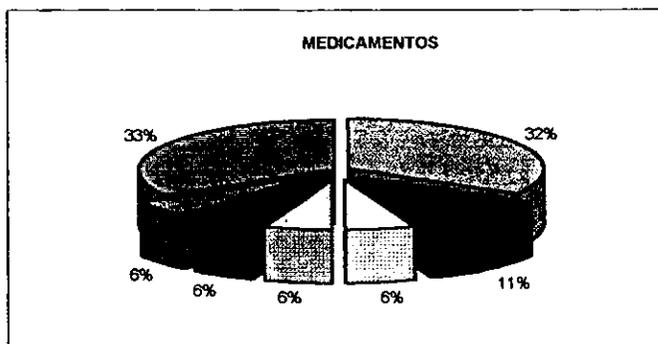
Fuente: Misma del Cuadro No.1

REMEDIOS UTILIZADOS POR LAS PARTERAS EMPIRICAS

A- 194 - ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO No. 30
MEDICAMENTOS UTILIZADOS POR LAS PARTERAS
EMPIRICAS**

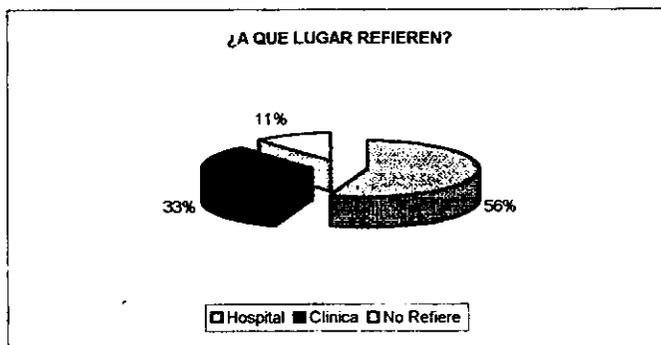
MEDICAMENTOS	Fo	%
Oxitocina	6	33.3
Ergotrate	2	11
Sol. Glucosada	1	5.6
Vitamina y Hierro	1	5.6
Penicilina	1	5.6
Sol. Hartman	1	5.6
No utiliza Medicamentos	6	33.3
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

**CUADRO No. 31
REFERENCIA POR COMPLICACIONES**

¿A QUE LUGAR REFIEREN?	Fo	%
Hospital	10	55.6
Clinica	6	33.3
No Refiere	2	11.1
Total	18	100



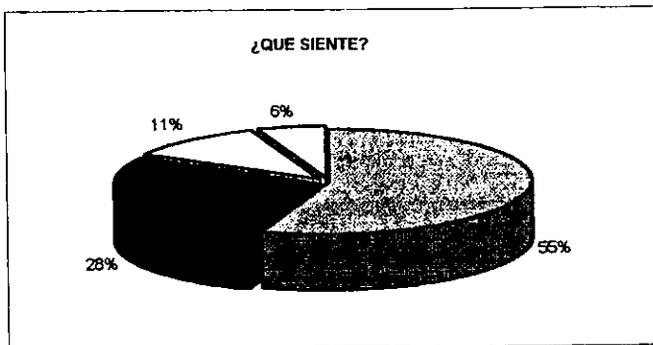
Fuente: Misma del Cuadro No.1

MEDICAMENTOS Y REFERENCIA POR COMPLICACIONES

A- 195 - ANEXO 3 CUADROS Y GRÁFICAS

CUADRO No. 32
¿QUE SIENTE CUANDO SE LE MUERE UN PRODUCTO?

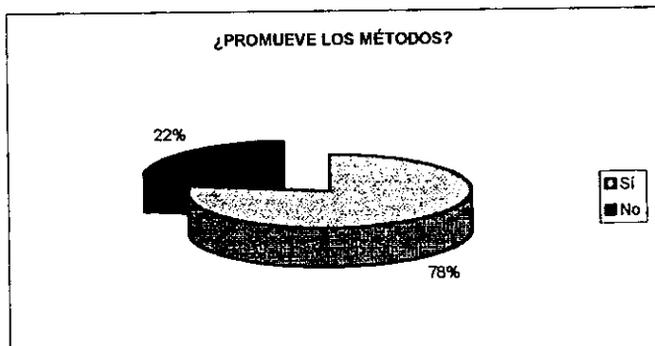
¿QUE SIENTE?	Fo	%
Sentimientos de culpa, tristeza y lastima por la Madre	10	55.6
No le ha sucedido	5	27.8
Esta tranquila porque sabe que los niños regresan con Dios	2	11.1
Se desespera	1	5.5
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

CUADRO No. 33
¿PROMUEVE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR?

¿PROMUEVE LOS METODOS?	Fo	%
Sí	14	77.8
No	4	22.2
Total	18	100

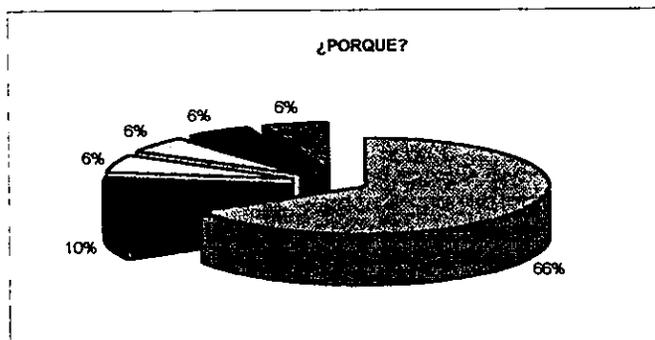


Fuente: Misma del Cuadro No.1

DECESO DEL PRODUCTO Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

CUADRO No. 34
¿PORQUE PROMUEVE LOS METODOS?

¿PORQUE?	Fo	%
En la actualidad hay que tener pocos hijos	12	66.6
Desconoce su utilización	2	11
No deben tener los hijos que Dios les da.	1	5.6
Los Medicos se encargan de eso	1	5.6
La Mujer decide sobre su cuerpo	1	5.6
Ampliar el periodo intergenesico	1	5.6
Total	18	100



Fuente: Misma del Cuadro No.1

ANEXO 4

MAPAS

ANEXO 5

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA.

Actividades	1997	1998	1999	2000
-Detección de necesidades en Comunidades y Asesorías de tesis en ENEO.	*Septiembre *Octubre *Noviembre			
-Recopilación de información y primer periodo vacacional.	*Diciembre	*Enero		
-Recopilación y elaboración de programa de capacitación y material didáctico.		*Enero *Febrero		
-Elaboración de marco teórico y procesamiento de información. -Capacitación a Parteras Empíricas.		*Febrero *Marzo *Abril *Mayo *Junio *Julio		
-Segundo periodo vacacional.		*Mayo		
-Segunda asesoría de tesis.		*Junio		
-Campaña intensiva de citología vaginal.		*Julio		
-Aplicación de guías de evaluación final.		*Septiembre *Octubre		
-Tercera asesoría de tesis.		*Noviembre *Diciembre		
-Análisis de resultados.			*Enero *Febrero	
-Entrega de borrador.			*Marzo	
- Informe final.				*Febrero

ANEXO 6

MEMORANDUM



SECRETARIA DE SALUD

SERVICIOS COORDINADOS DE
SALUD PUBLICA EN EL ESTADO
DE CHIAPAS

MEMORANDUM

Tonalá,
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 25 de Mayo de 19 98.

C.P. José Alfredo Velázquez Vázquez.
Administrador Jurisdiccional.
Presente.

Por medio del presente y de la manera más atenta solicito a Usted, un Vehículo y Chofer, para trasladar a Pasantes de Lic. Enfría. en Obstetricia, al Municipio de Pijijiapan, donde se llevarán acciones de capacitación a Parteras Tradicionales.

Atentamente.
Coord. Médico Jurisdiccional.

Dr. Alberto Manuel Salazar Rodríguez.

sbm.



SECRETARIA DE SALUD

SERVICIOS COORDINADOS DE
SALUD PUBLICA EN EL ESTADO
DE CHIAPAS

MEMORANDUM

Tonalá,
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 26 de Mayo de de 19 98

C. Dr. Marie Angel Madrid Tovilla.
Jefe Jurisdiccional.
Edificio.

Por medio del presente y de la manera más atenta solicito a Usted, un vehículo y chofer para trasladar a Pasantes de Licenciatura en Obstetricia al Municipio de Arriaga, donde llevarán acciones de capacitación a Parteras Tradicionales.

Atentamente.
Resp. del Prg. de Salud Reprod.

Dr. Alberto Manuel Salazar Rodríguez.

sbm.

INSTITUTO DE SALUD EN EL ESTADO
JURISDICCION SANITARIA NUM.VIII
COORDINACION DE SALUD REPRODUCTIVA
TONALA, CHIAPAS

R E S G U A R D O

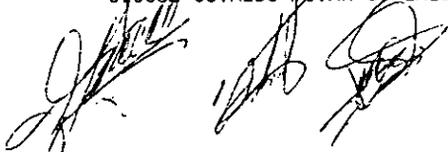
RECIBI DEL DAPARTAMENTO DE SALUD REPRODUCTIVA, 2 ROTAFOLIOS DE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR, 58 DIAPOSITIVAS SUELTAS Y 2-- GUIAS DIDACTICAS CON DIAPOSITIVAS CON TEMA: RIESGO REPRODUCTIVO- I Y II, MALETIN CON EL MODELO PELVICO Y UN VIDEO CASSETTE DE CAPACI TACION " CON LUZ PROPIA " PARA EL PUBLICO EN GENERAL, ESTO PARA LLE- VAR A CABO NUESTRAS ACTIVIDADES COMO DOCENTES EN EL CURSO DE PARTE-- RAS TRACIONALES DE LA JURISDICCION SANITARIA NUM.VIII; EL CUAL ME - COMPROMETO DEVOLVER AL TERMINO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS.

RECIBI:

ENTREGUE:

C.L.E.O.APOLO FRANCO XOLALPA.
C.L.E.O.ANA DIONISIA GOMEZ MONROY
C/JOSE OSVALDO TOVAR GONZALEZ.

C.DR.BERNARDO ARREOLA MENDOZA
COORD.MEDICO JURISDICCIONAL



TONALA, CHIAPAS; 27 DE ABRIL DE 1998.

Tonalá, Chiapas a 27 de Julio de 1998

Por este medio hago constar que el Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia entregó el material Didáctico para el Curso de "Inserción y Remoción del D I U de intervalo y Post-Parto", en buenas condiciones el día 27 de Julio de 1998 al Departamento de Salud Reproductiva.



Dr. Bernardo Arreola Mendoza
Medico Jurisdiccional



P.L.L.O. Franco Xolalpa
Apolo

JURISDICCION SANITARIA
RECIBIDO
28 98
TONALÁ, CHIAPAS.

ANEXO 7

GLOSARIO

GLOSARIO.

Aborto: Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gr de peso o hasta 20 semanas de gestación.

Alumbramiento: Última fase del trabajo de parto que consiste en la expulsión de la placenta.

Ciatlapa: (Habitación de las mujeres) Lugar al que según los aztecas iban las mujeres que morían durante su primer parto.

Cihuapatl: Era considerado como un oxitócico y abortivo.

Cola de Tlacuatzin: Abortivo de gran potencia.

Contractibilidad uterina: Estimulo involuntario que se dan en los músculos del utero y son indicativos del trabajo de parto.

Cozcli: Cuna.

Dilatación cervical: Es cuando los músculos del cérvix se expanden para dar paso al producto hacia el canal vaginal.

Distócico: Anormalidad en el mecanismo del parto que infiere con la evolución fisiológica del mismo.

Embarazo: Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

Embarazo de alto riesgo: Es aquel que se tiene la certeza o probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto que aumentan los peligros para la salud de la madre procede de un medio socioeconómico precario.

Eutócico: Corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al producto.

Factores de riesgo: Son todos aquellos eventos que pueden poner en peligro la vida de la madre o del producto durante el embarazo.

Fiebre amarilla: Enfermedad antes endémica de las Antillas y América Central caracterizada por vómitos negruzcos.

Gestación: Tiempo que dura la preñez o el embarazo.

Hemorragia: Perdida excesiva de sangre debida a la ruptura de capilares, arterias o venas que la transportan.

Inherente: Que por su naturaleza están unidos inseparablemente con otra cosa.

Itztli: Navaja de piedra de obsidiana.

Lactancia materna: Es la alimentación del niño con la leche materna.

Manteada: Técnica que consistía en poner a la embarazada sobre una manta y entre varias personas la cargaban y la hacían saltar, con la finalidad de que el niño se pudiera acomodar dentro del vientre.

Mapiilchicuate: Se le llama así a las manos que desarrollaban seis dedos.

Mixiuiliztli: Así le llamaban a los partos.

Mociakuezqui: Significaba mujer valiente.

Moquetziuhltacatl: Así se le llamaba cuando el niño al momento de nacer traía una presentación de pies.

Mortalidad materno- infantil: Es la que ocurre en la mujer o en el producto durante el embarazo o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y el lugar del embarazo, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo.

Nitzipiquazalca: Así se les llamaba a los sietemesinos.

Obstetricia: Rama de la medicina que se encarga del cuidado de los embarazos y del parto.

Oxitócico: Medicamento que se utiliza para inducir el trabajo de parto ya que estimula la actividad uterina.

Paludismo: Enfermedad contagiosa protozoario parasítico de los glóbulos rojos de la sangre y transmitida por el mosquito anopheles que viven en las regiones cálidas y pantanosas.

Partera tradicional: Mujer que se encarga de atender a las parturientas y que han aprendido este oficio por experiencias propias o por la enseñanza de sus ancestros. A pesar de la modernidad ellas siguen jugando un papel muy importante dentro del ámbito rural.

Parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal.

Parto prematuro: Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

Perineo: Parte inferior de la pelvis, que involucra varios músculos y órganos relacionados con el parto.

Post mortem: Después de muerto.

Puerperio: Período que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de seis semanas o 42 días.

Punitiva: Medida castigable.

Quetzalcoatl: (Serpiente emplumada) Dios al que se encomendaban las mujeres estériles para adquirir la fecundidad.

Quiztlaza: Así se le llamaba al parto de las secundigestas.

Recién nacido: Es el producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

Signos: Es el síntoma que se observa espontáneamente o mediante la adecuada exploración como manifestación de un determinado síndrome o enfermedad.

Síntomas: Es todo fenómeno o accidente con el que se manifiesta una enfermedad.

Sobada: Técnica que utilizan las parteras para acomodar al producto dentro del vientre por medio de maniobras externas en el abdomen de la madre.

Temascal: Baños de vapor con hierbas muy utilizados entre los indígenas.

Temixiuiliztli: Obstetricia.

Teratología: Parte de la historia natural que estudia las anomalías y las monstruosidades del organismo.

Tetzotic: Así se les denominaba a las nodrizas.

Tlaeyotl: Así se le llamaba a la expulsión de la placenta.

Tlamatquiticiti: Así se le denominaba a la mujer que se dedicaba al cuidado de las embarazadas y a la asistencia de partos.

Tlaoliniliztli: Práctica tocúrgica que se basa en maniobras externas.

Tlapictli: Criatura o niño.

Tlaquequetzal: Hierba en polvo que utilizaban para curar los flujos blancos consecutivos al parto.

Tozancuitlaxcolli: (Tripa de tusa) Hierba que utilizaban los entuertos o dolores posteriores al parto.

Tziictli: Chicle negro que según los indígenas provocaba que el niño naciera con el paladar duro y no pudiera mamar.

Tzintitli: (Chinil) Así se le llamaba a los niños de teta que experimentaban cierto malestar durante el embarazo de su madre.

Útero: Órgano de la gestación en la mujer.

Viruela: Enfermedad eruptiva, contagiosa, infecciosa y epidémica originada por un virus y caracterizada por una erupción pustulosa que deja hoyuelos en la piel. Esta enfermedad puede afectar gravemente al producto en un embarazo.

Xalteuctli: Era del dios de las noches.

Xcaticitli: Era la diosa y veladora de las cunas.

Xochicalli: Así se les llamaba a los temascales.

Xopilchicoace: Se le llamaba así a los pies en que se desarrollaban seis dedos.

Yuhtli: Era un abortivo.