

00921
86



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



TESIS

SOBRE EL

**"ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO
DE COMPLICACIONES
DURANTE EL TRABAJO DE PARTO"**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN

Lorena Hernández Carlos
No. DE CUENTA 099620242

Imelda Martínez Hernández
No. DE CUENTA 8457869-1

ASESOR

M. C. Julio Hernández Falcon
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

JULIO DE 2003



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

**TESIS
FALLA
DE
ORIGEN**

DEDICATORIA

A mis hijos: Yanely, Carlos y Lupita, por su apoyo y comprensión en todo momento.

A mi esposo Héctor, por el apoyo y asesoría que me brindo durante el desarrollo de la Licenciatura.

A mis padres: Alicia y Emilio, por compartir mis triunfos e impulsarme a seguirme superando cada día.

Lorena Hernández Carlos

A mis hijos Aura y Ángel por su paciencia y comprensión, y a mi esposo Rolando por su apoyo y cariño durante mi desarrollo profesional.

Imelda Martínez Hernández

A nuestros profesores, por su dedicación y esfuerzo de mantener vivo el espíritu de superación en todo momento.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CONTENIDO

RESUMEN	6
INTRODUCCION	8
II.- MARCO TEORICO	9
2.1 Antecedentes de la Perinatología en México	9
2.2 Indicadores de Salud Materno infantil	11
2.2.1 Atención del parto	15
2.2.2 La atención del parto por parte del personal de salud	16
2.3 Complicaciones en el parto	17
2.3.1 Causas	18
2.4 Riesgo reproductivo	19
2.4.1 El enfoque de riesgo en el periodo perinatal	21
2.5 Mortalidad Materna	22
2.5.1 Concepto	23
2.5.2 Causas	23
2.5.3 Magnitud	25
2.6 Mortalidad Materna en México	26
2.7 Comité por una Maternidad Voluntaria y sin riesgos	28
2.8 Programas de Salud	29

2.8.1 Norma Oficial Mexicana	29
Objetivo	31
Campo de aplicación:	31
Especificaciones:	32
Atención del parto	32
2.8.2 Programa arranque parejo en la vida (APV)	35
2.9 Intervención del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la Salud Reproductiva.	37
III.- MATERIAL Y METODOS	40
3.1 JUSTIFICACION	40
3.2 OBJETIVOS	41
3.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	42
3.4 HIPOTESIS	42
3.5 VARIABLE DE ESTUDIO	43
3.6 TIPO DE ESTUDIO	46
3.7 UNIVERSO DE ESTUDIO	47
3.8 UNIDADES DE OBSERVACIÓN	47
3.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN, ELIMINACIÓN	47
3.10 UNIVERSO/ MUESTRA	47
3.11 INSTRUMENTO	48

3.12 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	51
3.13 PROCESAMIENTO ESTADISTICO	51
3.14 ASPECTOS ETICOS DEL ESTUDIO	52
IV RESULTADOS	53
4.1 DATOS GENERALES USUARIAS	53
4.2 DATOS ESPECIFICOS	55
4.3 DATOS GENERALES PRESTADORAS	66
4.4 DATOS ESPECIFICOS	68
4.5 RESULTADOS GUIAS DE OBSERVACION	80
4.6 DISCUSION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS	82
4.7 CONCLUSIONES	86
BIBLIOGRAFIA	89
ANEXOS	92

RESUMEN

Durante el periodo del mes de Julio del 2002, las alumnas de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia realizamos una investigación en el Hospital General K de Comitán Chiapas, con la finalidad de identificar los factores de riesgo de complicaciones durante el parto, en mujeres embarazadas que acuden para su atención a esta institución.

Para el estudio se eligió un modelo de tipo descriptivo transversal no experimental y por encuesta, siendo las unidades de observación las usuarias que ingresaron en trabajo de parto, mexicanas, sin otra patología agregada y el personal de enfermería del área tocoquirúrgica. En el estudio no se consideraron aquellas embarazadas que no presentaban trabajo de parto y también se eliminaron aquellas mujeres que se negaron a participar.

No se consideró una muestra, ya que se estudiaron a usuarias que acudieron solicitando atención por encontrarse en trabajo de parto, en el mes de Julio en los diferentes turnos. Para la recolección de la información se diseñaron dos encuestas, una para usuarias con un total de 37 reactivos de los cuales 4 correspondieron a datos generales y los otros 33 a datos específicos. La de las prestadoras consistió en 34 reactivos, de los cuales 3 correspondieron a datos generales y los 31 restantes a datos específicos. Además se realizaron 15 guías de observación al personal de enfermería. En total se entrevistaron a 15 prestadoras de servicio y 15 usuarias que ingresaron en trabajo de parto al área tocoquirúrgica.

Los resultados de este trabajo de investigación señalaron que, algunos de los factores personales que nosotros planteamos no fueron determinantes en las usuarias encuestadas, sin embargo, los de tipo institucional presentaron igual o mayor relevancia en las complicaciones encontradas en las mujeres en trabajo de parto.

La propuesta final es desarrollar un modelo de sensibilización y capacitación dirigido al personal de enfermería del área tocoquirúrgica, con la finalidad de identificar oportunamente factores de riesgo y disminuir las complicaciones de la madre y el recién nacido.

INTRODUCCION

La presente investigación acerca de los factores de riesgo de complicaciones en el parto en mujeres que acuden al Hospital General K de Comitán, rescata la importancia de actuar oportuna y eficazmente para la identificación de los mismos.

La presencia de complicaciones durante el embarazo y parto, siguen siendo las principales causas de morbi-mortalidad en mujeres en edad reproductiva en México; y la mayoría de estas pueden ser prevenidas. Estas complicaciones están determinadas por una serie de factores como son: sociales, económicos, culturales, religiosos, institucionales y personales.

La investigación está organizada en cuatro capítulos, el primer capítulo se refiere al marco teórico, el segundo a la metodología, el tercero a material y métodos; y el cuarto a la descripción de los resultados de la investigación.

Esta investigación aplicada desde un método científico, permite resaltar el papel del gremio de enfermería, en especial de la licenciada en enfermería y obstetricia, en relación al "cuidado" que proporciona y su intervención para la detección oportuna y prevención de los factores de riesgo; y con ello aplicar un criterio fundado en el conocimiento que coadyuve a la disminución de las complicaciones en el trabajo de parto.

II.- MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la Perinatología en México

La atención de la salud en muchas culturas, ha sido siempre una actividad donde las mujeres han tomado la responsabilidad de cuidar de la familia y además en el proceso de procreación. En la conquista de México por los españoles se encontraba la Tlmatquicitl, partera azteca que tenía un estatus en la sociedad con categoría de sacerdotisa y mujer sabia. La formación para estas actividades la adquiría de su madre y abuela, además se preparaba en los Calpulli con conocimientos y habilidades para el manejo de la herbolaria, para actividades educativas para la salud reproductiva y para consejera al matrimonio.

La procreación de los hijos en las familias Mexicanas era un acontecimiento muy especial, que significaba la bendición de los dioses y motivo de felicidad, la comunidad compartía el acontecimiento; durante el periodo de gestación la mujer recibía los cuidados necesarios de parte de un personaje con un rango social privilegiado la "TICITL", quien poseía una preparación en los conocimientos y las habilidades para el cuidado materno infantil. La "TICITL" era una partera educada por generaciones y habitaba un Calpulli especial, en el examen que practicaba a la embarazada valoraba la posición y aconsejaba a esta no tener penas, ni enojo, ni recibir algún espanto y con ello evitar la presencia de aborto, o daños al feto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Además aconsejaba a la familia que la embarazada consumiera alimentos apetecidos por ella, que no trabajara mucho en el transcurso del embarazo, que no levantara cosas pesadas y abstención de relaciones sexuales en la etapa cercana al parto.¹

Las tradiciones y prácticas en relación al cuidado del embarazo y la atención del parto han perdurado con el paso del tiempo. En la mayor parte de las poblaciones indígenas del siglo XIX, el nacimiento era atendido ordinariamente no por un médico sino por una partera, situación que daba a ésta un sitio fundamental en la atención de la salud. En los años siguientes a la Revolución se construyeron varias maternidades en las que las parteras profesionales mantuvieron su sitio, aunque sus funciones fueron normadas y restringidas por los médicos directores. Después de una serie de cambios y con el surgimiento de nuevas instituciones, en los años cuarenta y cincuenta pese a la pérdida de prestigio la mayor parte de los partos en los hospitales eran atendidos por parteras profesionales.

Sin embargo, la política oficial de salud y el gremio médico empezaron a restringir el ámbito de trabajo de la partera profesional y a relegarla de su *status* profesional. Y en 1935 se hizo obligatorio cursar la carrera de Enfermería para seguir la de obstetricia. Los servicios de las parteras empíricas han continuado

¹ González Vázquez, Margarita, "Antecedentes de la Perinatología", ENEO/UNAM, México, Julio 1999, Pp 125

prestándose hasta el presente, en las áreas rurales e indígenas y aun en algunas ciudades.²

2.2 Indicadores de Salud Materno infantil

Según grupos técnicos y agencias internacionales, bajo conducción de la O.M.S recomiendan que cada país seleccione los indicadores más apropiados a sus necesidades y su capacidad de recoger información. La idea es utilizar la información que ya está siendo generada, refinando los indicadores ya existentes, más que crear nuevos indicadores. Aquellos que deben ser reportados a nivel nacional, deben ser relevantes y útiles para la gestión programática en el nivel operacional en el cual se recogen los datos.³

Mortalidad y Morbilidad Materna Perinatal

La hipertensión inducida en el embarazo constituye una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad materna en casi todos los países del mundo, tanto industrializados como en desarrollo. En varios países entre ellos México, continúa existiendo insuficiente capacidad para la identificación y diagnóstico de las formas clínicas iniciales y leves de esta complicación durante la vigilancia prenatal en las unidades de medicina familiar, lo que impide la referencia oportuna a servicios especializados y con mayor capacidad resolutive para la atención.

² Martínez Benítez, Ma. Matilde, Latapi, Pablo, Hernández Tezoquipa, I., Rodríguez Velásquez, J. "Sociología de una profesión: el caso de enfermería" Centro de Estudios educativos, A.C, México, 1985. Pp. 77-79

³ Indicadores en Salud Materna Perinatal, www.cedip.cl/Guias/Indicadores%20de%20salud%20MF.htm - 84k.

Salud del niño

La mortalidad infantil es un importante indicador de la salud, porque está asociada a una gran variedad de factores, como la salud materna, la calidad y el acceso a servicios de salud, las condiciones socioeconómicas y las prácticas de salud pública. Los dos grupos más importantes de muerte infantil son las enfermedades transmisibles y las afecciones en el periodo perinatal.

Causas de mortalidad infantil

Las causas de muerte que se incluyen en las afecciones originadas en periodo perinatal, están fuertemente asociadas con ciertos grupos de factores como:

1. Desnutrición materno fetal
2. Infección (ovular, fetal y neonatal)
3. Rotura prematura de membranas (con infección ovular o sin ella)
4. Prematurez
5. Hipertensión crónica o inducida por el embarazo (con o sin desprendimiento prematuro de la placenta, o infartos placentarios)
6. Parto distócico, distrogeñas provocadas durante el parto (por traumatismo uso de oxitócicos, anestésicos, analgésicos y otras drogas y abuso de cesáreas)
7. Hipoxia feto neonatal (accidentes del cordón umbilical, aspiración meconial).

Muchas de estas causas favorecen los nacimientos de bajo peso, que a su vez son responsables de la gran mayoría de las muertes neonatales en la primera

semana de vida, de los trastornos del crecimiento y desarrollo, y de secuelas neurológicas en el niño.

Esperanza de vida al nacer

En la región de América Latina, la esperanza de vida ha pasado de aproximadamente 50 años después de la segunda guerra mundial, a 67 años en 1990 y a 69 en 1995. La esperanza de vida femenina es mayor que la masculina en todos los países de la región.

Nacimientos

A pesar del descenso de las tasas de natalidad y de fecundidad, el número de nacimientos en la mayoría de las sub-regiones, no ha disminuido y en algunas en cambio sigue aumentando.

Tasa de natalidad

La tasa de natalidad se ha reducido en forma considerable durante los últimos 35 años y se espera que esta tendencia continúe.

Tasa de fecundidad

En las región de las Américas la fecundidad sigue una tendencia decreciente, México tiene una tasa de fecundidad no muy elevada, pero aún se observan familias grandes o mujeres con un gran número de hijos; no es un patrón de conducta generalizado ya que gran parte de la población comprende que "la familia pequeña vive mejor"

Defunciones

Estados Unidos, México y Brasil ocupan los mayores índices de defunciones por el tamaño de la población, su edad poblacional y su dinámica social.

Tasa bruta de mortalidad

México ocupa tasas de mortalidad bajas pero es por el número de población de edad media, con el tiempo y el consiguiente envejecimiento de la población estas tasas se incrementarán. ⁴

La cuarta parte de las mujeres adultas que viven hoy día en los países en desarrollo, padecen de algún tipo de enfermedad o lesión relacionada con el embarazo y el parto. Cada año las complicaciones relacionadas con la salud materna son la causa de muerte de 585.000 mujeres, y contribuyen a la muerte de por lo menos 1,5 millones de recién nacidos en la primera semana de vida y de 1,4 millones de nacidos muertos. Es enorme el costo social y económico que estas discapacidades y muertes traen a las familias, a las comunidades, a la fuerza laboral y a los países en general. El costo monetario de prestar servicios de salud materna e infantil básicos que prevengan estos problemas, es tan sólo 3 dls. Estadounidenses como promedio por persona al año en países en desarrollo; el

⁴ Ortega Gutiérrez, Armando, "Indicadores de Salud Materno Infantil", ENEO/UNAM, México, Julio 1999 (ensayo) Pp. 75-86

costo de los servicios de salud materna puede ser de tan sólo 2 dis. Estadounidenses por persona.⁵

2.2.1 Atención del parto

En México, a pesar de la creación e impulso de nuevos programas enfocados a la salud reproductiva, algunos específicos a la atención del embarazo, parto y puerperio por parte del sistema de salud, no se han tenido resultados favorables, pues se siguen presentando complicaciones que ponen en peligro la vida de la madre y del recién nacido.

En muchos lugares del país, todavía predomina una preferencia de las mujeres por ser atendidas por parteras. A pesar de implementarse capacitación para ellas, no se ha medido el impacto de la misma. En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), se menciona que en México el 25.3% de la población vive en localidades rurales, donde el 44.5% de los partos son atendidos por parteras tradicionales.⁶

Chiapas es la segunda entidad con mayor crecimiento poblacional anual y con la mayor tasa global de fecundidad. También es la entidad con marginación socioeconómica más alta del país y constituye una de las más desfavorecidas, respecto al monto de recursos destinados la salud por habitante. El estado está ubicado con la menor proporción de partos atendidos por médico en hospital o

⁵ La salud materna: una inversión socioeconómica vital, http://safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_good_maternal_health.htm

⁶ Magally, Silvia CIMAC, México D.F., www.cimacnoticias.com/noticias/02jun/02060602.html-10k

clínica (14% vs. 64% ámbito nacional), con el número más alto de partos atendidos por partera o enfermera en domicilio (63% vs. 26%). Y con la mayor proporción de nacimientos consignados en los registros oficiales, sin especificar el agente y sitio de atención.

En un estudio realizado en 1994 en la región de la Frailesca Chiapas, de 296 partos analizados y estudiados sólo el 8% tuvieron lugar en la unidad de salud más cercana al domicilio de las mujeres estudiadas, los motivos que señalaron por no atenderse en dicho centro, fue la percepción de mala atención y la falta de confianza en dichos centros.⁷

2.2.2 La atención del parto por parte del personal de salud.

El parto como concepto es el conjunto de fenómenos activos y pasivos, que permiten la expulsión por vía vaginal del feto y sus anexos a partir de la semana 22 de gestación. La resolución del embarazo debe realizarse mediante una estricta vigilancia de trabajo de parto a partir de la historia clínica perinatal, carnet perinatal y aplicación del parto programa en toda institución de salud.

Aunque en muchas instituciones se siguen implementando ciertos procedimientos, el personal de salud debe saber que no debe realizarse

⁷ Sánchez Pérez, H, Ochoa Díaz, Héctor, "La atención del parto en Chiapas, México: dónde y quién los atiende. Salud Pública México 1998. Pp

maniobras tipo Kristeller, pues implica un riesgo para la madre y el niño, la episiotomía sólo se realizara por personal capacitado, debe ser registrada en el expediente e informar a la mujer sobre el procedimiento. En el alumbramiento normal, se debe vigilar el desprendimiento espontáneo de los anexos y evitar la tracción del cordón umbilical. Se debe revisar la integridad de la placenta y membranas, así como la integridad del canal del parto. Vigilar la contractilidad uterina y el sangrado transvaginal, se debe aplicar 20 unidades de oxitocina en solución glucosada al 5% y vigilar estrechamente los signos vitales de la paciente. Cuando se sospecha de retención de restos placentarios, se debe informar a la paciente y realizar revisión de cavidad uterina por personal capacitado.⁸

2.3 Complicaciones en el parto

El panorama y la magnitud de las complicaciones en el parto no son nada alentadores. Según la OMS unas 50 millones de mujeres en el mundo presentan complicaciones en el embarazo o parto mal atendido, 15 millones de ellas tienen secuelas discapacitantes. En México de 125 mil mujeres mexicanas que sufren complicaciones, unas 37 mil 500 tienen secuelas de este tipo.⁹

⁸ Pérez Palacios, Gregorio, "Maternidad Saludable y sin Riesgos", Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, SSA México, 2000 Pp. 21,22

⁹ Unas 50 millones de mujeres en el mundo tienen complicaciones en el parto, www.cimac.org.mx

2.3.1 Causas

Las causas que influyen en la posible existencia de complicaciones durante el parto y que propician la mortalidad materna, están relacionadas con factores socioeconómicos, socioculturales, institucionales y combinados.

Aunque muchas veces en la atención a las mujeres se pierde de vista la situación psicológica y emocional en la que se encuentra, es importante mencionar que también existen una serie de factores emocionales que pueden influir en las complicaciones del parto. En estudios realizados en el Instituto Nacional de Perinatología, se ha evidenciado que existe una interrelación entre estrés y complicaciones gineco obstétricas, debido a que en el embarazo se vive "una etapa de tensión y ansiedad". En este sentido, se ha observado que la angustia genera tensión, liberando con ello sustancias en el organismo que obstaculizan el desarrollo natural del trabajo de parto. El panorama se complica, si agregamos las difíciles condiciones en las que se da la atención en hospitales públicos (poca privacidad, movimiento constante del personal, exploraciones vaginales repetidas, malas valoraciones, o bien, valoraciones adecuadas no oportunas, e incertidumbre ante el desenlace, entre otros).¹⁰

En Yucatán se estima que 50% de los partos son asistidos por parteras. Algunos investigadores se enfocaron en tres hospitales de la ciudad de Mérida y

¹⁰ Ballesté, M, Fernández A. "Derechos reproductivos y cesáreas", Salud integral para la mujer SIPAM, www.hsph.harvard.edu/grh/courses/cesion8balleste.html-21k

cuatro municipios del estado, para evaluar la atención del parto y del recién nacido en instituciones públicas donde se estudiaron 101 casos, y 21 parteras que atendieron 104 partos tradicionales. La investigación arrojó que en ambos sistemas hubo complicaciones maternas, como desgarros perineales, infección por desgarros, sangrado abundante durante el posparto e infección puerperal y muerte. En el caso de las complicaciones neonatales se presentaron conjuntivitis, neumonía, traumatismos obstétricos y muerte.

La investigación advierte que aunque no deberían presentarse complicaciones en la atención del parto por vía vaginal, éstas ocurren. Además, mientras que en el sistema hospitalario ocurrió un número significativamente mayor de complicaciones maternas que en el sistema tradicional, en éste se registraron más dificultades neonatales.

Cuando las investigadoras compararon cada una de las complicaciones, no encontraron diferencias significativas en el caso de las dificultades maternas en ambos sistemas; sin embargo en las neonatales la conjuntivitis fue más frecuente en el sistema tradicional que en el hospitalario.¹¹

2.4 Riesgo reproductivo

Riesgo: es la probabilidad de que un hecho ocurra; es decir, la probabilidad estadística de un suceso futuro.

¹¹ Magally, Silvia CIMAC, México D.F www.cimacnoticias.com/noticias/02jun/02060602.html-10k

El riesgo reproductivo, es la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción. La vulnerabilidad de la mujer durante la gestación, está condicionada por la presencia de características biológicas, psicológicas, ambientales, sociales, culturales y económicas que interactúan entre sí. Este puede aplicarse desde antes de la concepción (riesgo pre concepcional), durante la gestación (riesgo obstétrico) y desde las 28 semanas de embarazo hasta su resolución, incluyendo la primera semana de vida del neonato (riesgo perinatal).

Los factores de riesgo que tienen aceptación y credibilidad general para valorar el riesgo reproductivo son: nivel socioeconómico, escolaridad, edad, estatura, estado civil, paridad, partos anteriores distócicos, periodo intergenésico, abortos mortinatos anteriores.

Valoración de riesgo

La valoración de riesgo es una herramienta que se utiliza para identificar oportunamente factores de riesgo en el embarazo, parto y puerperio, y así poder prevenir complicaciones o bien tratarlas adecuada y oportunamente. Esta valoración consiste en aplicar una historia clínica completa a través de un interrogatorio y una buena exploración física por medio de la inspección, palpación y auscultación, tarea fundamental de la licenciada en enfermería y Obstetricia.

2.4.1 El enfoque de riesgo en el periodo perinatal

Existe una clasificación del riesgo perinatal en el embarazo, parto y puerperio, con base a los factores de riesgo detectados. De acuerdo a estos, el riesgo puede clasificarse en: bajo, medio y riesgo alto.

Riesgo bajo: se ubican las pacientes en las cuales no se detectaron factores que pongan en riesgo la salud de la mujer o del feto; por lo que estas pacientes pueden ser controladas con los recursos del primer nivel de atención.

Riesgo medio: en este parámetro se enlistan las mujeres que presentan actualmente o presentaron, uno o varios factores de riesgo que aumentan la probabilidad de daño para la concepción, ya sea durante el periodo pre concepcional y/o gestacional en el cual incluiría al feto.

Riesgo alto: En este nivel se encuentran las mujeres en las cuales se han identificado factores de riesgo, ya sean previos y/o actuales que aumenten la probabilidad de daño para la mujer en el momento de la concepción, el cual incluirá al producto. Lo cual implica brindar atención al binomio en una institución de tercer nivel para su control. (Ver anexo No. 1)

Cualquier alteración que se produzca en el periodo gestacional tendrá efectos no sólo en la salud de la madre sino en el crecimiento y desarrollo del niño, disminuyendo sus aptitudes físicas y mentales, su capacidad de aprendizaje y su futuro rendimiento laboral. Estas secuelas significaran una mayor carga y tensión a la familia, a la comunidad y a las diversas instituciones sociales.

El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, establece que se debe aplicar sistemáticamente el enfoque de riesgo en la atención a la salud perinatal, especialmente cuando se identifican antecedentes familiares o personales, condiciones o circunstancias que representan factores que puedan poner en riesgo la evolución normal de la gestación.

El riesgo reproductivo es pocas veces valorado en las instituciones y todavía no profundiza en la cultura de la mujer la importancia de la autoexploración.

Las enfermeras profesionales deben de asumir la tarea de valorar a las mujeres en edad reproductiva durante los períodos no gestacionales.¹²

2.5 Mortalidad Materna

En la mayoría de los países en desarrollo las complicaciones del embarazo y el parto constituyen las principales causas de muerte entre las mujeres en edad reproductiva. Más de una mujer muere cada minuto por estas causas y un total de 585.000 mujeres mueren cada año. Menos del 1% de estas muertes ocurren en

¹² Rubio Domínguez, Severino, López Barrientos, Martín, "Evaluación del riesgo perinatal, instrumentos y criterios de la enfermera profesional", ENEO/UNAM, México, Febrero 2001, (ensayo) Pp. 268-313

los países desarrollados, lo que demuestra que esto pudiera evitarse si hubiera recursos disponibles.¹³

2.5.1 Concepto

La mortalidad materna es la muerte de una mujer durante el embarazo o en el transcurso de los 42 días completos siguientes a la terminación de éste, independientemente de la duración por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su asistencia, pero no por causas accidentales o incidentales.

Debe dividirse en dos grupos:

- 1) De causa obstétrica directa (Consecuencia de complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto o puerperio, o resultado de intervenciones, omisiones o tratamientos incorrectos).
- 2) De causa obstétrica indirecta (De enfermedades previas agravadas o enfermedades aparecidas durante la gestación, pero agravadas por la gestación).

Estadísticamente, la mortalidad materna en una población se considera como el número de muertes maternas por cada 10,000 nacimientos.

2.5.2 Causas

Las principales causas que subyacen a una muerte materna son:

- 1.- Hipertensión inducida por el embarazo (Pre-eclampsia-Eclampsia)

¹³ "Mortalidad Materna" <http://safe-motherhood.org/facts-and-figures/spanish/s-maternal-mortality.htm>
27/04/01

- 2.- Hemorragias
- 3.- Infecciones (complicaciones del puerperio)
- 4.- Causas obstétricas directas
- 5.- Aborto
- 6.- Causas obstétricas indirectas
- 7.- Parto obstruido
- 8.- Infecciones (en el tracto genitourinario en el embarazo).

Desde el punto de vista médico la mayoría de estas causas pueden ser detectadas a tiempo y tratarse eficazmente, cuando la mujer tiene acceso a un sistema de atención con capacidad para hacer una buena valoración y poder detectar posibles factores de riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio evitando así las muertes maternas.¹⁴ Además de estas causas intervienen también factores sociales, económicos y culturales en la mortalidad materna en México ya que, según la O.M.S, cuando una mujer de un país en desarrollo se embaraza, su riesgo de morir es de 100 a 200 veces mayor que cuando lo hace una mujer de un país desarrollado (WHO, 1989). En la actualidad se considera que las muertes maternas son el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud, provocados en muchas ocasiones por la aplicación deficiente de los conocimientos y tecnologías, disponibles en el manejo de la mujer en su etapa reproductiva y por la falta de acceso a los beneficios de la medicina moderna, por lo que, las

¹⁴ Langer, Ana, "La mortalidad materna en México: la contribución del aborto inducido" México: Edamex/Population Council, 1994, Pp.149-153

acciones del sector salud dirigidas a acabar con las muertes maternas se dificultan aún mas.¹⁵

2.5.3 Magnitud

En el mundo, cada minuto una mujer muere por complicaciones del embarazo y del parto. Lo que quiere decir que 60 mujeres mueren por hora, 1440 mueren al día, 43,200 mujeres muertas al mes, 518800 al año.¹⁶

Se calcula que todos los años mueren por lo menos 23,000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en América Latina y el Caribe y que aún un número más elevado de mujeres, padecen prolongadas secuelas de morbilidad con relación al embarazo. La probabilidad de morir durante el embarazo y el parto en América Latina y el Caribe es de 1 en 130 durante la vida reproductiva de una mujer; en Estados Unidos, dicha probabilidad es de 1 en 3,500. Las causas obstétricas directas coinciden con las observadas en otras partes del mundo.¹⁷

La Organización Mundial de la Salud calcula que anualmente se producen 500,000 defunciones maternas, lo que equivale casi a un fallecimiento por minuto. El 99% de estas muertes ocurre en países en desarrollo (495,000) y solo el 1% (5,000) en países desarrollados. La tasa de mortalidad materna en los países en

¹⁵ Lozano, Rafael, Hernández, Bernardo, Langer, Ana, " Factores sociales y económicos de la mortalidad materna en México, en Elu, M.C y A. Langer (eds) Maternidad sin Riesgos en México, 1994, Pp.43-52

¹⁶ Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud. "Maternidad sin Riesgo: para que la salud y los derechos reproductivos de la mujer sean una realidad".

¹⁷ Organización Panamericana de la Salud "La iniciativa regional d América Latina y el Caribe (LAC) para reducir la mortalidad materna <http://www.paho.org/spanish/IIPP/HPF/REP/SMI-lac.htm> 27/04/01

desarrollo es de 450/100,000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es solo de 30/100,000, siendo el problema mayor en África, Asia y América Latina.

2.6 Mortalidad Materna en México

En nuestro país, las muertes maternas han disminuido de manera importante en los últimos años. De presentar una mortalidad materna de 52.9 por 10,000 nacimientos, en 1940 desciende a 6.1 por 10,000 nacidos vivos en 1990. Sin embargo, este decremento de la mortalidad no ha sido similar en todas las sub-poblaciones que forman nuestro país, mostrándose importantes rezagos en ciertas regiones y en algunos grupos sociales.

La razón de mortalidad materna en México para 1990 divide al país en tres grupos. Los estados con baja mortalidad materna dentro de los niveles del país (razón por debajo de 3.1) que se localizan en el norte, los estados con mortalidad promedio que se localizan en el centro, y los de alta mortalidad materna que se ubican en el sur. Cabe mencionar que la mortalidad que presentan en 1990 los estados de Oaxaca, Puebla, Tlaxcala, Veracruz y Estado de México equivale a la que presentaba Nuevo León hace 30 años, o Aguascalientes, Sonora y Baja California hace 20 años.¹⁸

¹⁸ EIU, Ma. del C, Langer, Ana, "Maternidad sin riesgos en México" México 1994

En 1999, algunos estados – como Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Tabasco y Veracruz- registraron niveles de mortalidad por encima del valor nacional de 1990. En el 2000, el 67.3 por ciento de las muertes maternas registradas se concentró en los estados del sur y sureste del país, donde un significativo número de habitantes carece de seguridad social, vive en condiciones de pobreza extrema en zonas rurales, y es indígena. Para el año 2001 se produjeron en México 1,707 defunciones por mortalidad materna. Lo que quiere decir que cerca de 5 mujeres murieron diariamente en nuestro país debido a complicaciones en el embarazo, el parto o el puerperio (es decir, una tasa de 4.53 por cada mil nacidos vivos registrados).¹⁹

La muerte materna en Chiapas

Durante el periodo comprendido entre 1989 a 1995 se registraron 9,939 muertes maternas en el país, mientras que en el estado ocurrieron 700; es decir, solo en Chiapas sucedieron el siete por ciento de las defunciones maternas acontecidas en el país durante el periodo señalado.

Durante el sub-periodo de 1991 a 1993 se dio el mayor número de muertes maternas en el estado. En este lapso, en la región Selva fue donde se registraron mas muertes (19.6 defunciones promedio año), seguida de la región de los Altos

¹⁹ Díaz, Daniela, Sánchez, Dora, Freyermuth, Graciela, Castañeda, Martha. "La Mortalidad materna: un problema sin resolver". Fundar, México, D.F. 2002. Pp. 1-10

(18.3 decesos anuales en promedio). A lo largo del periodo completo (1989-1995), las regiones donde se registró la mayor cantidad de muertes fueron Soconusco (130), Altos (118), y Selva (111), en solo tres regiones ocurrieron poco mas del 51 por ciento de las defunciones acaecidas en la entidad.²⁰

2.7 Comité por una Maternidad Voluntaria y sin riesgos

La iniciativa por una maternidad sin riesgo fue lanzada en 1987 con el fin de mejorar la salud materna y disminuir el número de muertes maternas a la mitad para el año 2000.

El objetivo principal de la maternidad sin riesgo es asegurar que todas las mujeres tengan acceso a los diferentes servicios de salud sexual y reproductiva de alta calidad, especialmente en servicios de cuidado materno y tratamiento de emergencias obstétricas, con el fin de reducir la mortalidad y morbilidad materna, ya que se considera una injusticia social que una mujer muera a causa del embarazo, parto o puerperio. Considerando que para lograr esto, las mujeres deben tener autonomía en sus decisiones y se les deben garantizar sus derechos humanos, dándoles la posibilidad de que crezcan y se desarrollen sanamente para llegar a la maternidad en buenas condiciones de salud, y respetando la manera de vivir su sexualidad y su decisión a embarazarse o no, y cuando así lo deseé;

²⁰ Freyermuth, Graciela, Manca, Ma. Cristina "Luna Golpeada: morir durante la maternidad: investigaciones, acciones y atención médica en Chiapas y otras experiencias en torno a la mortalidad materna", Chiapas México, Julio 2000. Pp. 53-54

proporcionarle servicios de buena calidad e información durante y después del embarazo y el parto.

México se une a la Iniciativa de Maternidad sin Riesgos en 1993 mediante la convocatoria a una Conferencia Nacional, en la cual se analiza el estado de la mortalidad materna en nuestro país, sus causas factores y consecuencias, no solo en base a los datos aportados por los certificados de defunción, sino a partir de la información obtenida por diversos estudios principalmente antropológicos, que permitieron un acercamiento mas real a los factores subyacentes en dichas muertes, así como a sus repercusiones. Así mismo, se identificaron las intervenciones que era necesario promover para contribuir al abatimiento de la mortalidad materna y al mejoramiento de la salud reproductiva de las mujeres.²¹

2.8 Programas de Salud

2.8.1 Norma Oficial Mexicana

NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO.

NOM-007-SSA2-1993

La norma señala que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con

²¹ Freyermuth, Graciela, Manca, Ma. Cristina "Luna Golpeada: morir durante la maternidad: investigaciones, acciones y atención médica en Chiapas y otras experiencias en torno a la mortalidad materna", Chiapas México, Julio 2000. Pp. 13-17

éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan, el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas, que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

De esta manera procedimientos frecuentemente usados para aprontar el parto, como la inducción del mismo con oxitocina o la ruptura artificial de las membranas amnióticas, han sido revalorados en vista de que no aportan beneficios y si contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad materno-infantil, por lo que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy seleccionados. Así también la anestesia utilizada indiscriminadamente en la atención del parto normal, efectuar altas proporciones de cesáreas en una misma unidad de salud o el realizar sistemáticamente la revisión de la cavidad uterina post parto, implican riesgos adicionales y su uso debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados. Algunos de estos procedimientos aún persisten como parte de las rutinas en la atención del parto, por lo que deben modificarse en las instituciones. Señala que no se trata de limitar el quehacer de los profesionistas, sino que a partir del establecimiento de lineamientos básicos se contribuya a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud.

Las acciones de salud pueden ser reforzadas, si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente y se corresponsabiliza junto con su pareja (o familia), y con el médico en el cuidado de su propia salud.

Como se puede ver, es necesario efectuar algunos cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil, que deben ser normados a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera la norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención y señalará pautas específicas a seguir, para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil atribuible a la atención por parte de los prestadores de servicios y las instituciones.

Objetivo

Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normal.

Campo de aplicación:

Esta norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos.

Especificaciones (ver Anexo No. 2 NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO. NOM-007-SSA2-1993)

Atención del parto

5.4.1 Toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos:

5.4.1.1 A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma.

5.4.1.2 Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica.

5.4.1.3 No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta;

5.4.1.4 No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación

por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la norma institucional al respecto;

5.4.1.5 En los hospitales se requiere la existencia de criterios técnicos médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiocografía y el ultrasonido;

5.4.1.6 Toda unidad médica con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos, por lo que las unidades de atención médica deben aproximarse a estos valores;

5.4.1.7 El rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto, debe realizarse por indicación médica e informando a la mujer;

5.1.4.8 La episiotomía debe practicarse por personal médico calificado y con conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer;

5.4.2 El control de trabajo de parto normal debe incluir;

5.4.2.1 La verificación y registro de la contractilidad uterina, y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos;

5.4.2.2 La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo de parto y el criterio médico;

5.4.2.3 El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución clínica;

5.4.2.4 Mantener la hidratación adecuada de la paciente;

5.4.2.5 El registro de los medicamentos usados, tipo dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto;

5.4.3 Para la atención del período expulsivo normal, se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. Puede aplicarse oxitocina o ergonovina a dosis terapéuticas, si el médico lo considera necesario;

5.4.5 Los datos correspondientes al resultado del parto, deben ser consignados en el expediente clínico y en el carnet perinatal materno incluyendo al menos los siguientes datos:

- Tipo de parto;
- Fecha y hora de nacimiento;
- Condiciones del recién nacido al nacimiento: sexo, peso, longitud, perímetro cefálico, Apgar al minuto y a los cinco minutos, edad gestacional, diagnóstico de salud y administración de vacunas;
- Inicio de alimentación al seno materno;

- En su caso método de planificación familiar posparto elegido.²²

2.8.2 Programa arranque parejo en la vida (APV)

El programa arranque parejo en la vida (APV) es una nueva estrategia ante la mortalidad materna entre la población marginada. Es el programa específico que plantea el Programa Nacional de Salud 2002-2006, para disminuir las tasas de mortalidad materna e infantil. Parte de una cobertura universal inexistente en nuestro país.

Objetivos

En concordancia con el Programa Nacional de Salud 2001-2006, el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida plantea los siguientes objetivos.

- Lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, así como a los niños y niñas desde antes de su nacimiento hasta los dos años de edad.
- Disminuir la mortalidad materna con prioridad en las regiones con mayor incidencia y número de defunciones.
- Disminuir la mortalidad neonatal e infantil y prevenir los defectos al nacimiento para reducir las diferencias entre las diversas regiones del país.
- Conjuntar los esfuerzos de sociedad y gobierno para la atención del Programa de Acción de Arranque Parejo en la vida.

²² Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación familiar, Secretaría de Salud, Mayo 1994, en Antología Obstetricia I, UNAM; ENEO, México D.F., Octubre 2001

Una de las principales estrategias para contribuir al logro de los objetivos, es la creación del Comité Nacional del Programa de Arranque Parejo en al Vida, cuyas funciones entre otras son:

- Proponer políticas, lineamientos, normas, procedimientos, estrategias y acciones para la operación del programa.
- Vigilar y evaluar el cumplimiento de las normas, procedimientos y lineamientos generales así como el desarrollo y los resultados del programa.
- Proponer las medidas para mejorar la instrumentación del programa
- Promover, vigilar y en su caso, acreditar que las unidades de atención médica cuenten con la infraestructura, así como con los insumos necesarios para realizar las acciones del programa
- Coadyuvar en la operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en relación con la mortalidad materna, perinatal e infantil.
- Coordinar las acciones de las instituciones y organismos que integran el Comité, con el propósito de homogenizar y racionalizar las acciones que se realizan en el programa.²³

Este programa:

- Enfatiza el seguimiento a las mujeres durante el embarazo,
- Incorpora la atención específica a los embarazos de alto riesgo,

²³ Secretaría de Salud y Secretaría de Prevención y Protección de la Salud, Programa de Acción: "Arranque Parejo en la Vida". 2001

- Contempla alojamiento para los hijos de las embarazadas durante su atención,
- Establece una "Red Social" para proveer recursos al programa y
- Delega gran parte del financiamiento en grupos privados.

Insuficiencias del APV

- Su debilidad se presenta nuevamente en el momento de las urgencias obstétricas. La responsabilidad de la atención médica recae sobre el personal de salud que debe dar seguimiento, también a otros programas sustantivos de la SSA.
- Una de sus deficiencias reside en que la responsabilidad del traslado al segundo nivel de atención recae en la comunidad, la cual, por lo general tiene recursos escasos para garantizarlo.²⁴

2.9 Intervención del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la Salud Reproductiva.

Con el avance científico, técnico y tecnológico, se ha desarrollado la clínica de obstetricia. Los descubrimientos de Braxton Hicks, Seanzoni, Hegar, Credé, han permitido evolucionar los sistemas de atención en los hospitales, pero se ha deteriorado la disposición humanística que caracterizó a quienes se han dedicado al ejercicio de la partería.

²⁴ Díaz, Daniela, Sánchez Hidalgo, Dora, Freyermuth, Graciela, Castañeda, Martha Aída. "La mortalidad materna un problema sin resolver". Fundar. 2002, Pp.10-12.

En nuestro país la partera ha quedado caracterizada como una auxiliar de salud, persona importante, con ascendencia moral, como una profesional voluntaria, social moderna, que se interesa por humanizar y dignificar a la mujer en la experiencia de la reproducción.

Las enfermeras en Salud Pública y en Obstetricia han ubicado su vocación social y su potencial de servicio en la salud reproductiva. En la actualidad la Licenciada en Enfermería y Obstetricia, puede desempeñar su rol independiente en el primer nivel de atención, demostrando la efectividad de sus acciones en la detección oportuna de factores de riesgo, su criterio para el control prenatal, la atención del parto de bajo riesgo, y su capacidad para el control del puerperio. De igual forma, puede responsabilizarse de un centro que funcione bajo estas condiciones y con este modelo de atención, estos servicios de enfermería harían posible mejorar la cobertura y la calidad de la atención perinatal

Para una enfermera obstetra, la mujer, su futura paciente, no es solo un cuerpo con órganos para la reproducción, y con un feto en desarrollo; una mujer es vida, tradición, historia y cultura que merece el mejor servicio, capacidad humanística y de la disposición de ayuda que caracterizan a la profesión de enfermería en el mundo. Esta es la razón por la que organismos internacionales como la OMS ha reconocido en el profesional de enfermería la capacidad y características para hacer posible la atención primaria con un enfoque holístico.

Tomando en cuenta el enfoque de los programas de salud nacional, relacionados con la atención y vigilancia del embarazo parto, puerperio y el recién nacido, una de las prioridades de los prestadores de servicio de salud, es considerar el riesgo reproductivo obstétrico como una de las tareas especializadas, donde la intervención del/la licenciado/a en Enfermería y Obstetricia es fundamental, ya que se ha demostrado que puede hacerlo con verdadera eficacia, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención, ampliar la cobertura, así como lograr el equilibrio entre el costo y el beneficio aplicando el enfoque de riesgo con instrumentos precodificados y tecnología perinatal, que le permite actuar sobre el control de factores que epidemiológicamente han demostrado fuerza de asociación y predicción de daños a la salud materno infantil.

Así, la licenciada en Enfermería y Obstetricia puede ofrecer cuidado integral a la mujer embarazada en bajo riesgo y apoyar el nacimiento eutócico, y también contribuir en lo posible a: evitar, atenuar o controlar los factores de riesgo asociados al proceso del parto, empleando además, sus potencialidades técnicas, humanísticas, y científicas en beneficio de la población en general, pero prioritariamente en las mujeres embarazadas que no cuentan con servicios de salud en las comunidades marginadas.

En México será difícil que otros profesionales y la sociedad en general se identifiquen con una enfermería nueva, y se institucionalice el rol de una enfermera obstétrica; para apresurar este proceso de cambio, primero se tiene que lograr que sean las mismas enfermeras las que valoren la necesidad de sus

servicios, y segundo, considerar las experiencias de algunas enfermeras mexicanas y de otros países en esta especialidad. Sin suplir o invadir el campo del médico especialista, o desempeñarse como su ayudante.

La licenciada en obstetricia debe ser capaz de reconocer la enfermería como actividad profesional independiente, que debe compartir y estudiar el conocimiento científico de la obstetricia moderna, pero que se desempeña con los fundamentos, misión y técnicas propias de la enfermería de hoy. ²⁵

III.- MATERIAL Y METODOS

3.1 JUSTIFICACION

La alta prevalencia de la morbi-mortalidad materna a nivel mundial donde se calcula que anualmente se producen 500, 000 defunciones maternas, lo que equivale a casi un fallecimiento por minuto, nos permite dimensionar y adentrarnos más en esta problemática. Esta situación tiene una gran trascendencia ya que a nivel de América Latina las causas de muerte materna en mujeres están relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.

En el estado de Chipas, la muerte materna es un problema relevante que afecta a las mujeres en edad reproductiva, basta mencionar que la tasa de muerte en el estado, es mas alta que la del país por lo tanto, es una situación a la que no se le ha dado la debida importancia.

²⁵ Rubio Domínguez Severino, "El Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la salud reproductiva", ENEO/UNAM, México, Febrero 2001. P.p. 88-110

Ante esta situación, la Secretaría de Salud ha implementado una serie de Normas como la "Norma Oficial para la atención del embarazo, parto y puerperio y el RN"; y programas como el PAC Programa de Ampliación de Cobertura y más recientemente el Programa de Arranque Parejo en la Vida, para impulsar acciones tendientes a disminuir la muerte de mujeres por complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. A pesar de ello, en la actualidad estos programas no han tenido un impacto que se vea reflejado en la calidad de atención que se brinda a mujeres en edad reproductiva.

Por lo anterior, es necesario conocer los factores de riesgo de complicaciones en el parto que presentan las mujeres que acuden al Hospital General de Comitán, con la finalidad de identificarlos oportunamente e implementar acciones integrales de enfermería. Y de esta manera incidir en la disminución de los días de estancia hospitalaria, los costos de atención, las secuelas y el número de muertes secundarias a esta problemática.

3.2 OBJETIVOS

GENERAL:

Describir los factores de riesgo de complicaciones durante el parto presentes en mujeres que acuden al Hospital General K de Comitán.

ESPECÍFICOS:

Identificar si la edad y el estado civil de las mujeres son factores de riesgo de complicaciones durante el parto

Identificar si la multiparidad y el control prenatal de las mujeres son factores de riesgo de complicaciones durante el parto

Identificar si la capacitación, la ética y rutinas del personal son factores de riesgo de complicaciones durante el parto.

Identificar si la disponibilidad de recursos humanos y materiales son factores de riesgo de complicaciones durante el parto

3.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital General K de Comitán durante el primer semestre del 2002 se ha observado un incremento en las complicaciones durante el parto de mujeres que acuden solicitando esta atención.

Por lo anterior ¿Cuáles son los factores de riesgo de complicaciones durante el parto de mujeres que acuden a este hospital?

3.4 HIPOTESIS

Los factores de riesgo de complicaciones durante el parto de mujeres que acuden a este hospital son de carácter personal: edad de la mujer, estado civil, multiparidad, control prenatal, e institucional: capacitación del personal,

disponibilidad de recursos humanos, disponibilidad de recursos materiales, ética y rutina del personal.

3.5 VARIABLE DE ESTUDIO

Definición Nominal

Los factores de riesgo durante el parto, son todas aquellas condiciones derivadas del individuo e institución que incrementan la probabilidad de complicaciones durante el mismo.

Personales:

- Edad
- Estado civil
- Multiparidad
- Hipertensión inducida en el embarazo
- Control prenatal

Institucionales:

- Capacitación personal
- Disponibilidad de recurso humano
- Disponibilidad de recurso material
- Ética
- Rutina

Edad: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la muerte de un individuo.

Estado Civil: Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles

Multiparidad: número de embarazos, abortos, partos y cesáreas que ha tenido una mujer.

Control Prenatal: son estrategias orientadas a la prevención, detección y control de los factores de riesgo obstétrico y circunstancias intercurrentes en el embarazo, parto y puerperio.

Hipertensión inducida en el embarazo: Presión sanguínea de 140/90 mmHg durante la segunda mitad de la gestación en una mujer normotensa, o el aumento de la presión sistólica de 30 mm Hg o de la diastólica en 15 mm Hg respecto de los valores basales.

Capacitación: Son todos aquellos nuevos conocimientos, estrategias y acciones que se adquieren de manera formal.

Disponibilidad de recursos humanos: cantidad de personal con que cuenta una institución

Disponibilidad de recursos materiales: cantidad de material y equipo con que cuenta una institución.

Ética: parte de la filosofía que trata de la moral. Normas o estándares de comportamiento y el valor de su aplicación en la vida diaria.

Rutinas: realizar acciones de una manera rutinaria, monótona, no planeada ni individualizada.

VARIABLE	TIPO	ESCALA	UNIDAD	CATEGORIAS	PREGUNTA U OBSERVACION
Edad	cuantitativa	intervalo		15 a 19 20 a 30	¿Qué edad tiene? <input type="checkbox"/> 15 a 19 <input type="checkbox"/> 20 a 30
Estado civil	Cualitativa	Nominal		Casada Soltera Viuda Separada Divorciada	¿Cuál es su estado civil? <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> divorciada
Multiparidad	Cuantitativa	Intervalo		Numero de embarazos Numero de hijos vivos Numero de abortos Numero de partos normales Numero de cesáreas	¿Cuántos embarazos ha tenido? ¿Cuántos hijos están vivos? ¿Cuántos abortos ha tenido? ¿Cuántos han sido partos normales? ¿Cuántas cesáreas ha tenido?
Control prenatal	Cualitativa	Nominal		SI NO	¿Durante este embarazo acudió a un hospital, centro de salud, clínica o con partera para atención médica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Hipertensión	Cualitativa	Nominal		SI NO	¿Durante su embarazo ha tenido la presión alta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Capacitación	cualitativa	Nominal		SI NO	¿Usted considera que la enfermera que la atendió está capacitada? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

VARIABLE	TIPO	ESCALA	UNIDAD	CATEGORIAS	PREGUNTA U OBSERVACION
Recursos Humanos	Cualitativa	Nominal		SI NO	¿Considera usted que el personal que da la atención es suficiente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Recursos Materiales	Cualitativa	Nominal		SI NO	¿Considera usted que el hospital contó con suficiente material y medicamentos para su atención? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ética	Cualitativa	Nominal		SI NO	¿Considera usted que el trato que le brinda el personal de enfermería fue con respeto y discreción? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Rutinas				SI NO	¿Considera usted que el cuidado que le proporciona el personal de enfermería es el mismo que le dan a todas las mujeres en trabajo de parto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

3.6 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, prospectivo, transversal y no experimental

3.7 UNIVERSO DE ESTUDIO

Población que acude a recibir atención médica en el hospital General de Comitán, Chiapas

3.8 UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Usuarías que ingresen en trabajo de parto al Hospital General K de Comitán y personal de enfermería de los servicios de Admisión, labor y expulsión.

3.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN, ELIMINACIÓN

- a) **Inclusión:** personal de enfermería del área toco quirúrgica en los turnos matutino, vespertino y nocturno. Usuarías que ingresen en trabajo de parto en los turnos matutino, vespertino y nocturno.
- b) **Exclusión:** personal de enfermería que no sea del área toco quirúrgica y usuarías con causa de ingreso diferente al trabajo de parto.
- c) **Eliminación:** personal y usuarías que se nieguen a participar

3.10 UNIVERSO/ MUESTRA

Arbitrario y a conveniencia, no estadístico.

3.11 INSTRUMENTO

Para la realización de la investigación se desarrollaron dos encuestas sobre los factores de riesgo en el parto, en mujeres que acuden al Hospital General K de Comitán Chiapas, uno para usuarias y otro para prestadoras de servicio.

La encuesta de usuarias contempló tres datos generales:

- ❖ Edad
- ❖ Estado civil
- ❖ Lengua indígena

Y datos específicos, con treinta y tres reactivos correspondientes a:

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| ❖ Numero de embarazos | ❖ Preparación personal médico |
| ❖ Numero hijos vivos | ❖ Grado de preparación |
| ❖ Numero hijos muertos | ❖ Disponibilidad recursos humanos |
| ❖ Numero partos normales | ❖ Tiempo de espera |
| ❖ Numero de cesáreas | ❖ Falta de recursos |
| ❖ Numero de abortos | ❖ Información de procedimientos |
| ❖ Tiempo embarazo | ❖ La llaman por su nombre |
| ❖ Control prenatal | ❖ La atención que recibe es |

- ❖ con respeto
- ❖ Numero de consultas
- ❖ Atención con partera
- ❖ Mes de inicio de control
- ❖ Motivo de consulta
- ❖ Problemas en el embarazo
- ❖ Preparación personal enfermería
- ❖ Grado de preparación
- ❖
- ❖ VER ANEXO No 3. "Encuesta de factores de riesgo de complicaciones durante el parto para usuarias"
- ❖ Cómo es el cuidado que recibe
- ❖ Se informa sobre trabajo de parto
- ❖ Quién informa
- ❖ Motivos de cesárea
- ❖ Pidieron autorización por escrito
- ❖ Problemas en el parto
- ❖ Tipo de problemas
- ❖ Qué no le gustó de la atención

La encuesta para prestadoras de servicio contempló 4 reactivos que correspondieron a datos generales:

- ❖ Sexo
- ❖ Categoría desempeñada
- ❖ Grado de estudios
- ❖ Turno en que labora

Y los datos específicos con treinta reactivos correspondientes a:

- ❖ Factores de complicaciones en el parto
- ❖ Se considera capacitada
- ❖ Grado de capacitación
- ❖ Ha recibido capacitación
- ❖ Hace qué tiempo
- ❖ Por qué no se ha capacitado
- ❖ Necesidades para una buena atención
- ❖ Sabe como actuar ante urgencias
- ❖ Disponibilidad de recursos humanos
- ❖ Plantilla es suficiente
- ❖ Disponibilidad de recursos materiales
- ❖ Solicitan material a
- ❖ Cómo se brinda el cuidado
- ❖ Variantes del cuidado
- ❖ Atención brindada
- ❖ Organización del personal
- ❖ Informa sobre trabajo de parto
- ❖ Por qué no
- ❖ La atención es con respeto
- ❖ Se respetan los derechos
- ❖ Quién informa de evolución de TP
- ❖ Numero de complicaciones
- ❖ Tipo complicaciones
- ❖ Causa complicaciones

- familiares
- ❖ Explica las razones familiares
 - ❖ Disponibilidad recursos humanos
 - ❖ Informa de procedimientos
 - ❖ Por qué no
 - ❖ VER ANEXO No. 4 "Encuesta de factores de riesgo de complicaciones durante el parto para prestadoras de servicio"
- ❖ Se explica motivos de cesárea
 - ❖ Como es la atención brindada

También se elaboró una guía de observación de para el personal de enfermería. VER ANEXO No. 5

3.12 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Se aplicó una prueba piloto a 12 usuarias y 6 enfermeras encontrando que los reactivos eran aplicables y no tenían dificultades para aplicar.

3.13 PROCESAMIENTO ESTADISTICO

Se utilizó una estadística descriptiva.

Se realizó tabulación manual y se elaboraron cuadros.

3.14 ASPECTOS ETICOS DEL ESTUDIO

Para los aspectos éticos del estudio, nos basamos en las pautas para la investigación con sujetos humanos, que plantea el Departamento de Sanidad y Servicios Humanos (DHHS) de Estados Unidos.

Para la entrevista con usuarias, se eligieron las mujeres en trabajo de parto al azar, explicando la importancia de su participación y solicitando su autorización y consentimiento. Sin embargo se descartaron aquellas mujeres de condición indígena por la dificultad de comprensión de la lengua española. Al realizar una prueba piloto con una de ellas, el esposo colaboró en la traducción en lengua tojolabal, pero observamos que los significados e interpretaciones pueden variar en este proceso de traducción y no sabíamos si estábamos escuchando lo que en realidad quería decir la mujer.

A todas las mujeres se les informó en que consistía el estudio y la importancia de su participación, además se solicitó su autorización para aplicar el cuestionario y también se informó el tiempo estimado del mismo. Notificándole que la información era anónima y que su nombre no aparecería en el cuestionario, y que sus respuestas de ninguna manera influirían en la atención que ella estaba recibiendo, ni el costo por la misma; ya que lo que nos interesaba era su opinión en base a la experiencia de estar siendo atendida en la institución. Por las condiciones del espacio no fue posible la privacidad completa, pero se habló de manera discreta para que las mujeres se sintieran tranquilas de no ser escuchadas por otras personas. Así mismo se les informó que la participación era

voluntaria y que si en algún momento no deseaban continuar con el cuestionario sólo tendrían que avisar para suspender el mismo.

Al concluir el cuestionario se les preguntó a las informantes si tenían alguna pregunta sobre el estudio y su participación, dando respuesta a las dudas que surgieron. Y por último se agradeció la participación en estudio y la importancia de esta para el beneficio de las mujeres en general.

Para las prestadoras de servicio se siguieron las mismas reglas de confidencialidad, anonimato y consentimiento informado que se mencionó anteriormente. Los cuestionarios se aplicaron en el área de trabajo procurando que no interfiriera con la atención a las usuarias, se buscó un lugar a parte dentro del mismo servicio para tener un poco de privacidad. Mientras se esperaba el momento oportuno para aplicar el cuestionario, se aplicó una guía de observación a las prestadoras de servicio sobre el desempeño de la persona entrevistada.

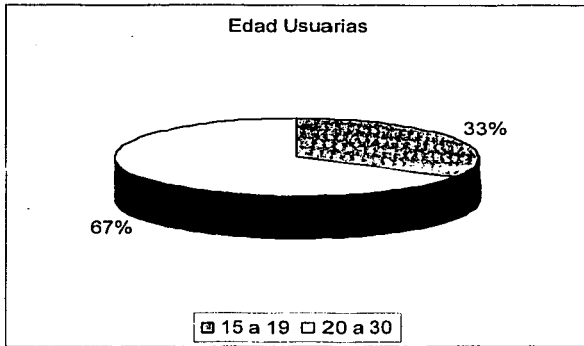
IV RESULTADOS

4.1 DATOS GENERALES USUARIAS

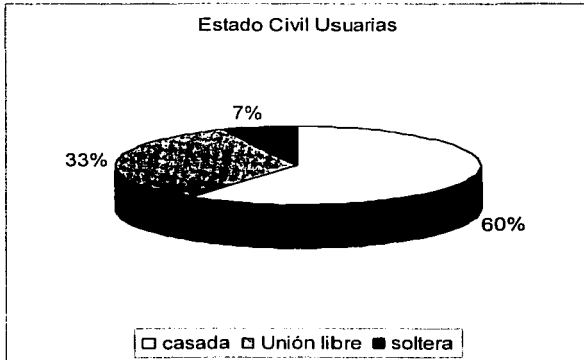
En cuanto al rango de edad el 33.3% se encontraba entre los 15 y 19 años de edad, mientras que el 66.6% entre los 20 y 30 años. (Ver grafica No. 1).

En relación al estado civil el 60% eran casadas, el 33.3% vivían en unión libre y el 6.6% eran solteras. (Ver grafica No. 2) Ninguna de las mujeres encuestadas hablaba otra lengua indígena.

Gráfica 1



Fuente: encuesta aplicada a usuarias Hospital General K Comitán
Gráfica 2



Fuente: encuesta aplicada a usuarias Hospital General K Comitán

TESS CON
FALLA DE ORIGEN

4.2 DATOS ESPECIFICOS

El 60% las usuarias se encontraban cursando el primer embarazo, el 20% el segundo, el 13.3% el tercer y sólo el 6.6% el cuarto embarazo. (Ver cuadro No. 1) De las que ya han tenido hijos la mayoría han sido partos normales y sólo en dos casos las usuarias tenían cesárea anterior con período intergenesico corto.

**CUADRO 1: NÚMERO DE EMBARAZO SUJETOS DE ESTUDIO
FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO**

Numero de embarazo	Total	Porcentaje
Primero	9	60%
Segundo	3	20%
Tercero	2	13.3%
Cuarto	1	6.6%
Total	15	100

Fuente: encuesta aplicada a usuarias, Hospital General K Comitán

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De las mujeres que cursaban con el segundo y tercer embarazo, sus primeros hijos se encuentran vivos. Respecto al número de abortos sólo el 13.3% del total de las encuestadas refirió haber tenido un aborto. (Ver cuadro No. 2)

**CUADRO 2: NÚMERO DE ABORTOS SUJETOS DE ESTUDIO
FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO**

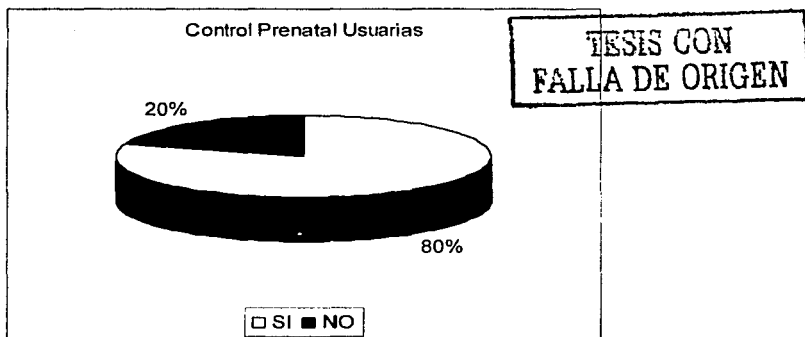
Tuvo aborto	Total	Porcentaje
Sí (uno)	2	13.3%
No	13	86.6%
Total	15	100

Fuente: encuesta aplicada a usuarias, Hospital General K Comitán

En cuanto al tiempo de embarazo, la mayoría de las usuarias se encontraban cursando el noveno mes de embarazo y sólo una de ellas se cursaba en el quinto mes de gestación.

En relación al control prenatal encontramos que el 80% de las mujeres encuestadas sí acudieron a una clínica, hospital o centro de salud para recibir atención médica y el 20% no acudió. (Ver grafica No. 3)

Gráfica 3



Fuente: encuesta aplicada a usuarias Hospital General K Comitán

Del total de las usuarias que llevaron control prenatal el 46.6% acudió de una a cinco consultas y el 33.3% de 6 a 9 consultas. De ellas el 80% acudió en el

primer trimestre del embarazo, el 19.9% en tercer trimestre del embarazo. (Ver cuadro No.3)

CUADRO 3: TRIMESTRE INICO CONTROL SUJETOS DE ESTUDIO FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO

Trimestre embarazo	Total	Porcentaje
Primer	12	80%
Tercer	3	19.9%
Total	15	100

Fuente: encuesta aplicada a usuarias, Hospital General K Comitán

El motivo por el que acudieron las usuarias a la consulta médica fue variable, el 46.6% fue para confirmar el embarazo, y el 53.2% porque no se sentía bien o por haber tenido un problema de salud. (Ver cuadro 4)

CUADRO 4: CAUSA CONTROL SUJETOS DE ESTUDIO FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO

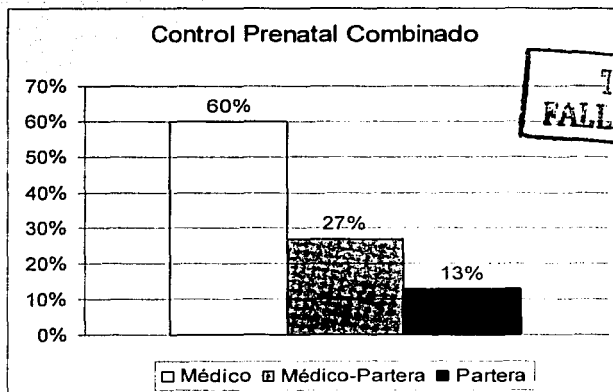
Causa	Total	Porcentaje
Confirmar embarazo	4	46.6%
No sentirse bien, tener problema	7	53.2%
Total	15	100

Fuente: encuesta aplicada a usuarias, Hospital General K Comitán

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Ahora bien, del total de las usuarias que tuvieron control prenatal, el 60% acudió sólo con el médico y el 27% mencionó haber acudido con la partera y el médico y el 13% acudió sólo con la partera. (Ver grafica No. 4)

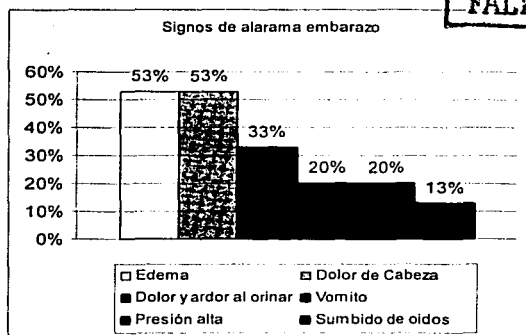
Gráfica 4



Fuente: encuesta aplicada a usuarias Hospital General K Comitán

Respecto a los signos de alarma presentes durante el embarazo encontramos que el 53.3% de las usuarias tuvieron presencia de edema ya sea en miembros inferiores, manos y/o cara. El 53.3% mencionó haber tenido dolor de cabeza. El 33.3% refirió que presentó dolor y ardor al orinar, la mayoría cuando cursaban el tercer trimestre de embarazo. El 20% mencionó haber presentado vómito generalmente en el primer trimestre del embarazo, y también un 20% mencionó haber tenido presión arterial alta, mientras cursaban el segundo y tercer trimestre de embarazo. Y el 13.3% presentó zumbido de oídos en el primer y tercer trimestre. (Ver grafica No. 5)

Gráfica 5

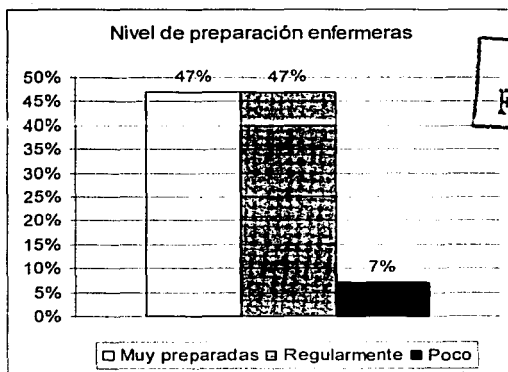


**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Fuente: encuesta aplicada a usuarias Hospital General K Comitán

En cuanto a la capacitación del personal, todas las usuarias mencionaron que las enfermeras tienen conocimientos y están preparadas para proporcionar atención durante el trabajo de parto. Al respecto el 46.6% de las usuarias dijeron que las enfermeras están muy preparadas, otro 46.6% dijo que regularmente y sólo el 6.6% que estaban poco preparadas. (ver grafica No. 6)

Gráfica 6



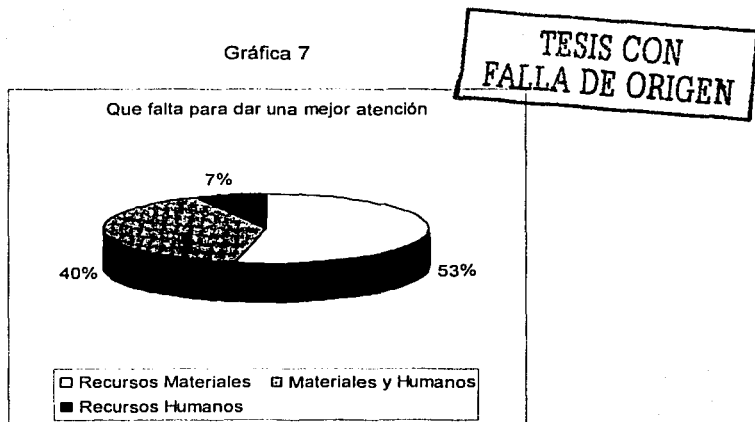
Fuente: encuesta aplicada a usuarias Hospital General K Comitán

En relación a los recursos humanos, el 86.6% de las usuarias consideran que en el hospital sí cuenta con suficiente personal para proporcionar la atención que ellas necesitan y sólo el 13.3% dijo que no.

Respecto a los recursos materiales el 53.3% de las usuarias refirió que en el hospital no se cuenta con lo suficiente para proporcionar la atención que necesitan, mientras que el 46.6% dijo que sí.

Por otro lado el 86.6% de las encuestadas mencionaron que le solicitaron a su familiar que comprará material o medicamentos para su atención.

Cuando se les preguntó a las usuarias sobre que consideraban que le hacia falta al hospital para brindar una mejor atención, el 53.3% dijo que recursos materiales, el 40% recursos humanos y materiales y sólo el 6.6% mencionó los recursos humanos. (Ver grafica No. 7)



Fuente: encuesta aplicada a usuarias, Hospital General K Comitán

En cuanto a la relación enfermera paciente, el 66.6% de las usuarias dijo que la enfermera la llamaba por su nombre y el 33.3% dijo que no lo hacía. Ahora bien, en el momento de la revisión el 86.6% refirió que la enfermera le explicaba que procedimiento le iba a realizar y por qué, el 13.3% dijo que no se le explicó.

Todas las usuarias consideraron que el trato y la atención por parte del personal de enfermería fueron con respeto.

El 86.6% de las encuestadas dijeron que la atención que recibieron del personal de enfermería durante el trabajo de parto fue la misma para todas, pero el 13.3% dijo que no, incluso una comentó, que si el personal se da cuenta que la mujer tiene más conocimientos, la tratan diferente que a las otras. (Ver cuadro No.5)

**CUADRO 5: NO CAPACITACION SUJETOS DE ESTUDIO
FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO**

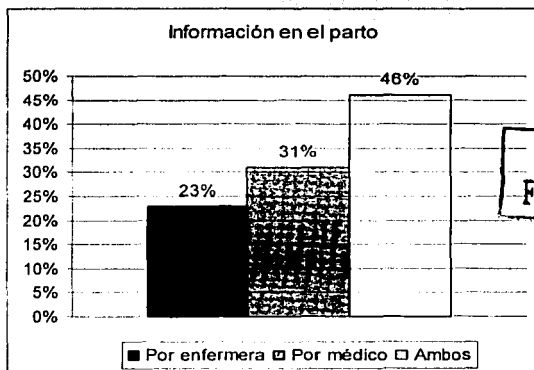
Aspectos éticos hacia la usuaria	Si	No
La llaman por su nombre	86.6%	13.3%
Le explican lo que le van a hacer y por qué	86.6%	13.3%
La atención es la misma para todas	86.6%	13.3%
La atención y trato fue con respeto	100%	0

Fuente: encuesta aplicada a usuarias, Hospital General K Comitán

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En relación a la información que se proporciona a la mujer en trabajo de parto encontramos, que el 86.6% de las usuarias refirieron que si les informó sobre la evolución de este, qué es lo que va a sentir y por qué y el 13.3% dijo que no. Al respecto el 23% comentó que la información fue proporcionada por la enfermera, el 30.7% dijo que por el médico y el 46.1% mencionó que ambos. (Ver grafica No. 8)

Gráfica 8



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuente: encuesta aplicada a usuarias Hospital General K Comitán

De las mujeres encuestadas a cinco se les realizó cesárea, de las cuáles cuatro mencionaron que se les explicó los motivos de la cirugía y el por qué no tendrían un parto normal y sólo una dijo que no se le informó. La autorización y consentimiento por escrito para la cesárea sólo se solicitó a 3 de las cinco usuarias que fueron intervenidas quirúrgicamente.

A cada una de las usuarias se le aplicó 2 PREVIGEN para detectar factores de riesgo; el primero en el inicio del trabajo de parto, y el segundo durante la evolución del mismo. Encontramos que del total de mujeres encuestadas 13.3% presentaron riesgo bajo (RB), el 40% presentó riesgo medio (RM) y el 46.6% presentó riesgo alto (RA), al inicio del trabajo de parto. Durante la evolución del trabajo de parto, ninguna de las mujeres presentó RB, el 33.3% presentó RM y el 66.6% presentó RA.

De las mujeres que cursaron con riesgo alto en el inicio y la evolución del trabajo de parto el 50% se encontraba entre 15 y 20 años y el otro 50% entre 20 y 30 años de edad, por lo que podemos considerar que la edad sí es un factor de riesgo de complicaciones durante el parto. En relación al estado civil, el 50% de ellas eran casadas, 40% vivía en unión libre y 10% era madre soltera. Respecto al control prenatal el 80% sí recibió la atención y el 20% no lo recibió. Lo que indica que llevar el control prenatal, no garantiza el que puedan o no presentarse complicaciones en el trabajo de parto o en el parto mismo.

Mediante la valoración de previgen, se encontró, que una de las usuarias en el inicio del trabajo de parto presento riesgo bajo, y en la evolución del mismo pasó a ser riesgo alto, debido al difícil descenso del producto.

En la encuesta se preguntó a las usuarias si habían tenido algún problema en su trabajo de parto, el 40% refirió que no y el 60% respondió que sí. (Ver cuadro No. 6) Los tipos de problemas que ellas mencionaron fueron: trabajo de

parto prolongado ("tardó en salir o bajar el bebé"), pelvis estrecha, circular de cordón ("traía enrollado el cordón en la cabeza"), oligohidramnios, desgarros, hipertensión arterial y sangrado trasvaginal excesivo en el puerperio inmediato.

**CUADRO 6: COMPLICACIONES PARTO SUJETOS DE ESTUDIO
FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO**

Tuvo un problema o complicación en TP	Total	Porcentaje
SI	9	60%
NO	6	40%
Total	15	100

Fuente: encuesta aplicada a usuarias, Hospital General K Comitán

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

De las mujeres que refirieron tener problemas en el parto, el 33.3% presentó previgen IV y V de mediano riesgo y en el 66.6% fue de alto riesgo.

En el inicio del trabajo de parto el 22.2% presentó ruptura prematura de membranas de 12 horas o menos. Otro 22.2% presentó pelvis dudosa, el 11.1% presentó distocia de contracción y también un 11.1% presentó sospecha de compresión de cordón.

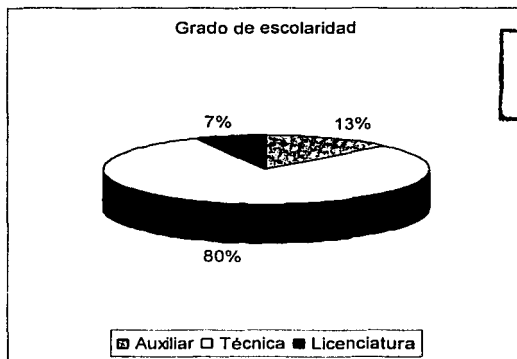
En la evolución del trabajo de parto además de presentar los riesgos anteriormente mencionados, el 22.2% de las mujeres presentó aumento de la presión arterial sistólica de 140-160 mm/mh y un 11.1% fue manejada con conducción (oxitocina), presentando un trabajo de parto de 7 a 9 hrs.

Por último, al preguntar a las usuarias qué no les había gustado de la atención que se les proporcionó, una de las mujeres menciono: la presencia de música fuerte en el servicio mientras ella estaba intranquila por el dolor, otra dijo que prefería que la atendieran más y que platicaran menos y una refirió que lo que no le gustó fue que le *estuvieran metiendo la mano*, ya que la revisaron varios médicos.

4.3 DATOS GENERALES PRESTADORAS

Se encontró que el 100% de las prestadoras de servicio encuestadas son del sexo femenino. Respecto al grado de estudios el 80% cuentan con nivel técnico, el 13.3% son auxiliares de enfermería y sólo el 6.6% tiene el nivel de licenciatura. (Ver gráfica No. 9) De las encuestada el 73.3% tiene categoría de enfermera general, el 20% de auxiliar de enfermería y el 6.6% de jefe de servicio. (Ver grafica No.10)

Gráfica 9

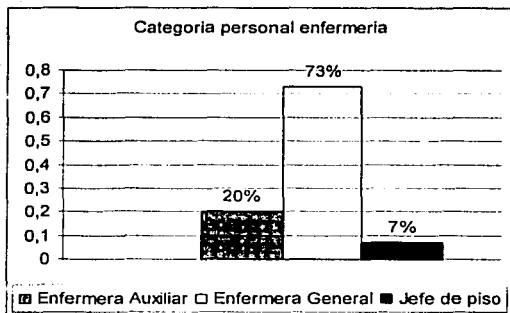


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuente: encuesta aplicada a enfermeras, Hospital General K Comitán

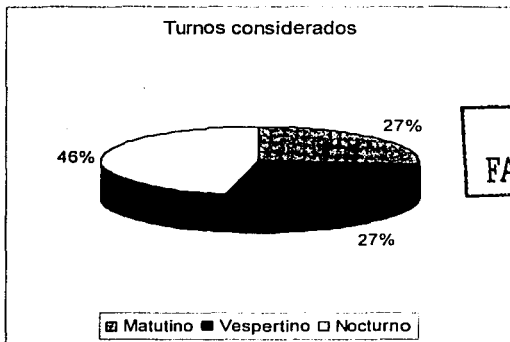
En relación al turno, el 26.6% laboraba en el matutino, el 26.6% en el turno vespertino y el 46.6% en los diferentes turnos nocturnos (Ver grafica No.11)

Gráfica 10



Fuente: encuesta aplicada a enfermeras, Hospital General K Comitán

Gráfica 11



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Fuente: encuesta aplicada a enfermeras, Hospital General K Comitán

4.4 DATOS ESPECIFICOS

Al preguntar a las prestadoras de servicio sobre cuáles consideraban ellas que eran los factores personales de las usuarias, que podrían favorecer la presencia de complicaciones en el trabajo de parto se encontró que el 100% mencionó la edad de la mujer, la multiparidad, la obesidad, la hipertensión inducida por el embarazo, como factores de riesgo. Además el 92.3% refirió el control prenatal y sólo el 33.3% mencionó el estado civil de la mujer como factor de riesgo de complicaciones en el parto.

Acerca de los factores institucionales, el 100% de las prestadoras mencionó que la capacitación del personal y la rutina del mismo son factores que favorecen la presencia de complicaciones en el trabajo de parto; el 92.3% mencionó la falta de recursos humanos, el 86.6% falta de recursos materiales, otro 86.6% mencionó como factor de riesgo la falta de ética personal; y por último el 33.3% refirió otro tipo de factores. (Ver cuadro No.7)

Respecto a la capacitación del personal, la encuesta refleja que el 100% de las enfermeras se consideran capacitadas para dar atención a mujeres en trabajo de parto, de ellas el 53.3% se considera poco capacitada y el 46.6% considera estar muy capacitada. (Ver grafica No.12)

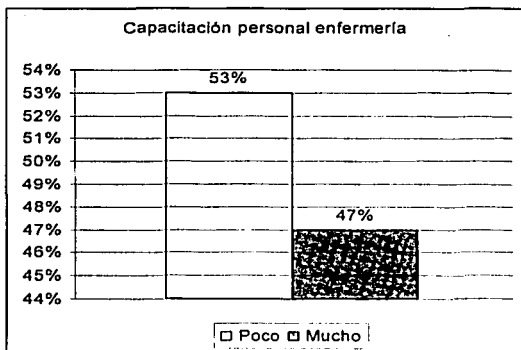
**CUADRO 7: FACTORES DE RIESGO SEGUN PRESTADORES
FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO**

FACTORES RIESGO	SI	PORCENTAJE	NO	PORCENTAJE
Edad	15	100%	0	0
Estado civil	5	33.3%	10	66.6%
Multiparidad	15	100%	0	0
Obesidad	15	100%	0	0
Control prenatal	14	92.3%	1	7.6%
Hipertensión inducida en el embarazo	15	100%	0	0
Capacitación prestadores	15	100%	0	0
Recursos humanos institución	14	92.3%	1	7.6%
Recurso materiales institución	13	86.6%	2	15.3%
Ética del personal	13	86.6%	2	15.3%
Rutina del personal	15	100%	0	0
Otros	5	33.3%	10	66.6%

Fuente: encuesta aplicada a enfermeras, Hospital General K Comitán

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Gráfica 12



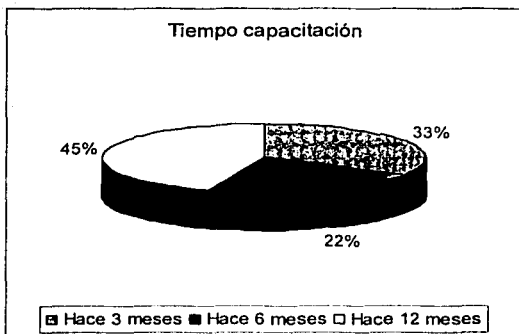
Fuente: encuesta aplicada a enfermeras, Hospital General K Comitán

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

El 60% de las prestadoras del área tóco quirúrgica refirió haber recibido capacitación sobre obstetricia, el 40% restante mencionó no haber recibido capacitación. De las que se han capacitado el 33.3% la recibió tres meses previos a la aplicación de la encuesta, el 22.2% seis meses antes y el 44.4% doce meses antes. (Ver grafica No. 13)

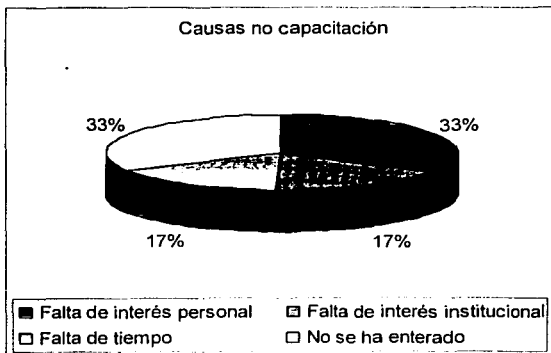
Del personal que mencionó no haber recibido capacitación el 33.3% mencionó como causa la falta de interés personal, otro 33.3% el no haberse enterado de la capacitación. Y un 16.6% mencionó la falta de interés institucional y el otro 16.6% lo atribuyó a falta de tiempo del personal. (Ver grafica No. 14)

Gráfica 13



Fuente: encuesta aplicada a enfermeras, Hospital General K Comitán

Gráfica 14



Fuente: encuesta aplicada a enfermeras, Hospital General K Comitán

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Por otro lado el 92.3% refirió que le hace falta más capacitación para dar una buena atención a las usuarias en trabajo de parto y el 6.6% consideró que es necesario dedicar más tiempo a cada usuaria. (Ver cuadro No. 8)

**CUADRO 8: QUE FALTA PARA MEJOR ATENCION SUJETOS DE ESTUDIO
FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO**

Qué falta para una mejor atención	Porcentaje
más capacitación	92.3%
más tiempo	6.6%
Total	100%

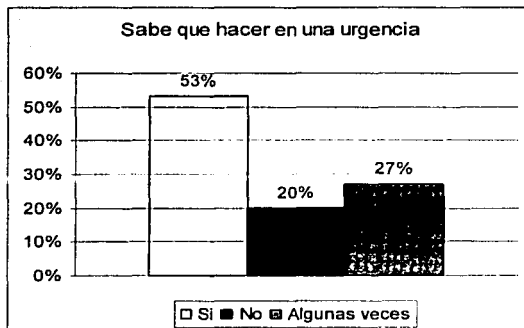
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Fuente: encuesta aplicada a enfermeras, Hospital General K Comitán

Ante la presencia de una urgencia obstétrica el 53.3% de las prestadoras mencionó saber qué hacer o cómo actuar, el 26.6% dijo que algunas veces y el 20% refirió no saber que hacer ante una urgencia de este tipo. (Ver grafica No. 15)

En cuanto a los recursos humanos, el 100% de las enfermeras mencionó que el personal de enfermería existente no es suficiente para atender a las mujeres en trabajo de parto. Además el 80% de las prestadoras consideró que la institución requiere de más recursos humanos y materiales, el 13.3% dijo que sólo se requiere de más recursos humanos y el 6.6% refirió que sólo hace falta recursos materiales. (Ver grafica No. 16)

Gráfica 15



Fuente: encuesta aplicada a enfermeras, Hospital General K Comitán

Gráfica 16



Fuente: encuesta aplicada a enfermeras, Hospital General K Comitán

La encuesta refleja que el 100% de las prestadoras menciona que sí le explica a la usuaria el procedimiento antes de realizarlo.

Así mismo, el 93.3% de las prestadoras mencionó que informa y explica a la usuaria sobre como es el trabajo de parto, qué es lo que va a sentir y por qué. Además el 93.3% de las enfermeras refirió que el trato y la atención que brindan a la usuaria en trabajo de parto es con respeto y discreción. Pero, por otro lado, sólo el 53.3% consideró que respetan los derechos de las mujeres, el 13.3% dijo que algunas veces y el 33.3% restante que no. (Ver cuadro No.9)

**CUADRO 9: ETICA SUJETOS DE ESTUDIO
FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO**

ASPECTOS ETICOS	SI	NO	ALGUNAS VECES
Explica al hacer procedimiento	100%	0	0
Informa y explica sobre TP	93.3%	6.6%	0
La atención es con respeto y discreción	93.3%	6.6%	0
Se respetan los derechos de las mujeres	53.3%	33.3%	13.3%

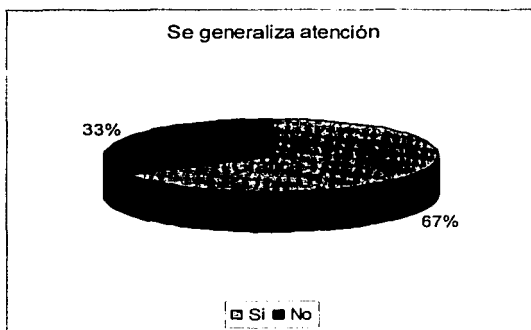
Fuente: encuesta aplicada a enfermeras, Hospital General K Comitán

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

El 66.6% de las encuestadas refirió que el personal de enfermería ha generalizado los cuidados que proporciona a las mujeres en trabajo de parto y sólo el 33.3% consideró que esto no ha sucedido. (Ver grafica 17)

Sin embargo, el 100% de las enfermeras encuestadas mencionó que cuando se detecta un factor de riesgo o un problema durante el trabajo de parto, los cuidados se proporcionan de forma individual.

Gráfica 17

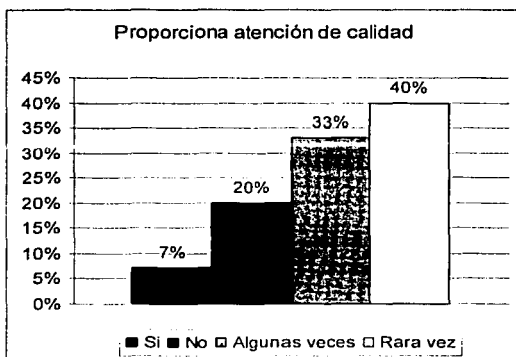


Fuente: encuesta aplicada a enfermeras, Hospital General K Comitán

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Con lo relacionado a las características de la atención, se encontró, que sólo el 6.6% de las encuestadas proporciona una atención de calidad y calidez, el 40% mencionó que rara vez, el 33.3% dijo que frecuentemente y el 20% refirió que no. (Ver grafica No.18)

Gráfica 18



Fuente: encuesta aplicada a enfermeras, Hospital General K Comitán

Además el 53.3% de las enfermeras manifestó que la atención que ellas proporcionan a la mujer en la sala de expulsión es la misma para todas las usuarias, mientras que el 46.6% refirió que proporciona una atención individualizada. (Ver cuadro No.10)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En relación a quién debe explicar o informar a la usuaria sobre la evolución del trabajo de parto, el 13.3% de las prestadoras mencionó que la enfermera y el 86.6% que debe ser el médico. (Ver grafica No.19)

Cuando se abordó la presencia de complicaciones, el 60% de las enfermeras afirmó que sí se han presentado complicaciones en algunas mujeres en trabajo de parto durante su jornada laboral, y el 40% dijo que no. (Ver cuadro No.11)

Las complicaciones que mencionaron fueron: trabajo de parto prolongado, pre-eclampsia, R/N deprimido, circular de cordón, DCP, acretismo placentario, reacción a tocolíticos, desgarros e hipoxia neonatal.

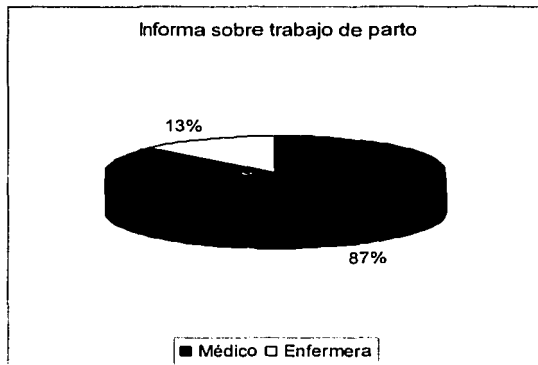
CUADRO 10: ATENCIÓN QUE PROPORCIONA SUJETOS DE ESTUDIO
FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO

Atención que proporciona	Si	No
Es la misma para todas	53.3%	46.6%
Atención individualizada	46.6%	53.3%
Total	100	100

Fuente: encuesta aplicada a enfermeras, Hospital General K Comitán

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 19



Fuente: encuesta aplicada a enfermeras, Hospital General K Comitán

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

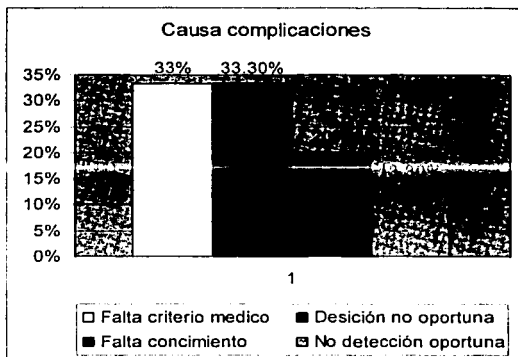
CUADRO 11: COMPLICACIONES EN USUARIAS SEGÚN SUJETOS DE ESTUDIO
FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO

Ha presentado complicación	Porcentaje
Si	60%
No	40%
Total	100

Fuente: encuesta aplicada a enfermeras, Hospital General K Comitán

En lo referente a las causas de las complicaciones, el 33.3% de las prestadoras mencionó la falta de criterio médico, otro 33.3% el no tomar una decisión oportuna, el 20% refirió la falta de conocimiento y el 13.3% dijo que el problema no se detecta a tiempo. (Ver grafica No.20)

Gráfica 20



Fuente: encuesta aplicada a enfermeras, Hospital General K Comitán

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
 DE LA BIBLIOTECA

Por último se presenta los comentarios de tres enfermeras al terminar la encuesta:

- *Ojalá a partir de esta encuesta se pueda mejorar la atención a las pacientes y que tomemos conciencia y nos sensibilicemos un poco más al dar atención.*
- *El personal en general necesita sensibilizarse para dar mejor atención, además de tener mayor capacitación*
- *El personal de enfermería es insuficiente para la cantidad de trabajo que se presenta.*

4.5 RESULTADOS GUIAS DE OBSERVACION

Al aplicar las guías de observación a las prestadoras de servicio de los diferentes turnos, encontramos que la mayoría de las enfermeras no llama a las usuarias por su nombre, si no, que se dirige a ellas, con pseudónimos (mami, reina, madre, doña, mi amor, etc.)

Además se observó que al realizar los procedimientos a las usuarias, casi la totalidad de las enfermeras le explicaba previamente en que consistiría dicho procedimiento. Percatándonos que esta actitud contribuyó a que la usuaria se encontrará más relajada y tranquila en ese momento.

Se encontró, que más de la mitad de las enfermeras llevaba una vigilancia adecuada, durante la evolución del trabajo de parto de las usuarias, es decir, estaba cerca de la mujer, observaba las características de las contracciones, y

vigilando posibles signos de alarma. Mientras que el resto no vigilaba la evolución de igual forma, en estos casos se observó que la mujer se encontraba sola, desesperada y ansiosa sin que la enfermera se acercara a proporcionarle orientación.

Ahora bien observamos que aquellas prestadoras, que sí vigilaban la evolución del trabajo de parto, también brindaban apoyo, hablando con las mujeres, tomando su mano, explicando cómo debe respirar cuando tiene dolor y la importancia de estar tranquila. En tanto que el personal que no vigilaba el trabajo de parto, no consideraba además el estado emocional en que se encontraban las mujeres en momentos tan importantes y a la vez dolorosos para ellas. Y las actitudes hacia las usuarias eran de indiferencia y molestia.

En sí, más de la mitad de las enfermeras proporciona una atención de calidad y calidez e individualizada a las mujeres que tiene a su cuidado y las otras brindan una atención generalizada a todas las usuarias que se encuentran en el servicio.

En aquellos casos en que se presentaron situaciones de emergencia, se observó que la mayoría de las prestadoras de servicio actuó coordinadamente y en equipo proporcionando atención oportuna y eficaz cuando así se requirió.

4.6 DISCUSION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Después de analizar la información encontrada en las encuestas aplicadas a las usuarias, podemos señalar que nuestros hallazgos están sustentados por nuestro marco teórico y son semejantes a lo reportado en la bibliografía consultada acerca de los factores de riesgo y/o las complicaciones en el parto. Sin embargo, creemos conveniente resaltar algunos aspectos que nos llaman la atención.

De los factores de riesgo personales que pueden determinar una complicación en el embarazo o el parto, en el estudio se encontró que la edad sigue siendo un factor de riesgo, ya que la mayoría de las mujeres encuestadas que presentaron complicaciones durante el parto eran jóvenes. Por otro lado, la multiparidad no fue un factor de riesgo debido a que en su mayoría las encuestadas eran primigestas. También el estado civil en este estudio tampoco fue factor determinante de complicaciones en el trabajo de parto las informantes, pues se encontró que la mayoría de las mujeres eran casadas.

Un factor de riesgo que no sé consideró en la encuesta fue la escolaridad de las usuarias, sin embargo una de las características de la mayoría de las mujeres es que eran de un nivel socioeconómico bajo, y por consiguiente de escolaridad mínima. Así, como lo menciona Elú y Langer, respecto a las complicaciones del parto como causa de muerte materna: *“dos terceras partes de estas defunciones suceden en municipios de muy alta marginación y en*

localidades de menos de dos mil quinientos habitantes. Son mas frecuentes en mujeres mayores de 20 años, con baja escolaridad que viven en unión libre, que no son derechohabientes y que si recibieron atención médica antes de la muerte”

Ahora bien, el control prenatal no necesariamente fue una garantía de que en el trabajo de parto no se presentaran factores de riesgo o complicaciones durante el mismo, pues a pesar de que muchas de las encuestadas tuvieron control prenatal en más de la mitad de ellas presentó complicaciones en la evolución del trabajo de parto. Aquí vale la pena señalar que aunque pocas, hubo mujeres que acudieron con partera durante el embarazo, incluso hubo quiénes alternaron la asistencia médica con la de la partera, lo que nos habla de que sigue existiendo confianza en ellas y que en la actualidad se sigue preservando dentro de la cultura de varias mujeres esta práctica tradicional.

En lo referente a los factores de riesgo institucionales; por un lado las usuarias percibieron que el personal de enfermería estaba capacitado para su atención, por otro lado el 100% de las prestadoras de servicio manifestó, que tanto la capacitación como el realizar las actividades de forma rutinaria eran determinantes de complicaciones en mujeres en trabajo de parto.

A esto se suma el hecho de que sólo el 60% del personal de enfermería de esta área se ha capacitado en obstetricia y que sigue existiendo personal apático e indiferente a recibir capacitación. Por lo tanto es importante implementar acciones tendientes a reforzar la capacitación continua a los prestadores de servicio en estas áreas.

Aquí es conveniente señalar que la atención directa de las usuarias en trabajo de parto está a cargo de los Médicos Internos de Pregrado (MIPS) que se encuentran en etapa de formación sin la asesoría, capacitación y enseñanza continua del médico adscrito quien es el responsable directo de brindar esta atención a las usuarias. Por lo que consideramos que esta situación es un factor de riesgo más para la mujer en trabajo de parto.

Ahora bien, la falta de recursos humanos y materiales en la institución desde el punto de vista de las usuarias y prestadoras de servicio, sí son factores que favorecen las complicaciones en el trabajo de parto. Por ejemplo, la falta de recursos dificulta el poder determinar un diagnóstico más certero y oportuno que respalde los hallazgos clínicos y con ello las acciones inmediatas.

Sobresale en el estudio que los aspectos éticos dentro de la relación enfermera-paciente, no en todos los casos se dio en las mejores condiciones para la usuaria en trabajo de parto, lo que aumenta la probabilidad de complicaciones durante el mismo, ya que el estado emocional puede repercutir en la buena evolución del trabajo de parto en la mujer. Por lo tanto, es importante retomar este aspecto en la propuesta de intervención con el personal de enfermería que labora en el área tocoquirúrgica.

En la valoración de riesgo a las mujeres en trabajo de parto, llamó la atención que algunas presentaron previgencia de mediano riesgo en el inicio, y durante la evolución del mismo pasaron a ser de alto riesgo; esto indica que o bien

no tuvieron una buena vigilancia o no fueron valoradas adecuadamente y en algunos casos fue necesario realizar la operación cesárea.

Tomando en cuenta que la norma señala la importancia de una vigilancia adecuada para lograr la terminación del embarazo por parto normal, y con esto reducir el número de cesáreas innecesarias, de acuerdo a algunos de los resultados aquí encontrados, se considera que los objetivos de la norma oficial para la atención de la mujer en el embarazo, parto, puerperio y RN, distan mucho de ser cumplidos.

Entonces como se plateo en los resultados, es evidente que varias de las mujeres en trabajo de parto que participaron en la encuesta presentaron complicaciones, las cuales incluso fueron percibidas por ellas mismas. Entre ellas, trabajo de parto y periodo expulsivo prolongado, circular de cordón, hipertensión, desgarros y sangrado excesivo en el puerperio inmediato. Mismas que son el resultado de una valoración y vigilancia no adecuadas por parte de las/os prestadoras/es de servicio. Como lo menciona Magally Silvia, que a pesar de que en un medio hospitalario no debiera haber complicaciones, en un estudio realizado en Yucatán, *"hubo complicaciones maternas, como desgarros perineales, infección por desgarros, sangrado abundante durante el posparto e infección puerperal y muerte"*

Por lo tanto, consideramos que las complicaciones en el trabajo de parto, están relacionadas con la falta de criterio médico, la falta de conocimiento, la no detección temprana de complicaciones y el no tomar una decisión oportunamente.

A pesar de que el Hospital General es una institución que por su ubicación se caracteriza por atender también población indígena, en este caso no fue posible aplicar la encuesta a mujeres con estas características debido a la limitante de la comunicación y comprensión de ambas partes (encuestadora/ encuestada). Por lo tanto consideramos que sería interesante retomar este grupo de población para futuros estudios.

4.7 CONCLUSIONES

En primer lugar podemos decir que nuestros objetivos se cumplieron, al poder describir los factores de riesgo que determinan las complicaciones en el parto en las mujeres encuestadas. De acuerdo al muestreo realizado y en base al índice de ocupación hospitalaria para el área de gineco obstetricia, consideramos que estos factores no son determinantes para todas las mujeres que acuden a esta institución, ya que para ello se tendría que incluir una muestra representativa.

Se concluye que la hipótesis planteada en el estudio, es verdadera, aunque algunos de los factores personales que nosotros planteamos no fueron determinantes en nuestras encuestadas, sin embargo los de tipo institucional que generalmente no son retomados en los estudios, presentaron igual o mayor

relevancia en las complicaciones encontradas en las mujeres en trabajo de parto en Hospital General de Comitán.

Por lo tanto, consideramos que es de suma importancia la adecuada valoración y vigilancia de la mujer al inicio del trabajo de parto y durante la evolución del mismo, con la finalidad de detectar oportunamente los factores que puedan desencadenar una complicación, logrando con esto conservar la salud de la madre y del recién nacido.

La capacitación y los aspectos éticos del personal de enfermería y médico, son fundamentales para mejorar la calidad de la atención a las usuarias en trabajo de parto, y retomando que finalmente la enfermera es quien tiene un vínculo más cercano con la mujer. Es de suma importancia garantizar que el personal de esta área cuente con las herramientas técnicas y teóricas, que contribuyan a identificar factores de riesgo en las usuarias y a desarrollar acciones de manera eficaz y profesionalmente.

Concluimos que la falta de recursos humanos y materiales son un factor de riesgo de tipo institucional, pero consideramos que no necesariamente el aumento de estos recursos, garantiza el brindar atención de calidad, si no que más bien, creemos necesario que el personal de enfermería debe retomar la importancia "del cuidado" y no se limite a la realización de técnicas y procedimientos generales.

Pero que esto no descarta el hecho de que las autoridades correspondientes, tomen en cuenta estos aspectos que pueden poner en riesgo la salud de la mujer y el recién nacido.

Por último queremos compartir la reflexión que nos deja haber realizado este trabajo; como licenciadas en enfermería y obstetricia nos permite primero, visualizar de una manera diferente la problemática de las complicaciones en el trabajo de parto, y la importancia de aplicar un enfoque de riesgo durante el mismo. Y segundo la posibilidad de proponer estrategias de acción al personal de enfermería del área tocoquirúrgica, enfocadas a identificar factores de riesgo y garantizar una adecuada vigilancia y valoración en el trabajo de parto.

Además deja el reto de promover un cambio de actitud en el personal de enfermería, con la finalidad de proporcionar un cuidado holístico a todas y cada una de las usuarias en trabajo de parto.

BIBLIOGRAFIA

1. Ballesté, M, Fernández A. "Derechos reproductivos y cesáreas", Salud integral para la mujer SIPAM, www.hsph.harvard.edu/grh/courses/sesion8balleste.html-21k
2. Díaz, Graciela, Sánchez Hidalgo, Dora, Freyermuth, Graciela, Castañeda, Martha Aída. "La mortalidad materna un problema sin resolver". Fundar. 2002, Pp.10-12.
3. Elu, Ma. del C, Langer, Ana, "Maternidad sin riesgos en México" México 1994
4. Freyermuth, Graciela, Manca, Ma. Cristina "Luna Golpeada morir durante la maternidad: investigaciones, acciones y atención médica en Chiapas y otras experiencias en torno a la mortalidad materna", Chiapas México, Julio 2000.
5. González Vázquez, Margarita, "Antecedentes de la Perinatología", ENEO/UNAM, México, Julio 1999, Pp 125
6. Indicadores en Salud Materna Perinatal, ww.cedip.cl/Guias/Indicadores
7. La salud materna: una inversión socioeconómica vital, http://safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_good_maternal_health.htm

8. Langer, Ana, "La mortalidad materna en México: la contribución del aborto inducido" México: Edamex/Population Council, 1994, Pp.149-153

9. Lozano, Rafael, Hernández, Bernardo, Langer, Ana, "Factores sociales y económicos de la mortalidad materna en México, en Elu, M.C y A. Langer (eds) Maternidad sin Riesgos en México, 1994, Pp.43-52

10. Magally, Silvia CIMAC, México DF, ww.cimacnoticias.com/noticias/02jun/02

11. "Mortalidad Materna" <http://safemotherhood.org/facts-and-figures/spanish/s-maternal-mortality.htm> 27/04/01

12. Martínez Benítez, Ma. Matilde, Latapi, Pablo, Hernández Tezoquipa, I., Rodríguez Velásquez, J. "Sociología de una profesión: el caso de enfermería" Centro de es Estudios educativos, A.C, México, 1985. Pp. 77-79

13. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación familiar, Secretaría de Salud, Mayo 1994, en Antología Obstetricia I, UNAM; ENEO, México D.F, Octubre 2001

14. Organización Panamericana de la Salud "La iniciativa regional d América Latina y el Caribe (LAC) para reducir la mortalidad materna <http://www.paho.org/spanish/HPP/HPF/REP/SMI-lac.hym> 27/04/01

15. Ortega Gutiérrez, Armando, "Indicadores de Salud Materno Infantil", ENEO/UNAM, México, Julio 1999 (ensayo) Pp. 75-86

16. Pérez Palacios, Gregorio, "Maternidad Saludable y sin Riesgos", Secretaria de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, SSA México, 2000 Pp. 21,22

17. Secretaria de Salud y Secretaria de Prevención y Protección de la Salud, Programa de Acción: "Arranque Parejo en la Vida". 2001

18. Rubio Domínguez, Severino, López Barrientos, Martín, "Evaluación del riesgo perinatal, instrumentos y criterios de la enfermera profesional", ENEO/UNAM, México, Febrero 2001, (ensayo) Pp. 268-313

19. Rubio Domínguez Severino. "El Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la salud reproductiva", ENEO/UNAM, México, Febrero 2001. P.p. 88-110

20. Sánchez Pérez, H, Ochoa Díaz, Héctor, "La atención del parto en Chiapas, México: dónde y quién los atiende. Salud Pública México 1998. Pp

21. Unas 50 millones de mujeres en el mundo tienen complicaciones en el parto, www.cimac.org.mx

ANEXOS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO No. 1

PREVIGEN

PREVIGen IV

01. Riesgo en el embarazo	■ Bajo	■ Medio	■ Alto
02. Emotividad Edo. Psicológico	■ Tranquilo	■ Excitado	■ Sin control
Actividad Uterina	03. Frecuencia (10')	■ 3 a 4	■ Menos de 3
Contracciones	04. Intensidad	■ Normal	■ Baja
clases	05. Duración Seg	■ 40 a 60	■ 61 a 90
	06. Tono	■ Normal	■ Hipotónico
			■ Hipertónico
07. Dilatación cérvix cm/hora.	■ 1-2	■ 3 y más	■ Estacionaria
Frecuencia Cardíaca Fetal	08. Basal	■ 121-150	■ 111-120
	09. Basal	■ 151-160	■ 161 y más
	10. Ritmo	■ Dp I	■ Dp variable
			■ Dp II
11. Valoración respuesta fetal	■ Reactivo	■ No reactivo	■ Bradicardia
12. Valoración respuesta fetal	■ Táquico	■ Límite dudoso	■ Desproporcionado
13. Pálvis	■ Cni	■ Rotas 12 hs y menos	■ Rotas 13 h y más
14. Membranas	■ Integras	■ Otras	■ 2 y más
15. Presentación	■ Cefálica		
16 No. de fetos	■ Uno		
17. Cantidad	■ Normal	■ Regular	■ Pól
Líquido amniótico	18. Cantidad	■ Claro	■ Verdoso
	19. Color	■ Grumoso	■ Verde esc.
	20. Color		■ Amarillento
	21. Calidad		■ Eructoso
			■ Sin grumos
22. Peso calculado (J. Toisach)	■ 2500 - 3400	■ 2000 - 2400	■ Menos 2000
23. Peso calculado (J. Toisach)		■ 3500 - 3900	■ 4000 y más
24. Placenta Inserción	■ Normal	■ Baja marginal	■ Previa
25. Cordón Compresión	■ Sin datos	■ Sospecha	■ Positivo
26. Malformaciones	■ No	■ Maternas	■ Fetales
27. Madre complicaciones	■ No	■ Controladas	■ Sin control
28. Otros especifique: _____			

■ Riesgo Bajo ■ Riesgo Medio ■ Riesgo Alto

PREVIGen V

01. Riesgo en PREVIGen IV	■ Bajo	■ Medio	■ Alto
02. Frecuencia cardíaca fetal	■ 121-150	■ 111-120	■ 150 y menos
03. Frecuencia cardíaca fetal		■ 151-160	■ 161 y más
04. Valoración respuesta fetal	■ Reactivo	■ No reactivo	■ Bradicardia
05. Valoración respuesta fetal		■ Táquico	■ Hipotonia
06. Tono uterino	■ Normal	■ Hipertonia	■ Hipertonía
07. Frecuencia cont. en 10m	■ 2 a 4	■ Incoordinación	■ Taquicardia
08. Duración seg.	■ 40-60	■ Menos de 40	■ 61 y más
09. Dilatación cervical cm/h	■ 1-2	■ 3 y más	■ Estacionaria
10. Descenso presentación	■ Normal	■ Rápida	■ Difícil
11. Temperatura G.C.	■ 36-37	■ Menos de 36	■ Más de 37
12. T.A. Sistólica	■ 80-139	■ 140-160	■ 161 y más
13. T.A. Diastólica	■ 60-90	■ 91-109	■ 110 y más
14. Membranas	■ Integras	■ Rotas 12 hs y menos	■ 13 hs. y más
15. Intucción	■ No	■ Oxitocina	■ Oxitocina y otros
16. Anestesia	■ No	■ Regional	■ General
17. Uteroinhibidores	■ No		■ Si
18. Parto atendido en	■ Cama	■ Expulsión	■ Quirófano
19. Episiotoma	■ Si	■ Desgarros	
20. Fórceps	■ No	■ Profiláctico	■ Indicado
21. Duración del T.P. hs	■ Menos de 6	■ 6-8	■ 9 y más
22. Alumbramiento	■ Espontáneo	■ Dirigido	■ Manual
23. Acetámido	■ No		■ Si
24. Hemorragia	■ Normal	■ Moderada	■ Excesiva
25. Otros especifique: _____			

■ Riesgo Bajo ■ Riesgo Medio ■ Riesgo Alto

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL EN EL INICIO DEL TRABAJO DE PARTO

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL EN LA EVOLUCION DEL TRABAJO DE PARTO

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ANEXO No. 2

NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO. NOM-007-SSA2-1993

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.- Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud.

YOLANDA SENTIES ECHEVERRIA, Directora General de Atención Materno Infantil, con fundamento en los artículos 45, 46 fracción II, 38 fracción II y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 3o. fracciones I a V, 13 A) fracción I, 27, 34, 61, 62, 64 y 65 de la Ley General de Salud, 1o. y 7o. fracción II del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 11 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación, de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

PREFACIO

En la elaboración de la presente Norma participaron las siguientes instituciones:

- Secretaría de Salud;
- Instituto Mexicano del Seguro Social;
- IMSS-Solidaridad;
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado;
- Secretaría de la Defensa Nacional;
- Secretaría de Marina;
- Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos;
- Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal;
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia;
- Comisión Nacional de Alimentación;
- Hospital Infantil de México "Federico Gómez";
- Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán";
- Instituto Nacional de Pediatría;
- Instituto Nacional de Perinatología;
- Grupo de Estudios del Nacimiento, A. C. (Grupo Gen);
- Sociedad Mexicana de Pediatría;
- Asociación Mexicana de Pediatría;
- Asociación Mexicana de Nutrición;
- Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia;
- Asociación Mexicana de Hospitales;

Liga de la Leche de México, A.C.;
Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) en México;
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF);
Hospital A B C;
Hospital Angeles del Pedregal;
Hospital de México. Asociación Gineco-obstétrica, S. A. de C. V.;
Hospital Infantil Privado, S. A. de C. V.;
Sanatorio Santa Mónica.

INDICE

- 0. Introducción
 - 1. Objetivo
 - 2. Campo de aplicación
 - 3. Referencias
 - 4. Definiciones y terminología
 - 5. Especificaciones
 - 5.1 Disposiciones generales
 - 5.2 Atención del embarazo
 - 5.3 Prevención del bajo peso al nacimiento
 - 5.4 Atención del parto
 - 5.5 Atención del puerperio
 - 5.6 Atención del recién nacido
 - 5.7 Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva
 - 5.8 Manejo del niño con bajo peso al nacimiento
 - 5.9 Prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito
 - 5.10 Promoción de la salud materno infantil
 - 5.11 Registro e información
 - 6. Apéndices Normativos
 - Apéndice A Normativo (ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGUN LA EDAD GESTACIONAL)
 - Apéndice B Normativo (VALORACION DEL RECIEN NACIDO)
 - Apéndice C Normativo (EDAD GESTACIONAL)
(VALORACION FISICO-NEUROLOGICA)
 - Apéndice D Normativo (CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINO)
(PESO AL NACER EN RELACION CON EDAD GESTACIONAL)
 - 7. Bibliografía
 - 8. Concordancia con normas internacionales
 - 9. Observancia de la Norma
 - 10. Vigencia de la Norma
0. Introducción

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el

uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

De esta manera procedimientos frecuentemente usados para aprontar el parto, por señalar sólo algunos ejemplos, la inducción del mismo con oxitocina o la ruptura artificial de las membranas amnióticas, han sido revalorados en vista de que no aportan beneficios y sí contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad materno-infantil, por lo que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy seleccionados. Otros como la anestesia utilizada indiscriminadamente en la atención del parto normal, efectuar altas proporciones de cesáreas en una misma unidad de salud o el realizar sistemáticamente la revisión de la cavidad uterina postparto, implican riesgos adicionales y su uso debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados. Algunos de estos procedimientos aún persisten como parte de las rutinas en la atención del parto, por lo que deben modificarse en las instituciones. No se trata de limitar el quehacer de los profesionistas, sino que a partir del establecimiento de lineamientos básicos se contribuya a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud. En la medida que se cuente con tecnología de mayor complejidad y por ende con el personal idóneo para su manejo e indicación precisa, este tipo de avances en la medicina deben ser utilizados.

Las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente y se corresponsabiliza junto con su pareja (o familia), y con el médico en el cuidado de su propia salud.

A fin de mejorar los servicios a la población materno-infantil, en algunas instituciones se han desarrollado normas y procedimientos para la atención en la materia, como es el caso del parto psicoprofiláctico, pero no tienen difusión generalizada ni un carácter uniforme, bien sea porque no son revisadas periódicamente o porque en algunos casos se adolece del conocimiento actualizado. Este tipo de prácticas en las unidades que han desarrollado su utilización y cuando la mujer lo solicite lo pueden llevar a cabo.

Como puede verse, es necesario efectuar algunos cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil que deben ser normados a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera la Norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención y señalará pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil, atribuible a la atención por parte de los prestadores de servicios y las instituciones.

1. Objetivo

Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.

2. Campo de aplicación

Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos.

3. Referencias

Para la correcta aplicación de esta Norma, es conveniente consultar la siguiente norma técnica 1): para la Información Epidemiológica (Diario Oficial de la Federación del 7 de Julio de 1986).

Asimismo deben consultarse la Norma Oficial Mexicana "NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos", así como la Norma Oficial Mexicana "NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar".

4. Definiciones y terminología

Para los fines de esta Norma son aplicables las definiciones siguientes:

4.1 edad gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

4.2 embarazo normal: Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

4.3 embarazo de alto riesgo: Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

4.4 emergencia obstétrica: Condición de complicación o intercurencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal.

4.5 muerte materna: Es la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

4.6 aborto: Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta 20 semanas de gestación.

4.7 parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

4.7.1 distocia: Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.

4.7.2 eutocia: 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.

El parto en función de la edad gestacional del producto se clasifica en:

4.8 parto pretérmino: Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

4.8.1 parto con producto inmaduro: Expulsión del producto del organismo materno de 21 semanas a 27 semanas.

4.8.2 parto con producto prematuro: Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

4.9 parto con producto a término: Expulsión del producto del organismo materno de 37 semanas a 41 semanas de gestación.

4.10 parto con producto a postérmino: Expulsión del producto del organismo materno de 42 o más semanas de gestación.

4.11 puerperio normal: Periodo 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 6 semanas o 42 días.

4.12 nacimiento: Expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o esté unido a la placenta y que sea de 21 o más semanas de gestación. El término se emplea tanto para los que nacen vivos como para los mortinatos.

4.13 recién nacido: Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

4.14 recién nacido vivo: Se trata de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida, tales como movimientos respiratorios, latidos cardiacos o movimientos definidos de músculos voluntarios.

4.15 mortinato o nacido muerto: Se trata de un producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno no respira, ni manifiesta otro signo de vida tales como latidos cardiacos o funiculares o movimientos definidos de músculos voluntarios.

4.16 de acuerdo con la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

4.16.1 recién nacido pretérmino: Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación;

4.16.2 recién nacido inmaduro: Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos;

4.16.3 recién nacido prematuro: Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos;

4.16.4 recién nacido a término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más;

4.16.5 recién nacido postérmino: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación;

4.16.6 recién nacido con bajo peso: Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional;

4.17 de acuerdo con el peso corporal al nacimiento y la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

4.17.1 de bajo peso (hipotrófico): Cuando el peso resulta inferior de la percentila 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

4.17.2 de peso adecuado (eutrófico): Cuando el peso corporal se sitúa entre la percentila 10 y 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

4.17.3 de peso alto (hipertrofico): Cuando el peso corporal sea mayor a la percentila 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

4.18 lactancia materna: La alimentación del niño con leche de la madre.

4.19 lactancia materna exclusiva: La alimentación del niño con leche materna sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones.

4.20 lactancia materna mixta: La alimentación proporcionada al niño a base de leche procedente de la madre, más otro tipo de leche o alimento protéico lácteo.

4.21 sucedáneo de la leche materna: Todo alimento comercializado presentado como sustituto parcial o total de la leche materna.

4.22 alojamiento conjunto: La ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente y la lactancia materna exclusiva.

4.23 hipotiroidismo congénito: Enfermedad que se presenta desde el nacimiento y se caracteriza por ausencia o formación inadecuada de la glándula tiroidea con disminución permanente en su función, y menos frecuente por disminución transitoria en su funcionamiento.

4.24 calidad de la atención: Se considera a la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados).

4.25 calidez en la atención: El trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio.

4.26 oportunidad en la atención: Ocurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada.

5. Especificaciones

5.1 Disposiciones generales

5.1.1 La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.

5.1.2 En la atención a la madre durante el embarazo y el parto debe de vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración.

5.1.3 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.

5.1.4 Las mujeres y los niños referidos por las parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad deben ser atendidos con oportunidad en las unidades donde sean referidas.

5.1.5 La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contrarreferencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención).

5.1.6 Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:

- elaboración de historia clínica;
- identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales);
- medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración;
- medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración;
- valoración del riesgo obstétrico;
- valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto;
- determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo);
- determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil D_μ), se recomienda consultar la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes, con fines terapéuticos;
- examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36;
- detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad;
- prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico;
- prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo);

- aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales;

- orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada;

- promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada;

- promoción de la lactancia materna exclusiva;

- promoción y orientación sobre planificación familiar;

- medidas de autocuidado de la salud;

- establecimiento del diagnóstico integral.

5.1.7 Con el apoyo de los datos anteriores, se deben establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles.

5.1.8 La unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal que contenga los siguientes datos: identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado nutricional, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio, factores de riesgo y mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo. Se utilizará éste, como documento de referencia y contrarreferencia institucional.

5.1.9 Toda unidad médica del segundo nivel con atención obstétrica, debe integrar y operar un Comité de Estudios de Mortalidad Materna y un Grupo de Estudios de Mortalidad Perinatal.

5.1.10 Los dictámenes del Comité y grupo de estudios deben incluir acciones de prevención hacia los factores y las causas que ocasionan las muertes maternas y perinatales.

5.2 Atención del embarazo

5.2.1 Para establecer el diagnóstico de embarazo no se deben emplear estudios radiológicos ni administrar medicamentos hormonales.

5.2.2 El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

5.2.3 La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas

2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas

3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas

4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas

5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas

5.2.4 La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.

5.3 Prevención del bajo peso al nacimiento

5.3.1 En todas las unidades de salud que dan atención obstétrica se deben establecer procedimientos escritos para la prevención, detección oportuna del riesgo y manejo adecuado de la prematuridad y el bajo peso al nacimiento (retraso del crecimiento intrauterino).

5.3.2 La detección oportuna incluye dos etapas:

- durante el embarazo y
- al nacimiento

5.3.2.1 Los procedimientos preventivos deben incluir, la orientación a la mujer embarazada para la prevención y para identificar los signos de alarma y buscar la atención médica oportuna.

5.3.2.2 Para detectar el bajo peso al nacer, se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento de la altura del fondo del útero de acuerdo al APENDICE A (Normativo).

5.3.2.3 El manejo de la prematuridad, implica el diagnóstico y el tratamiento oportunos de la amenaza de parto prematuro, así como de la aceleración de la

biosíntesis de los factores tensioactivos del pulmón fetal y el manejo adecuado del recién nacido pretérmino (prematurado).

5.4 Atención del parto

5.4.1 Toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos:

5.4.1.1 A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma;

5.4.1.2 Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica;

5.4.1.3 No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta;

5.4.1.4 No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto;

5.4.1.5 En los hospitales se requiere la existencia de criterios técnicos médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiocografía y el ultrasonido;

5.4.1.6 Toda unidad médica con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos, por lo que las unidades de atención médica deben aproximarse a estos valores;

5.4.1.7 El rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto debe realizarse por indicación médica e informando a la mujer;

5.4.1.8 La episiotomía debe practicarse sólo por personal médico calificado y conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer;

5.4.2 El control del trabajo de parto normal debe incluir:

5.4.2.1 La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos;

5.4.2.2 La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo del parto y el criterio médico;

5.4.2.3 El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución clínica;

5.4.2.4 Mantener la hidratación adecuada de la paciente;

5.4.2.5 El registro de los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto;

5.4.3 Para la atención del periodo expulsivo normal se debe efectuar el aseo perineal y de la cara interna de los muslos y no se debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión.

5.4.4 Para la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. Puede aplicarse oxitocina o ergonovina a dosis terapéuticas, si el médico lo considera necesario.

5.4.5 Los datos correspondientes al resultado del parto deben ser consignados en el expediente clínico y en el carnet perinatal materno incluyendo al menos los siguientes datos:

- Tipo de parto;
- Fecha y hora del nacimiento;
- Condiciones del recién nacido al nacimiento: sexo, peso, longitud, perímetro cefálico, Apgar al minuto y a los cinco minutos, edad gestacional, diagnóstico de salud y administración de vacunas;
- Inicio de alimentación a seno materno;
- En su caso, método de planificación familiar posparto elegido.

5.5 Atención del puerperio

5.5.1 Puerperio Inmediato: (primeras 24 horas posparto normal)

5.5.1.2 Toda unidad médica con atención obstétrica deberá contar con procedimientos por escrito para la vigilancia del puerperio inmediato y debe incluir:

5.5.1.3 En los primeros 30 minutos el inicio de la lactancia materna exclusiva en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan y la indicación de alimentación a seno materno a libre demanda.

5.5.1.4 En las primeras dos horas la verificación de normalidad del pulso, tensión arterial y temperatura, del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de la micción. Posteriormente cada 8 horas.

5.5.1.5 En las primeras 6 horas favorecer la deambulación, la alimentación normal y la hidratación, informar a la paciente sobre signos y síntomas de complicación.

5.5.1.6 Se recomienda aplicar a las madres Rho (D) negativas, con producto Rho positivo, la globulina inmune anti-Rho preferentemente dentro de las primeras 72 horas siguientes al parto, aborto, cesárea, amniocentesis o cualquier otro evento obstétrico invasivo capaz de ocasionar hemorragia fetomaterna y que pueda condicionar en la madre inmunización al antígeno "D" que estuviese en la superficie de los glóbulos rojos del producto.

5.5.1.7 Durante el internamiento y antes del alta, orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva y los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos.

5.5.1.8 Se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio normal se lleve a cabo preferentemente con un mínimo de tres controles.

5.5.1.9 Puerperio Mediato: (2o. al 7o. día) y tardío (8o. a 42o. día)

- Se deberá proporcionar un mínimo de tres consultas, con una periodicidad que abarque el término de la primera semana (para el primero), y el término del primer mes (para el tercero); el segundo control debe realizarse dentro del margen del periodo, acorde con el estado de salud de la mujer.

- Se vigilará la involución uterina, los loquios, la tensión arterial, el pulso y la temperatura;

- Se orientará a la madre en los cuidados del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, sobre métodos de planificación familiar, la alimentación materna y acerca de los cambios emocionales que pueden presentarse durante el postparto.

5.6 Atención del recién nacido

5.6.1 La atención del recién nacido vivo implica la asistencia en el momento del nacimiento, así como el control a los 7 días y a los 28 días.

5.6.2 Toda unidad médica con atención obstétrica deberá tener normados procedimientos para la atención del recién nacido que incluyan reanimación, manejo del cordón umbilical, prevención de cuadros hemorrágicos con el empleo de vitamina K 1 mg. intramuscular y la prevención de la oftalmía purulenta, examen físico y de antropometría (peso, longitud y perímetro cefálico), tablas para la valoración de Apgar del APENDICE B (Normativo), así como para valorar la edad gestacional, madurez física y madurez neuromuscular de acuerdo con el APENDICE C (Normativo) [a criterio de la institución, se podrá utilizar cualquiera de las dos opciones que se incluyen], vacunación BCG y antipoliomielítica, el alojamiento conjunto madre/hijo y la lactancia materna exclusiva;

5.6.3 Se recomienda investigar rutinariamente en el recién nacido de madre Rh negativa que se sospeche riesgo de isoimmunización, el grupo ABO, el factor Rho (D), su variante débil D_u y la prueba de aglutinina directa (prueba de Coombs).

5.6.4 En el recién nacido debe eliminarse como práctica rutinaria y sólo por indicación médica realizarse la aspiración de secreciones por sonda, lavado gástrico, ayuno, administración de soluciones glucosadas, agua o fórmula láctea, el uso de biberón y la separación madre hijo.

5.6.5 En ningún caso, se mantendrá a un recién nacido en ayuno por más de cuatro horas, sin el aporte cuando menos de soluciones glucosadas y más de 4 días sin nutrición natural o artificial, si la unidad médica no cuenta con el recurso deberá remitir el caso a la unidad correspondiente para su valoración y tratamiento.

5.7 Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva

5.7.1 Toda unidad médica de atención obstétrica deberá tener criterios y procedimientos para la protección y fomento de la lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

5.7.2 Estos criterios y procedimientos deben ser la base para la capacitación del personal e información a las madres.

5.7.3 Toda unidad de atención médica deberá tener criterios y procedimientos para el alojamiento conjunto del recién nacido normal y la madre, durante su permanencia en ésta.

5.7.4 La atención a la madre durante la lactancia, debe comprender la vigilancia estrecha de la prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables en el niño. El médico responsable de la atención de la madre debe informar al médico

responsable de la atención del recién nacido, cuando sean diferentes, del empleo de cualquier medicamento en la madre durante el puerperio.

5.7.5 Las unidades médicas deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Deberá informarse diariamente a embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y leches industrializadas.

5.7.6 En las unidades médicas, no se permite la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.

5.7.7 En las unidades de salud, no se emplearán representantes de servicios profesionales, de enfermeras de maternidad o personal análogo remunerado por los fabricantes o los distribuidores de los productos lácteos.

5.7.8 Los fabricantes o distribuidores de sucedáneos de la leche materna no ofrecerán incentivos financieros o materiales al personal de las unidades de salud con el propósito de promover sus productos.

5.7.9 Queda sujeta la entrega y/o indicación de sucedáneos de la leche materna a menores de cuatro meses, únicamente bajo prescripción médica y con justificación por escrito, en las unidades de atención de parto y en las de consulta externa.

5.8 Manejo del niño con bajo peso al nacimiento

5.8.1 Al nacimiento, utilizar la curva de crecimiento intrauterino para clasificar al recién nacido y tomar las medidas pertinentes en su manejo de conformidad con el APENDICE D (Normativo). Se recomienda utilizar la clasificación mexicana de Jurado García o la clasificación internacional adaptada de Battaglia y Lubchenco.

5.8.2 Las instituciones de salud deben promover que la atención de la amenaza de parto pretérmino, el parto pretérmino, el recién nacido pretérmino y el retraso del crecimiento intrauterino se lleve a cabo en unidades de segundo o tercer nivel o por personal especializado.

5.8.3 Se debe promover que el recién nacido de bajo peso sea alimentado con leche materna y la creación de "bancos de leche" materna en las instituciones donde se hospitalizan niños de pretérmino que no pueden ser alimentados por la madre.

5.8.4 Los padres deben ser instruidos sobre los cuidados domiciliarios del recién nacido de bajo peso.

5.9 Prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito.

5.9.1 La prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito, se debe llevar a cabo a través de la promoción de la salud, el diagnóstico y tratamiento oportuno:

5.9.1.1 Toda unidad que atienda partos y recién nacidos debe efectuar el examen de tamiz neonatal entre las 48 horas y preferiblemente antes de la segunda semana de vida, mediante la determinación de tirotrópina (TSH) en sangre extraída por punción del talón o venopunción colectada en papel filtro (la prueba debe efectuarse antes del primer mes, para evitar daño cerebral que se manifiesta por retraso mental). La muestra puede ser tomada en el transcurso de la primera media hora a través de sangre del cordón umbilical, lo que debe explicitarse en la hoja del papel filtro que se envía al laboratorio.

5.9.1.2 La muestra de sangre debe remitirse a un laboratorio previamente definido a nivel de la institución que corresponda o de conformidad con convenios de coordinación establecidos para el efecto. El resultado debe remitirse a la unidad de salud correspondiente, en un plazo no mayor de dos semanas.

5.9.1.3 El diagnóstico de un caso comprobado de hipotiroidismo congénito, se establece por determinación de tirotrópina y tetrayodotironina (T4) en suero de sangre extraída.

5.9.1.4 El tratamiento del caso comprobado de hipotiroidismo congénito, se debe llevar a cabo por administración de hormona tiroidea a dosis terapéutica (10 a 12 microgramos de L-tiroxina por kilo de peso por día).

5.9.1.5 El control y el tratamiento del paciente debe continuarse, y por ningún motivo suspenderse hasta que alcance una edad neurológica equivalente a los dos años. Si se requiere corroborar el diagnóstico, a partir de este momento se puede suspender durante 6 a 8 semanas el tratamiento, y realizar nuevos exámenes tiroideos.

5.10 Promoción de la salud materno-infantil

5.10.1 La promoción de la salud se debe llevar a cabo en la comunidad y en la unidad de salud, de los sectores público y social y en su caso el privado (a nivel unidad). Las instituciones y unidades deben establecer un programa educativo con los contenidos a transmitir a la población y a las embarazadas por parte del personal de salud que comprenda los temas siguientes:

5.10.1.1 Importancia de la mujer y la madre en el autocuidado de la salud personal y familiar;

5.10.1.2 Importancia y beneficios del control prenatal;

5.10.1.3 Orientación alimentaria y nutricional e higiene de los alimentos;

5.10.1.4 Orientación e información a la madre sobre el uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño;

5.10.1.5 Ventajas de la lactancia materna exclusiva y técnica del amamantamiento y orientación sobre la atención a los problemas más frecuentes;

5.10.1.6 Cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieren atención médica urgente, así como el lugar donde acudir para la atención;

5.10.1.7 Signos del inicio del parto y conducta ante los mismos;

5.10.1.8 Cuidados del recién nacido y signos de alarma que requieren atención médica urgente;

5.10.1.9 Importancia de la vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas del niño;

5.10.1.10 Prevención y control de enfermedades diarreicas y manejo del sobre vida suero oral;

5.10.1.11 Prevención de las infecciones agudas de vías respiratorias;

5.10.1.12 Esquema de vacunación;

5.10.1.13 Planificación familiar desde el control prenatal e información de los métodos posparto;

5.10.1.14 Prevención del retraso mental por hipotiroidismo congénito;

5.10.1.15 Prevención del bajo peso al nacimiento;

5.10.1.16 Información sobre los cambios físicos y emocionales de la embarazada;

5.10.1.17 Importancia de la participación de la pareja y/o la familia durante el proceso grávido-puerperal.

5.11 Registro e información

5.11.1 Las instituciones y unidades de atención médica deben efectuar el registro de las atenciones a embarazadas, parturientas y puerperas y recién nacidos mediante formatos únicos. Estos formatos deben ser llenados por el personal de salud que presta el servicio y concentrados por el personal responsable de la estadística de la unidad y de la institución.

5.11.2 Con el propósito de alimentar el Sistema Nacional de Información en Salud, se debe asegurar el registro, procesamiento y entrega de información a la Secretaría de Salud, de las actividades en seguida mencionadas, de acuerdo a la periodicidad requerida. Esta debe ser remitida a través de los canales institucionales establecidos:

- Embarazadas atendidas de primera vez según trimestre gestacional.
- Consultas totales a embarazadas.
- Consultas subsecuentes por trimestre de gestación.
- Toxoide tetánico aplicado a embarazadas según primera y segunda dosis y dosis de refuerzo.
- Puérperas atendidas de primera vez.
- Consultas totales a puérperas.
- Consultas subsecuentes a puérperas.
- Partos atendidos según edad gestacional:
 - Pretérmino:
 - inmaduro de 21 - 27 semanas
 - prematuro de 28 - 37 semanas
 - Término:
 - maduro de 37 - 41 semanas
 - Postérmino:
 - posmaduro de 42 o más semanas
- Partos atendidos según características de normalidad:
 - eutócicos
 - distócicos
- Partos distócicos según vía de resolución:
 - vaginal

- abdominal
- Abortos atendidos
- Nacidos vivos según peso al nacer en gramos, considerando los siguientes grupos:
 - 500 a 999 gramos
 - 1000 a 2499 gramos
 - 2500 a 3499 gramos
 - 3500 o más gramos
- Muertes fetales según edad gestacional de acuerdo a los siguientes grupos:
 - Pretérmino:
 - inmaduro de 21 - 27 semanas
 - prematuro de 28 - 37 semanas
 - Término:
 - maduro de 37 - 41 semanas
 - Postérmino:
 - posmaduro de 42 o más semanas
- Muertes maternas
- Muertes de recién nacidos.

5.11.3 Para cada nacido vivo debe llenarse un Certificado de Nacimiento en original y cuatro copias, cuya distribución gratuita estará a cargo de la Secretaría de Salud.

5.11.4 El certificado debe ser llenado por el médico o la persona que atienda el parto y el recién nacido, inmediatamente después del mismo o dentro de las primeras 24 horas de ocurrido. En caso de que ninguna persona asistiera a la madre en el parto, el certificado puede ser llenado por personal auxiliar de salud de la propia comunidad o bien los familiares deben notificar al personal de salud de la unidad más cercana para que efectúe el registro.

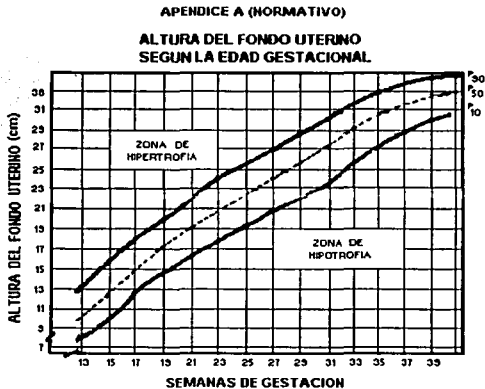
5.11.5 Para cada muerte materna o infantil, debe efectuarse el llenado del Certificado de Defunción inmediatamente después de la ocurrencia del hecho, observando lo señalado por las disposiciones técnicas sobre el manejo del Certificado de Defunción. Asimismo, en caso de muerte fetal se debe llenar el certificado correspondiente de acuerdo a las disposiciones técnicas antes mencionadas.

6. Apéndices normativos

ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGUN EDAD GESTACIONAL

(CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE A NORMATIVO)

La altura del fondo uterino según la edad gestacional se debe medir a partir del borde superior de la sínfisis del pubis, hasta alcanzar el fondo uterino.



FUENTE: FESCHINA, R.N. y COLS.; CLAP; 1990

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

De acuerdo con los hallazgos encontrados se clasifica de la siguiente manera:

Normal.- Cuando esté entre los percentiles 10 y 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional. Se continuará con los controles normales.

Anormal.- Cuando se encuentre por debajo del percentil 10 o por encima del percentil 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional. amerita la investigación y tratamiento de los factores condicionantes (hábito de fumar, consumo de alcohol, anemia materna, etc.) y la orientación nutricional correspondiente. Se deberá citar cada 15 días y consultar con especialista.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**APENDICE B (Normativo)
VALORACION DEL RECIEN NACIDO
METODO DE APGAR**

**VALORACION
DEL RECIEN
NACIDO**

**METODO
DE APGAR**

**(CRITERIOS
DE
CLASIFICACION
DEL
APENDICE B
NORMATIVO)**

Se valorará al recién nacido de acuerdo con el método de Apgar al minuto y los cinco minutos.

SIGNO	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MEJOR DE 100	MAJOR DE 100
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	REGULAR E HIPO-VENTILACION	BUENO. LLANTO FUERTE
TONO MUSCULAR	FLACIDO	ALGUNA FLEXION DE LAS EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS BUENA FLEXION
IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	LLANTO. ALGUNA MOVILIDAD	LLANTO VIGOROSO
COLOR	AZUL PALIDO	CUERPO SONROSADO MANOS Y PIES AZULES	COMPLETAMENTE SONROSADO

La valoración a los cinco minutos dará la calificación del estado de salud del recién nacido.

De acuerdo con los hallazgos obtenidos se clasificará de la siguiente manera:

- Sin depresión: 7 a 10 puntos
- Depresión moderada: 4 a 6 puntos
- Depresión severa: 3 puntos o menos.

Al recién nacido con calificación de Apgar de 7 o más se considera normal. Se debe continuar con su atención y pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar la lactancia materna exclusiva.

El recién nacido con calificación de 6 o menos amerita la atención a nivel hospitalario.

EDAD GESTACIONAL

METODO DE CAPURRO PARA EVALUAR LA EDAD GESTACIONAL

(CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE C NORMATIVO)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

APENDICE C (Normativo)

		EDAD GESTACIONAL				
		0	5	10	15	
SOMÁTICO	FORMA DEL PEZÓN.	Pezón apenas visible. No se visualiza Areola.	Pezón bien definido Areola. ≤ 0.75 cm.	Areola bien definida. No sobresale. ≤ 0.75 cm.	Areola sobresaliente. 0.75 cm.	
	TEXTURA DE LA PIEL.	Muy fina Gelatinosa.	Fina y Lisa.	Lisa y moderadamente gruesa Descamación superficial.	Gruesa, rígida surcos superficiales. Descamación superficial.	Gruesa y Aparentamiento
	FORMA DE LA OREJA.	Plana y sin forma.	Inicio engrosamiento del borde.	Engrosamiento incompleto sobre mitad anterior.	Engrosada e incurvada totalmente.	
	TAMAÑO DEL TEJIDO MAMARIO.	No palpable	Diámetro 0.5 cm.	Diámetro $0.5-10$ cm.	Diámetro > 1.0 cm.	
	PLIEGUES PLANTARES.	Asesites	Pequeños surcos rojos en mitad anterior.	Surcos rojos profundos en mitad ant.	Surcos sobre mitad anterior.	Surcos profundos que sobresalen 1/2 anterior.
NEUROLÓGICO	SIGNO: "DE LA BUFANDA"					
	SIGNO: "CABEZA EN GOTTA"					

METODO DE CAPURRO PARA EVALUAR LA EDAD GESTACIONAL

Se utilizan:

Cinco datos somáticos: 1) Formación del pezón, 2) Textura de la piel, 3) Forma de la oreja, 4) Tamaño del seno (mama) y 5) Surcos plantares, y

Dos signos neurológicos: I) Signo "de la bufanda" y II) Signo "cabeza en gota".

Cuando el niño está sano o normal y tiene más de 12 horas de nacido, se deben utilizar sólo cuatro datos somáticos de la columna A (se excluye la forma del pezón) y se agregan los 2 signos neurológicos (columna "B").

Se suman los valores de los datos somáticos y los signos neurológicos, agregando una constante (K) de 200 días, para obtener la edad gestacional.

Quando el niño tiene signos de daño cerebral o disfunción neurológica se utilizan los cinco datos somáticos (columna "A"), agregando una constante (K) de 204 días, para obtener la edad gestacional.

De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

- Prematuro o pretérmino: todo recién nacido que sume menos de 260 días de edad gestacional. Se debe enviar a una unidad hospitalaria y/o pasar a terapia intensiva, de acuerdo a su condición.

- A término o maduro: cuando el recién nacido sume de 261 a 295 días de gestación. Si las condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar la lactancia materna exclusiva.

- Postérmino o posmaduro: si el recién nacido tiene más de 295 días de gestación, debe de observarse durante las primeras 12 horas ante la posibilidad de presentar hipoglicemia o hipocalcemia; pasado el periodo, si sus condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.

APENDICE C (Normativo)
VALORACION FISICO - NEUROLÓGICA

		0	1	2	3	4	5
MADUREZ NEURO MUSCULAR	POSTURA						
	ARCO DEL CODO	30°	50°	50°	100°	100°	100°
	ARCO DEL CODO	180°		100°	30°	100°	130°
	ARCO DEL CODO	180°	160°	130°	110°	70°	30°
	ARCO DEL CODO	180°	160°	130°	110°	70°	30°
	ARCO DEL CODO	180°	160°	130°	110°	70°	30°
MADUREZ FISICA	PIEL	CESTIPINDA ROJA TEMPERATURA VIGILIA	TOLERANCIA MAYOR VIGILIA	CELESTIPINDA ROJA TEMPERATURA VIGILIA	DECLINACION DESPERDIDA VIGILIA	DECLINACION DESPERDIDA VIGILIA	DECLINACION DESPERDIDA VIGILIA
	LARGO	NO HAY	ALARGANTE	ALARGADO	ALARGADO	ALARGADO	ALARGADO
MADUREZ FISICA	PIEQUE	NO HAY	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE
	BLANQUEZ	NO HAY	BLANQUEZ	BLANQUEZ	BLANQUEZ	BLANQUEZ	BLANQUEZ
	MARIAS	LIGERAMENTE RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS
	NO	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS
	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS
	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS
	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS
	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS
	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS
	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS
RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	RECEPTIVAS	

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

VALORACION FISICO-NEUROLOGICA

METODO DE BALLARD PARA VALORACION FISICO-NEUROLOGICA

(CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE C NORMATIVO)

Se utilizan seis signos físicos y seis signos neuro-musculares, sumándose los valores de ambos cuadros. El valor (calificación) se compara con la escala de madurez del recuadro inferior derecho, que establece las semanas de edad gestacional.

De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

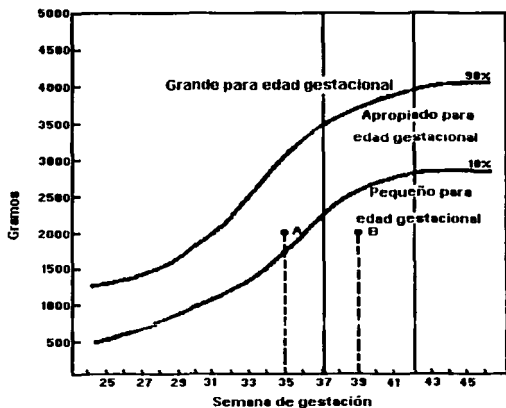
- Pretérmino o prematuro: de 28 a 37 semanas (5 a 30 puntos). Se transfiere para continuar la atención a nivel hospitalario y/o terapia intensiva, de acuerdo a su condición.

- A término o maduro: los recién nacidos de 37 a menos de 42 semanas (35 a 43 puntos). Si las condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.

- Postérmino o posmaduro: recién nacido de 42 o más semanas (45 a 50 puntos). Debe observarse durante las primeras 12 horas ante la posibilidad de presentar hipoglicemia o hipocalcemia, pasado el periodo, si sus condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.

APENDICE D (Normativo)
(primera opción)

CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINOS



Pretérmino	Término	Postérmino
------------	---------	------------

Adaptado de: Battaglia y Lubchenco.

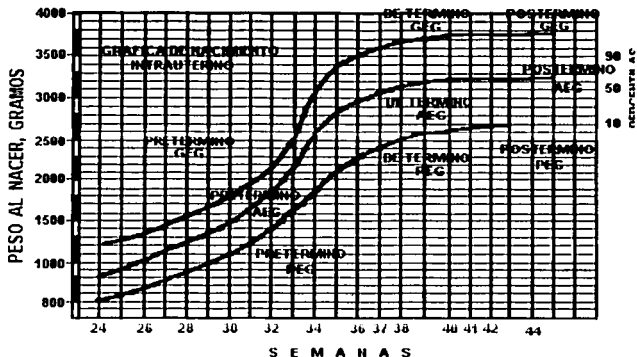
APENDICE D (Normativo)

(segunda opción)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL

AMBOS SEXOS



PRETERMINO
 PEG- PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL
 AEG- ADECUADO PARA EDAD GESTACIONAL
 GEG- GRANDE PARA EDAD GESTACIONAL

TERMINO POSTERMINO

Dr. Jurado García

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINOS

PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL

GRAFICAS DE BATTAGLIA/LUBCHENCO Y JURADO GARCIA

(CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE D NORMATIVO)

De conformidad con la institución se puede utilizar cualquiera de las dos opciones para determinar el peso al nacer en relación con la edad gestacional.

De acuerdo con el peso del recién nacido y a las semanas de gestación calculadas por fecha de última regla se ubica en las gráficas para su clasificación y adopción de medidas integrales.

DE ACUERDO CON LA EDAD GESTACIONAL:

PRETERMINO.- Todo recién nacido antes de la semana 37 de gestación.

DE TERMINO.- Los recién nacidos entre las semanas 37 y 42 de gestación.

POSTERMINO.- Recién nacido después de 42 semanas de gestación.

CON RESPECTO A SU PESO AL NACER:

PEQUEÑO.- Con peso por debajo de la percentila 10, correspondiente a su edad gestacional.

APROPIADO O ADECUADO.- Cuyo peso se localiza entre las percentilas 10 y 90 correspondientes a su edad gestacional.

GRANDE.- Con peso por arriba de la percentila 90 correspondiente a su edad gestacional.

7. Bibliografía

1.- Mortalidad materna: Ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte. Crónica OMS, 1986; 40(5):195.

2.- Elementos básicos para el estudio y la prevención de la mortalidad materna. Bol. Epidem. OPS/OMS. 1986; 7:1.

3.- Necesidades esenciales de México. Situación actual y perspectivas al año 2000. 4. Salud. 2a., ed. Siglo XXI editores. Presidencia de la República. Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados. México, 1983; 78.

4.- Karchmer KS, Armas DJ, Chávez-Azuela J, Shor-PV. Estudios de Mortalidad Materna en México. Consideraciones médico sociales. Gac. Med. Méx. 1975; 65:190.

5.- Farnot UC. Los partos son ahora más seguros. Foro Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 1986; 7:374.

6.- Schwartz R, Díaz GA, Fescina R, De Mucio B, Belitzky R, Delgado RL. Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Pub. Científica No. 1205. Uruguay, 1990.

7.- Nesbit R, Aubry R. High-risk obstetrics. II. Value of semiobjective grading system in identifying the vulnerable group. Am. J. Obst. Gynec. 1969; 103: 972.

8.- Niswander KR. Manual of Obstetrics. Diagnosis and Therapy. Ed. Little, Brown and Company. Boston, U.S.A. 1980; 52.

9.- Benson RC. Current Obstetrics & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Ed. Lange Medical Publ. Los Altos California, 1976; 737.

- 10.- Willams. Obstetricia. Salvat Ed. México, 1973; 839.
- 11.- Jurado-GE. Etiología del daño secundario a los defectos al nacimiento. En Manejo integral de los defectos al nacimiento. Ed. Grupo de Estudios al Nacimiento (GEN). México. 1986; 7.
- 12.- Mortalidad 1990. Secretaría de Salud, México. 1992; 46.
- 13.- Encuesta Nacional de Prevalencia de uso de anticonceptivos. Secretaría de Salud. México. 1980.
- 14.- Encuesta Nacional Sobre Fecundidad y Salud. Secretaría de Salud. México. 1987.
- 15.- Encuesta Nacional de Salud. Secretaría de Salud. México. 1988.
- 16.- Alvarez BA, Mortalidad materna I. Los estudios de mortalidad materna en el mundo actual. Gac. Med. Méx. 1972; 104:25.
- 17.- Benedeti JT, Starzik P, Frost F. Maternal deaths in Washington State. Obstet. Gynecol. 1985; 66:99.
- 18.- Beer CE. Promoting Breast Feeding. A national responsibility. Studies in Family Planning. 1985; 12:198.
- 19.- Castelazo AL, Importancia de los estudios de mortalidad materna en la medicina institucional. Gac. Med. Méx. 1972; 104:36.
- 20.- Espinoza RSV. Comités de estudio de la mortalidad materna. Evolución histórica y objetivos. Ginec. Obstet. Méx. 1985; 53:237.
- 21.- Karchmer KS. Mortalidad materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualidades en Gineco-obstetricia. Cong. Méx. Ginecol. Obstet. 1978; 3(7):577.
- 22.- Lowenberg FE., Torre BJ, Ahued AJ. Mortalidad materna en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. Actualidades en Gineco-obstetricia. Cong. Méx. Ginecol. Obstet. 1978; 3(7):578.
- 23.- Loudon I. Obstetric care, Social class and maternal mortality. Br. Med. J. 1983; 293: 606.
- 24.- Maternal mortality rates. A tabulation of available information. World Health Organization. Division of family Health. Geneva. 1985.

25.- Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre Enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil. Paltex No. 7 1986.

26.- Programa Nacional de Salud 1990-1994. Secretaría de Salud, México. 1990.

27.- Plan de Acción para la Aplicación de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño en el Decenio 1990. UNICEF 1990.

28.- Programa Nacional de Acción. México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. México 1991.

29.- Jurado GE. Epidemiología de la prematuridad. Memoria del VIII Congreso Colombiano de Pediatría. Ed. Arbeláez. Colombia, 1967; 478.

30.- Battaglia FC, Lubchenco LO. A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. J. Pediatr. 1967; 71 (2):159-153.

31.- Jurado GE. El crecimiento intrauterino. Gac. Med. Méx. 1971; 102 (2):227-255.

32.- Jurado GE. La curva de crecimiento intrauterino como indicador de riesgo neonatal. I simposio nacional sobre endocrinología e investigación pediátrica. Hosp. Centr. Milit. México, 1985.

33.- Capurro H, Konichezky S, Fonseca D, Caldeyro-Barcia R. Simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. Pediatrics: 1978; 93(1):120-122.

34.- Ballard, Kazmdier K, Driver M. A simplified assessment of gestational age. J. Ped. 1979; 95:796.

35.- Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil "Análisis de riesgo-beneficio en el uso de medicamentos administrados durante el embarazo y la lactancia.", IMSS. México. 1994.

36.- WHO: Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Acta Obstet Gynecol Scand 1977; 56:247-53.

37.- Cloherty JP, Stank AR. Manual of neonatal care. Little, Brown Co. 3rd. edition 1991:85-101.

38.- Klaus MH, Fanaroff AA. Asistencia del recién nacido de alto riesgo. Ed. Panamericana 2a. edición 1984.

39.- Manual de evaluación de la calidad de la atención médica. Sistema Nacional de Evaluación. Sistema Nacional de Salud, SSA México. 1992.

40.- Modelo de atención a la salud. Revista médica del IMSS. 1994; Supl. 1, vol.32.

8. Concordancia con normas internacionales

Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

9. Observancia de la Norma

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los Gobiernos de las Entidades Federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia.

10. Vigencia de la Norma

La presente Norma Oficial Mexicana entrará en vigor a partir del día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. México, D.F., a 31 de octubre de 1994.- La Directora General de Atención Materno Infantil, Yolanda Sentiés E.- Rúbrica.

ANEXO No. 3

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
ENCUESTA DE FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES DURANTE EL
PARTO PARA USUARIAS**

OBJETIVO: Describir los factores de riesgo de complicaciones durante el parto presentes en mujeres que acuden al Hospital General K de Comitán.

INSTRUCCIÓN: Llenar con letra clara y de molde.

FECHA: _____ **INSTITUCION:** _____
ENCUESTADOR: _____

DATOS GENERALES:

1.- ¿Cuántos años tiene? _____

2.- ¿Cuál es su estado civil?

1. Soltera
2. Casada
3. Unión libre
4. Separada
5. Divorciada
6. Viuda

3.- ¿Habla alguna lengua indígena?

1. Si cuál: _____
2. No

DATOS ESPECIFICOS

5.- ¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____

6.- ¿Cuántos hijos están vivos? _____

7.- ¿Cuántos están muertos? _____

8.- ¿Cuántos han sido partos normales? _____

9.- ¿Cuántos han sido cesáreas? _____

10. ¿Cuántos abortos ha tenido? _____

11.- ¿Cuántos meses de embarazo tiene? _____

ATENCION PRENATAL

12.-¿Durante su embarazo actual, hizo usted alguna visita a un hospital, centro de salud, clínica para recibir atención médica (revisión del embarazo)?

1. Si
2. No

13- ¿A cuántas consultas acudió?

SI LA RESPUESTA ES NO PASE A LA SIGUIENTE PREGUNTA

14.- ¿Acudió con alguna partera para que la atendiera?

1. Si
2. No

15- En qué momento del embarazo acudió a recibir su primera consulta prenatal?
_____ mes.

16.- ¿Cuál fue el motivo para que usted fuera a consultar durante su embarazo?

1. No se sentía bien/ se sentía enferma
2. Para confirmar el embarazo
3. Para que le dieran hierro o vitaminas
4. Otra: _____

Ahora me gustaría preguntarle acerca de cosas que le pueden suceder a una mujer mientras está embarazada.

ENTREVISTADOR: se debe de preguntar a la mujer acerca de cada condición, así como qué tanto le preocupa o preocupó esa molestia.

17.- ¿Durante su embarazo padeció o ha padecido de algunas de las siguientes molestias?

MOLESTIA	¿Ha tenido esto? 1. SI 2. No	¿En qué mes del embarazo?	¿Qué tanto le preocupó o le preocupa esa molestia? 1. MUCHO 2. POCO 3. NADA
1. Hinchazón de cara, manos, piernas o pies.			
2. Sangrados			
3. Anemia (diagnosticada por médico)			
4. Dolor abdominal intenso			
5. Calentura por más de 3 días			
6. Vómito fuerte			
7. Presión alta			
8. Várices en las piernas			
9. Dolor, ardor para orinar			
10. Flujo o comezón en su parte			
11. Dolor de cabeza			
12. Zumbido de oídos			
13. Visión borrosa			
14. Otro tipo de padecimiento:			

18.- ¿Usted considera que la enfermera que la atiende tiene conocimientos y está preparada para darle atención en el trabajo de parto?

1. SI
2. NO

19.- ¿Qué tan preparada considera usted que está la enfermera para atenderla darle atención a usted en el trabajo de parto?

1. MUY PREPARADA
2. REGULARMENTE PREPARADA
3. POCO PREPARADA

20. ¿Usted considera que el médico que la atiende está preparado para atenderla en el trabajo de parto?

1. SI
2. NO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

21.- ¿Qué tanta preparación considera que tiene el médico para atenderla e n su trabajo de parto?

1. MUY PREPARADO
2. REGULARMENTE PREPARADO
3. POCO PREPARADO

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

22.- ¿Considera usted que hay suficiente personal en el hospital para darle la atención que usted necesita?

1. SI
2. NO

23.- ¿Ha esperado usted mucho tiempo para poder ser atendida?

1. SI
2. NO

24.- ¿Considera usted que el hospital cuenta con suficiente material, y medicamentos para brindar la atención que usted necesita?

1. SI
2. NO

25.-¿Qué considera que le falta al hospital para dar una mejor atención?

1. Más recursos humanos
2. Más recursos materiales
3. Otro: _____

26.- ¿Le han pedido que compre material o medicamentos a sus familiares para su atención?

1. SI
2. NO
3. LO IGNORA

27.- ¿Cuándo la enfermera ó el médico la van a revisar o le van a hacer algún procedimiento le han explicado qué y por qué?

1. SI
2. NO

ÉTICA

28.- ¿La enfermera que la atiende la llama a usted por su nombre?

1. SI
2. NO

29.- ¿Considera usted que el trato o atención que le brinda la enfermera y el médico es con respeto?

1. SI
2. NO

30.- ¿Considera usted que el cuidado que le proporciona la enfermera y el médico es la misma que le dan a todas las mujeres en trabajo de parto?

1. SI
2. NO

31.- ¿Le ha informado el personal sobre cómo era el trabajo de parto, qué es lo que iba a sentir y por qué?

1. SI
2. NO

32.- ¿Qué personal fue quien le informó?

1. Enfermera
2. Médico
3. Ambos

EN LOS CASOS DE CESAREA PREGUNTAR

33.- ¿Le han explicado el porque no tendrá un parto normal y el o los motivos por los cuales se le realizará una cesárea?

1. SI
2. NO

34.-¿Le han pedido su autorización y consentimiento por escrito para poder operarla?

1. SI
2. NO

35.- ¿Tuvo usted algún problema durante el parto?

1. Si
2. No

36.- ¿Qué tipo de problema? _____

37.- ¿Qué no le gustó de la atención que le brindaron la enfermera y el médico durante su trabajo de parto?

OBSERVACIONES:

ANEXO NO. 4

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
ENCUESTA DE FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES DURANTE EL
PARTO PARA PRESTADORES DE SERVICIO**

OBJETIVO: Describir los factores de riesgo de complicaciones durante el parto presentes en mujeres que acuden al Hospital General K de Comitán.

INSTRUCCIÓN: Llenar con letra clara y de molde.

FECHA: _____ INSTITUCION: _____
ENCUESTADOR: _____

DATOS GENERALES

1.- ¿Cuál es su sexo?

1. Femenino
2. Masculino

2.- ¿Cuál es su grado de estudios?

1. Auxiliar
2. Técnica
3. Licenciatura

3.- ¿Cuál es su categoría?

1. Auxiliar
2. General
3. Jefa de piso

4.- ¿Cuál es su turno?

1. Matutino
2. Vespertino
3. Nocturno

DATOS ESPECIFICOS

- 5.- Durante el transcurso del embarazo una mujer puede presentar complicaciones, situación que no se presenta en todos los casos y lo mismo puede suceder en el trabajo de parto, ¿Cuáles de los siguientes factores consideras tú que pueden favorecer la presencia complicaciones en el trabajo de parto?

FACTORES	De tipo personal (de la usuaria)	De tipo institucional
	1. Sí 2. No	1. Sí 2. No
1. Edad		
2. Estado civil		
3. Multiparidad		
4. Obesidad		
5. Control prenatal		
6. Hipertensión inducida en el embarazo		
7. Capacitación del personal		
8. Disponibilidad de recursos humanos		
9. Disponibilidad de recursos materiales		
10. Ética del personal		
11. Rutina del personal		
12. Otros:		

CAPACITACIÓN

- 6.- ¿Usted considera que está capacitada (o) para dar atención a mujeres en trabajo de parto?

1. Sí
2. No

- 7.- ¿Qué tan capacitada se considera que está para brindar atención a mujeres en trabajo de parto?

1. Poco
2. Nada
3. Mucho

- 8.- ¿Usted ha recibido capacitación sobre obstetricia?

1. Sí
2. No

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

SI LA RESPUESTA ES NO PASAR A LA PREGUNTA 10

9.- ¿Hace cuanto tiempo se capacitó?

1. Hace 3 meses
2. Hace 6 meses
3. Hace 12 meses
4. Otro: _____

10.- ¿Por qué no ha recibido ninguna capacitación sobre obstetricia?

1. Falta de interés personal
2. Falta de interés institucional
3. Falta de tiempo
4. No se ha enterado

11.- ¿Qué considera que le hace falta a usted para dar una buena atención a las usuarias en trabajo de parto?

1. Más capacitación
2. Más tiempo
3. Más recursos
4. Más habilidad
5. Más motivación

12.- ¿Sabes qué hacer o cómo actuar ante una urgencia obstétrica?

1. SI
2. NO
3. Algunas veces

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

13.- ¿Considera usted que son suficientes las enfermeras (os) para atender a las usuarias en trabajo de parto en los diferentes turnos?

1. SI
2. NO

14.- ¿Considera que con la plantilla de personal existente se proporciona atención de calidad a las usuarias?

1. SI
2. NO

15.- ¿Considera usted que la institución cuenta con suficientes recursos materiales para proporcionar la atención a las usuarias en el parto?

1. SI
2. NO

16.- ¿Se les pide a los familiares de las usuarias que compren medicamentos o material para la atención?

1. SI
2. NO

17.- ¿Usted le explica al familiar el por qué tiene que comprar el medicamento o material?

1. SI
2. NO

18.- ¿Qué considera usted que le falta a la institución para brindar una mejor atención?

1. Más recursos humanos
2. Más recursos materiales
3. Otros _____

19.- Le ha explicado usted a la usuaria en el momento de la revisión que procedimiento le realizará?

1. SI
2. NO

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA PASAR A LA SIGUIENTE PREGUNTA

20.- ¿Por qué considera que esto suceda?

1. Falta de ética
2. Falta de tiempo
3. Por apatía _____

RUTINA

21.- ¿Considera usted que el personal ha generalizado los cuidados que proporciona a las mujeres en trabajo de parto?

1. SI
2. NO

22.- ¿A su criterio existen casos en los que el personal detecte factores de riesgo durante el trabajo de parto e individualice los cuidados a las usuarias?

1. SI
2. NO

23.-¿Considera usted que el personal proporciona atención de calidad y calidez a las usuarias?

- 1.-SI
- 2.-NO
- 3.- RARA VEZ
- 4.- FRECUENTEMENTE

24.- ¿Existe a su consideración una buena organización y distribución de las actividades en el personal de enfermería?

1. SI
2. NO

25.- ¿Usted le informa y explica a la usuaria sobre cómo es el trabajo de parto, qué es lo que va a sentir y por qué?

1. SI
2. NO

26.- ¿Por qué no lo hace?

1. Falta de tiempo
2. Falta de conocimiento
3. Falta de habilidad o capacidad
4. Otros _____

ÉTICA

27.- ¿Usted considera que el trato o atención que le brinda a la usuaria es con respeto y discreción?

1. SI
2. NO

28.- ¿Considera usted que se respetan los derechos de las usuarias?

1. SI
2. NO

29.- ¿Qué personal es quien considera que debe explicar o informar a la usuaria sobre la evolución del Trabajo de parto?

2. Enfermera
3. Médico

30.- De las mujeres que ingresaron el día de hoy a su servicio ¿cuántas tuvieron problemas o complicaciones durante el parto?

31.- ¿Qué tipo de problemas o complicaciones fueron? _____

32.- ¿Por qué considera que surgieron esos problemas o complicaciones?

1. No se detecto a tiempo
2. Falta de criterio médico
3. Falta de conocimiento
4. Toma de decisión oportuna

33.- ¿En los casos en que se le realizará cesárea a la mujer en trabajo de parto, se le explica el por qué no tendrá un parto normal y el o los motivos por los cuales se le realizará una cesárea?

1. SI
2. NO

RUTINA

34. - ¿Cómo es la atención o cuidado que usted le proporciona a la usuaria en la sala de expulsión?

1. La misma para todas las usuarias
2. Atención individualizada
3. No lo ha considerado
4. No responde

OBSERVACIONES:

ANEXO No.5

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
HOJA DE OBSERVACION PARA PRESTADORES DE SERVICIO**

OBJETIVO: Describir los factores de riesgo de complicaciones durante el parto presentes en mujeres que acuden al Hospital General K de Comitán.

INSTRUCCIÓN: Llenar con letra clara y de molde.

FECHA: _____ **INSTITUCION:** _____
OBSERVADOR: _____

DATOS GENERALES

SERVICIO: _____ **TURNO:** _____
CATEGORIA: _____ **HORA:** _____
SEXO: _____

DATOS ESPECIFICOS

- 1.- Llama a la usuaria por su nombre SI () NO ()
- 2.- Explica el procedimiento a realizar SI () NO ()
- 3.- Vigila la evolución del trabajo de parto SI () NO ()
- 4.-Orienta y proporciona apoyo psicológico a la mujer en trabajo de parto SI () NO ()
- 5.- Detecta y reacciona oportunamente ante signos y síntomas de alarma SI () NO ()
- 6.- Informa oportunamente sobre datos de alarma al médico responsable SI () NO ()
- 7.- Proporciona a las usuarias una atención individualizada SI () NO ()
- 8.- Ante situaciones de emergencia trabaja en coordinación con el equipo de salud SI () NO ()

OBSERVACIONES:

PROPUESTA

ANEXO No.6

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**PROPUESTA: MODELO DE SENSIBILIZACION Y CAPACITACION PARA
PERSONAL DE ENFERMERIA DEL AREA DE TOCOCIRUGIA.**

Asesor:

Julio Hernández Falcón

Responsables:

Hernández Carlos Lorena

Martínez Hernández Imelda

Comitán, Chiapas Junio 2003.

PROPUESTA

I. INTRODUCCIÓN:

En México la mortalidad materna e infantil son dos de los indicadores más relevantes de la injusticia social e inequidad de género, que afectan primordialmente a las entidades federativas con menor desarrollo socioeconómico, a las comunidades rurales y a las poblaciones indígenas. En el año 2000, el 67.3% de las muertes maternas registradas se concentró en los estados del sur y sureste del país, donde un significativo número de habitantes carece de seguridad social, vive en condiciones de pobreza extrema en zonas rurales y es indígena.

En la actualidad las principales causas de mortalidad materna en México siguen siendo la preeclampsia, eclampsia, la hemorragia obstétrica, la sepsis puerperal, complicaciones del aborto, además de las agregadas.

Esta problemática de salud materno infantil esta condicionada por diversos factores como sociales, económicos, políticos, culturales, de género y personales; que aumenta la probabilidad de que se presenten complicaciones en el embarazo, parto y puerperio.

Esta realidad se ve reflejada en la atención de la salud, por un lado, existe todavía un vacío condicionado por estos factores, ya que a pesar de los esfuerzos realizados y de los programas desarrollados por la secretaria de salud, estos no han tenido un impacto importante en la calidad de la atención que se proporciona a la población. Por ejemplo, pese a que en las instituciones de salud se tiene que implementar la norma para la atención del embarazo parto y puerperio, en el

Hospital General K de Comitán Chipas, se siguen presentando complicaciones en muchas mujeres, condicionadas algunas de ellas por la falta de recursos humanos y materiales insuficientes, además de valoraciones inadecuadas y la ausencia de vigilancia por parte del personal del área tóxico quirúrgica entre otras.

Por lo tanto, es esencial que el personal de enfermería retome la importancia de su papel en el cuidado dentro del proceso de atención, para mejorar la calidad de la misma; ya que tanto en esta área hospitalaria como en otras, el quehacer de la enfermera se ha limitado a la realización de aspectos técnicos y pocas veces, considera al individuo de una manera integral, tomando en cuenta sus necesidades, físicas, psicológicas, afectivas, económicas, sociales y culturales.

La participación de las Licenciadas Enfermería y Obstetricia es considerada importante como parte del equipo de salud en la atención a la mujer en el inicio, evolución y trabajo de parto; haciendo énfasis en la detección oportuna de factores de riesgo, que puedan desencadenar posibles complicaciones que pongan en peligro la vida de la madre y el recién nacido.

II. JUSTIFICACION

La propuesta de intervención que se aquí se desarrolla, responde a la problemática encontrada en la investigación realizada sobre factores de riesgo de complicaciones durante el parto en el Hospital General K de Comitán en el mes de

julio del 2002; donde se encontró que las complicaciones en el trabajo de parto, están determinadas por factores personales e institucionales.

Al hacer un análisis de los resultados obtenidos, se encontró que no todos los factores de riesgo personales considerados en la hipótesis, estuvieron presentes en las encuestadas. En relación a los de tipo institucional, sobresalió que la disponibilidad o no de recursos humanos y materiales, así como la capacitación y ética de las prestadoras de servicio fue mencionado por las encuestadas como un factor que favoreció la presencia de complicaciones durante el trabajo de parto en las usuarias.

Por lo tanto se propone desarrollar una estrategia de sensibilización y capacitación, que coadyuve a identificar factores de riesgo, con la adecuada intervención del equipo interdisciplinario (personal de enfermería, médico y trabajo social) del área tocoquirúrgica. Y de esta manera elevar la calidad de atención a la usuaria y su familia.

III. OBJETIVO

Desarrollar un modelo de capacitación e intervención dirigido al personal de enfermería del área tocoquirúrgica, con la finalidad de identificar oportunamente factores de riesgo y disminuir las complicaciones de la madre y el recién nacido.

METAS

Participación del 100% del personal de enfermería del área tóco quirúrgica en un programa de sensibilización y capacitación, que retome el cuidado y acciones de enfermería relacionados con eventos obstétricos.

Participación del 100% del personal de enfermería del área tóco quirúrgica, en la capacitación para "identificación de signos de alarma" en la mujer en trabajo de parto.

Que el 100% del personal de enfermería del área tóco quirúrgica participe en grupos de trabajo, donde se retome la importancia de su quehacer en el "cuidado" de enfermería.

Participación del 80% del personal de trabajo social, enfermería, y médico del área tóco quirúrgica en talleres sobre el trabajo de equipo y planeación.

V. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

Planeación:

Responsables de la propuesta.

Ejecución:

Licenciadas en Enfermería y Obstetricia, supervisoras de los diferentes turnos y responsables del área tóco quirúrgica.

Asesores:

Jefe de enfermeras

Coordinadora de enseñanza

Colaboradores:

Jefa de piso del servicio de Gineco obstetricia

Encargados del área tocoquirúrgica de los diferentes turnos

Jefe del servicio de Gineco Obstetricia

VI LÍMITES

Tiempo:

Del 1º de junio al 30 de noviembre del 2003.

Espacio:

Área toco quirúrgica

Universo de trabajo:

Personal de base y eventual que labora en el área toco quirúrgica en los diferentes turnos en el Hospital General "K" de Comitán, Chiapas.

VII RECURSOS

Humanos:

Licenciadas en Enfermería y Obstetricia

Supervisoras de Enfermería

Responsables de área toco quirúrgica

Enfermeras Generales

Auxiliares de Enfermería

Pasantes de Enfermería en Servicio Social

Físicos:

Área toco quirúrgica

Sala de usos múltiples

Tecnológicos:

Computadora

Proyector de diapositivas

Proyector de acetatos

Cañón

VII. METODOLOGÍA

Método: Discusión en grupo con Licenciadas en enfermería, supervisoras de los diferentes turnos y responsables del área toco quirúrgica, de la importancia de la implementación del programa.

Dinámicas de reflexión, e integración, vivenciales, lluvia de ideas, trabajo en equipo.

IX. LINEAS DE ACCION

1.- Integrar un equipo de enfermería con mayor sensibilización y capacitación acorde a las necesidades de las mujeres en trabajo de parto.

- a) Realizar advocacy con directivos y personal de enfermería de los diferentes turnos del área tocoquirúrgica, para la implementación del programa de capacitación y sensibilización.
- b) Diseñar e implementar del programa de capacitación y sensibilización, que sustente los conocimientos del personal de enfermería y mejoren la calidad de atención de las mujeres en trabajo de parto.
- c) Promover plenarias de discusión sobre retrocesos y avances en el quehacer de enfermería y dar solución a la problemática.

2.- Capacitar al personal de enfermería del área tocoquirúrgica, sobre la detección de factores de riesgo y datos de signos de alarma en las mujeres en trabajo de parto.

- a) Hacer énfasis de la identificación de factores de riesgo y signos de alarma, dentro del programa de capacitación general.
- b) Establecer criterios de manejo en los cuidados de enfermería en mujeres con alto riesgo.
- c) Llevar el registro adecuado de los procedimientos realizados en la hoja de enfermería.

3.- Formar grupos de reflexión que ayuden a retroalimentar el quehacer de la enfermera en el cuidado a las mujeres en trabajo de parto.

- a) Diseñar e implementar la metodología de los grupos de reflexión que ayude a que el personal de enfermería retome la importancia de su quehacer a través del cuidado que proporciona.

4. Coadyuvar al trabajo interdisciplinario del personal del área tocoquirúrgica, para favorecer la atención a mujeres en trabajo de parto.

a) Diseñar e implementar un taller sobre la importancia del trabajo en equipo.

b) Integrar una comisión del personal del área tocoquirúrgica para la elaboración de un plan de trabajo de esa área.

c) Implementar la propuesta de trabajo en equipo, en el área quirúrgica, en los diferentes turnos y evaluar su eficacia periódicamente.

PLAN DE ACCION

Proyecto: Modelo de sensibilización y capacitación para personal de enfermería del área de tococirugía

Fecha: Junio 2003

Línea de acción: 1.-Integrar un equipo de enfermería con mayor sensibilización y capacitación acorde a las necesidades de las mujeres en trabajo de parto.

Meta de calidad: Participación del 100% del personal de enfermería del área toco quirúrgica en un programa de sensibilización y capacitación, que retome el cuidado y acciones de enfermería relacionados con eventos obstétricos.

TIPO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	NIVEL	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE(S)
Realizar advocacy con directivos y personal de enfermería de los diferentes turnos del área tocoquirúrgica para la implementación del programa de capacitación y sensibilización.	Convocar a las autoridades de la institución para plantear la importancia de la implementación del programa de capacitación.	2do	Del 2 al 6 de Junio de 2003	Jefa de enfermeras Coordinadora de enseñanza Gestoras de enfermería LEO
	Reunión con autoridades para establecer acuerdos para la implementación de la propuesta.	2do nivel		
	Reuniones con el personal de enfermería del área toco quirúrgica de los diferentes turnos, para promover su participación en el programa de capacitación.	2do nivel	27 de Junio 2003	Coordinadora de enseñanza Gestoras de enfermería LEO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PLAN DE ACCION

Proyecto: Modelo de sensibilización y capacitación para personal de enfermería del área de tococirugía

Fecha: Junio 2003

Línea de acción: 1.-Integrar un equipo de enfermería con Mayor sensibilización y capacitación acorde a las necesidades de las mujeres en trabajo de parto.

Meta de calidad: Participación del 100% del personal de enfermería del área toco quirúrgica en un programa de sensibilización y capacitación, que retome el cuidado y acciones de enfermería relacionados con eventos obstétricos

TIPO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	NIVEL	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE(S)
Diseñar e implementar del programa de sensibilización y capacitación que sustente los conocimientos del personal de enfermería y mejoren la calidad de atención de las mujeres en trabajo de parto.	Diseñar el programa de capacitación acorde a los objetivos planteados y necesidades identificadas.	2do	Del 19 al 30 de Mayo de 2003	Responsables de la propuesta. LEO
	Implementación del programa de capacitación	2do nivel	Del 1 al 31 de Julio de 2003	Jefa de enfermeras LEO, Gestoras de Enfría. Responsables de la propuesta. Jefe de Gineco Obstetricia

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

PLAN DE ACCION

Proyecto: Modelo de sensibilización y capacitación para personal de enfermería del área de tococirugía

Fecha: Junio 2003

Línea de acción: 2.- Capacitar al personal de enfermería del área toco quirúrgica sobre la detección de factores de riesgo y datos de signos de alarma en las mujeres en trabajo de parto.

Meta de calidad: Participación del 100% del personal de enfermería del área toco quirúrgica en la capacitación de "identificación de signos de alarma" en la mujer en trabajo de parto.

Llevar el registro adecuado de los procedimientos realizados en la hoja de enfermería.	Resaltar la importancia del adecuado manejo de la hoja de enfermería y las implicaciones legales que esto conlleva.	2do	Durante el desarrollo de la capacitación.	LEO Responsables de la propuesta. Gestoras de enfermería
--	---	-----	---	--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLAN DE ACCION

Proyecto: Modelo de sensibilización y capacitación para personal de enfermería del área de tococirugía

Fecha: Junio 2003

Línea de acción: 2.- Capacitar al personal de enfermería del área toco quirúrgica sobre la detección de factores de riesgo y datos de signos de alarma en las mujeres en trabajo de parto.

Meta de calidad: Participación del 100% del personal de enfermería del área toco quirúrgica en la capacitación de "identificación de signos de alarma" en la mujer en trabajo de parto.

TIPO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	NIVEL	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE(S)
Hacer énfasis de la identificación de factores de riesgo y signos de alarma, dentro del programa de capacitación general.	Considerar este tema como prioritario dentro del programa de capacitación, dando los elementos necesarios al personal de enfermería.	2do	Del 1 al 31 de Julio de 2003	LEO Responsables de la propuesta.
Establecer criterios de manejo en los cuidados de enfermería en mujeres con alto riesgo	Proponer la implementación del previgen en el área de admisión. Y resaltar la importancia de las acciones de enfermería.	2do	Agosto/Noviembre 2003	LEO Responsables de la propuesta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLAN DE ACCION

Proyecto: Modelo de sensibilización y capacitación para personal de enfermería del área de tococirugía

Fecha: Junio 2003

Línea de acción: 4.- Coadyuvar al trabajo interdisciplinario del personal del área toco quirúrgica, para favorecer la atención a mujeres en trabajo de parto.

Meta de calidad: Participación del 80% del personal de trabajo social, enfermería, y médico del área toco quirúrgica en talleres sobre el trabajo de equipo y planeación

TIPO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	NIVEL	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE(S)
Implementar la propuesta de trabajo en equipo, en el área quirúrgica, en los diferentes turnos y evaluar su eficacia periódicamente.	Implementar la propuesta de trabajo en equipo en el área toco quirúrgica en los diferentes turnos	2do	Septiembre	Responsables de propuesta LEO Comisión

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLAN DE ACCION

Proyecto: Modelo de sensibilización y capacitación para personal de enfermería del área de tococirugía

Fecha: Junio 2003

Línea de acción: 3.- Formar grupos de reflexión que ayuden a retroalimentar el quehacer de la enfermera en el cuidado a las mujeres en trabajo de parto.

Meta de calidad: Que el 100% del personal de enfermería del área tóco quirúrgica participe en grupos de reflexión donde se retome la importancia de su quehacer en el "cuidado" de enfermería.

TIPO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	NIVEL	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE(S)
Diseñar e implementar la metodología de los grupos de reflexión que ayude a que el personal de enfermería retome la importancia de su quehacer a través del cuidado que proporciona.	Diseñar metodología de grupos de reflexión retomando la importancia del cuidado de enfermería.	2do	Del 5 y 6 de Agosto	Responsables de la propuesta LEO Gestoras de enfermería
	Promover la participación del personal de enfermería del área tócoquirúrgica de los diferentes turnos.	2do	6 al 8 de Agosto	
	Implementación de los grupos de reflexión por medio de dinámicas participativas.	2do	Del 11 al 15 de Agosto	

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PLAN DE ACCION

Proyecto: Modelo de sensibilización y capacitación para personal de enfermería del área de tococirugia

Fecha: Junio 2003

Línea de acción: 4.- Coadyuvar al trabajo interdisciplinario del personal del área toco quirúrgica, para favorecer la atención a mujeres en trabajo de parto.

Meta de calidad: Participación del 80% del personal de trabajo social, enfermería, y médico del área toco quirúrgica en talleres sobre el trabajo de equipo y planeación

TIPO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	NIVEL	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE(S)
Diseñar e implementar un taller sobre la importancia del trabajo en equipo.	Diseñar taller de capacitación sobre el trabajo de equipo	2do	18 y 19 de agosto	Responsables de propuesta LEO Responsable área toco quirúrgica
	Implementación del taller de capacitación	2do	20 a 22 de Agosto	
Integrar una comisión del personal del área tocoquirúrgica para la elaboración de un plan de trabajo de esa área.	Promover y convocar reunión con personal del área toco quirúrgica	2do	25 Agosto	Responsables de propuesta LEO Responsable área toco quirúrgica
	Integrar comisión y elaborar propuesta de trabajo	2do	26 a 29 Agosto	

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

PLAN DE ACCION

Proyecto: Modelo de sensibilización y capacitación para personal de enfermería del área de tococirugía

Fecha: Junio 2003

Línea de acción: 4.- Coadyuvar al trabajo interdisciplinario del personal del área toco quirúrgica, para favorecer la atención a mujeres en trabajo de parto.

Meta de calidad: Participación del 80% del personal de trabajo social, enfermería, y médico del área toco quirúrgica en talleres sobre el trabajo de equipo y planeación

TIPO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	NIVEL	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE(S)
Implementar la propuesta de trabajo en equipo, en el área quirúrgica, en los diferentes turnos y evaluar su eficacia periódicamente.	Implementar la propuesta de trabajo en equipo en el área toco quirúrgica en los diferentes turnos	2do	Septiembre	Responsables de propuesta LEO Comisión

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN